

ARNDT / HUCKABAY

2a. edición en español.

ADMINISTRACION DE ENFERMERIA

TEORIA PARA LA PRACTICA CON UN ENFOQUE DE SISTEMAS



ADMINISTRACION DE ENFERMERIA

Teoría para la práctica con un enfoque de sistemas

Administración de Enfermería

Teoría para la práctica con un enfoque de sistemas

Clara Arndt

Enfermera diplomada, magister en ciencias.
Consultora y profesora, administración de servicios de enfermería, Hospital del Centro Médico de la Dirección de Veteranos de Wadsworth.
Exprofesora de administración de servicios de enfermería, Universidad de California en Los Angeles, California.

Loucine M. Daderian Huckabay

Enfermera diplomada, doctora en filosofía.
Miembro de la Asociación Norteamericana de Enfermeras.
Profesora de enfermería, Universidad Estatal de California en Long Beach,
Departamento de Estudios de Postgrado en Enfermería, Long Beach, California.

Segunda edición
con 32 ilustraciones

Revisión técnica de la traducción al español:
Nelly Garzón Alarcón
Enfermera, Universidad Nacional de Colombia.
B.S.N. y M.S.M. Universidad Católica de América.
Profesora Asociada, Universidad Nacional de Colombia.

Administración de enfermería
Versión española de la segunda edición inglesa

Copyright © 1980 by the C V Mosby Company

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, registrada o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación y otros, sin permiso previo por escrito del editor.

ISBN 92-75-31022-X

NOTA EXPLICATIVA

“Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de la salud de América Latina y se publica dentro de los programas de educación de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo”.

■ I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII 88 89 90 91 92 ■

La impresión de la obra se realizó en los talleres de Lito Offset California,
Doctor Durán No 46, Col Doctores, 06720 México, D.F., Tel. 761-0384

■ 1 15 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 15 20 25 30 ■

PROLOGO

Este libro fue escrito en una época de desafío sin igual para las enfermeras que se dedican a coordinar, dirigir y evaluar los servicios y la educación en la rama de la enfermería. Los extensos cambios sociales abarcan todos los segmentos de las profesiones de salud y de las organizaciones creadas para satisfacer las necesidades de salud. Las fuerzas exógenas del cambio, tales como, las exigencias de los consumidores, la explosión de los conocimientos científicos y los rápidos adelantos técnicos, aunados a los procesos que se dirigen a crear un medio humanista que fomente la superación de todos los miembros del personal de enfermería, exigen que las personas que ocupan puestos directivos utilicen un enfoque nuevo y diferente. El administrador no puede confiar en un "saco de trucos", sino que debe conocer bien todos los aspectos de su cargo. Este libro proporciona la base teórica para una práctica administrativa efectiva.

En esta obra, las autoras identifican y analizan los principales elementos de la administración, empleando como tema central el enfoque de sistemas. Se han apoyado

en algunas de las principales corrientes de pensamiento aceptadas y han utilizado los resultados de diversas investigaciones para fundamentar la forma de actuar que recomiendan. Quizá lo más importante es que proporcionan alternativas viables para la forma de pensar y actuar tanto del administrador novato como del experimentado.

La Sra. Arndt y la Dra. Huckabay ofrecen a la profesión de enfermería un perfil único de los conocimientos básicos y de las habilidades y características personales que necesitan todas las enfermeras administradoras que desean crear y mantener un sistema de atención de enfermería para proporcionar a los pacientes una atención óptima e individualizada, y un sistema de educación de enfermería encaminado a preparar enfermeras practicantes creativas e independientes para el presente y para el futuro

**Rheba De Tornay, Enfermera Diplomada,
Doctora en Pedagogía.**

Decana y Profesora, Escuela de Enfermería, Universidad de Washington, Seattle

PREFACIO

Este libro se basa en la premisa de que la teoría de administración mejora la práctica administrativa

Las expectativas que se tienen acerca de una teoría administrativa, y como materia de investigación, cabe esperar que establezca criterios para aumentar la competencia en el trabajo administrativo y que lo haga interesante para las enfermeras quienes se pueda responsabilizar de la tarea de organizar con éxito la atención de la salud que se necesita

La teoría de administración, bien entendida, constituye una base para mejorar las actuaciones de los administradores de la enfermería. El conocimiento de las funciones de un administrador y de los conceptos inherentes a la planificación, organización, dirección y control, es un requisito esencial del administrador moderno de servicios de enfermería.

La habilidad de reflejar en todas las decisiones un conjunto de conocimientos de teoría administrativa es de gran ayuda para un administrador en el contexto tan complejo de la actual administración de la atención de la salud. Saber que los administradores en otras áreas de trabajo se enfrentan con los mismos problemas, le da a los administradores la fortaleza y la profundidad de percepción necesarias para llegar a ser mejores administradores que las personas que no tienen ningún conocimiento de lo que es preciso aprender.

La teoría de administración con un enfoque de sistemas, nos obliga a estudiar y describir los estados sucesivos del sistema y a evaluar cada uno de ellos en términos de su contribución a la consecución de los objetivos del sistema. Además, exige que el administrador estudie y describa con exactitud el medio en el cual funciona un sistema y el efecto que el medio tiene en el sistema, la forma en que le proporciona insumos, cómo absorbe sus productos y los tipos de limitaciones que impone al sistema conforme éste trata de alcanzar sus objetivos

Lo anterior no quiere decir que la experiencia sea siempre la mejor maestra ni que las lecciones aprendidas se pueden aplicar ciegamente. Un estudiante de administración sabe que la experiencia por sí misma puede ser la peor de las maestras si la experiencia de una situación se aplica a otra, sin estudiar con sumo cuidado todas las condiciones que prevalecen en esa situación, a fin de asegurar que son exactamente las mismas.

La capacidad de someter a prueba diferentes alternativas dentro de un conjunto de conocimientos, refuerza la dirección que se debe seguir. Es cierto que los hechos pueden prevalecer cuando éstos sustituyen a las opiniones

Para los administradores de servicios de enfermería, la teoría constituye la armazón para erigir un conjunto de conocimientos, cuando la teoría se basa en la investigación,

agrega sustancia a esos conocimientos. En el cuerpo humano, los músculos proporcionan la fuerza necesaria para que actúe; de la misma manera, en el conjunto de conocimientos del administrador, las fuerzas de liderazgo, compromiso y competencia, proporcionan energía a sus actos. En el cuerpo humano, el cerebro y los nervios son los responsables de la sensibilidad y precisión de los actos; de igual forma, en el conjunto de conocimientos del administrador, las políticas de integridad dan la sensibilidad y agudeza de observación necesarias para conducir el conjunto de conocimientos por el camino del éxito.

La teoría e investigación en la administración son muy valiosas para el administrador y para el estudiante de administración, siempre y cuando se sientan motivados por ellas. Este libro habrá cumplido su misión si logra estimular a los estudiantes.

Así pues, la presente obra está destinada a dos públicos diferentes: los administradores de enfermería y los estudiantes de enfermería interesados en el campo de la administración. Asimismo, este libro es muy útil para la enfermera del área clínica y para los supervisores y administradores de otras instituciones relacionadas con la salud. Como la mayor parte de las personas que desempeñan puestos de administración de servicios de enfermería son mujeres, el pronombre *ella* se utiliza para hacer referencia a este puesto. No es de ninguna manera nuestra intención menospreciar a los varones que en los últimos años han incursionado en este campo.

Nuestro objetivo consiste en proporcionar al administrador de servicios de enfermería y al estudiante de administración de enfermería un marco teórico único, para que lo utilicen como guía o directriz. Trabajar con este modelo y poner en práctica los diferentes conceptos, les permitirá enriquecer su propio conjunto de conocimientos sobre enfermería. Hemos establecido un marco amplio, aunque sencillo, para el administrador de cualquier sistema de atención de la salud, una teoría ecléctica de

la administración bastante general que puede aplicarse a cualquier situación administrativa. La presente obra se basa en investigaciones científicas realizadas por científicos del comportamiento humano y de la administración, así como por nosotras mismas. Algunos elementos de la teoría administrativa y el modelo conceptual que se presentan en este libro son originales; otros aspectos se han sintetizado de manera tal que permitan al administrador de servicios de enfermería poner en práctica la teoría.

Hemos seguido las recomendaciones de Claude S. George, Jr., que señaló en *The History of Management Thought* que no se necesita crear una nueva teoría, sino una teoría de la administración de gran alcance y en constante evolución, que sea bastante general para poder aplicarse a cualquier situación administrativa; además, debe basarse en las cuatro escuelas de pensamiento administrativo que se mencionan a continuación: la escuela de la administración científica, la escuela del proceso administrativo, la escuela de las ciencias del comportamiento y la escuela de la ciencia administrativa o escuela cuantitativa. Al seguir estas recomendaciones, nos dimos cuenta de que surgían tres grandes objetivos para este libro. (1) considerar el proceso administrativo como un complejo de factores que varían simultáneamente y no como un conjunto de técnicas específicas; (2) incluir conocimientos correspondientes a las diversas disciplinas, y (3) suministrar formas económicas para dirigir la práctica.

Al tratar de alcanzar los objetivos, descubrimos que la teoría es la compañera fiel, tal vez invisible, de la administración. Ningún administrador puede funcionar durante mucho tiempo sin ella, aunque son muy pocos los que están conscientes de que la utilizan; son aún menos los que pueden decir sin ninguna vacilación cuáles son sus teorías

La mayor parte del trabajo del administrador de servicios de enfermería consiste en resolver problemas. Para resolver los problemas más importantes de los servicios de enfermería, se necesitan cuatro cosas:

modelos, conceptos, proceso analítico e información; las primeras tres se relacionan estrechamente con las teorías de la administración.

Los capítulos 1 y 2 de este libro tratan del desarrollo de teorías y modelos. Cada vez que un administrador de servicios de enfermería acomete la tarea de resolver un problema, lo hace teniendo alguna idea de las relaciones que forman parte del mismo; esta idea de las relaciones constituye un modelo. Nuestros objetivos específicos para estos dos capítulos fueron: (1) brindar al administrador una sólida teoría de administración, que pueda servir de base para crear una organización nueva, revitalizar una organización ya existente, resolver problemas y realizar los cambios necesarios; (2) considerar la organización como un sistema abierto, como un todo en el cual todas las partes están relacionadas e interconectadas; (3) suministrar al administrador las herramientas necesarias para la evaluación de su propio trabajo, de su personal y de los resultados o atención de los pacientes, y (4) tener en cuenta las limitaciones siempre presentes y tomar las medidas necesarias para efectuar la retroalimentación.

Los capítulos 3 a 7 están dedicados a los conceptos. Ningún administrador de servicios de enfermería puede arreglárselas sin un gran número de conceptos que, en esencia, son abstracciones y generalizaciones derivadas de experiencias particulares. Al igual que en el caso de los modelos, muchos administradores de servicios de enfermería emplean los conceptos de manera inconsciente. Utilizan palabras tales como planificación, responsabilidad, control de gastos y desarrollo administrativo, cada una de estas palabras representa un concepto que abarca una gran cantidad de hechos individuales, tales como los análisis y las decisiones operativas. Los objetivos específicos de estos capítulos incluyen las funciones administrativas (1) establecer objetivos, tanto a nivel de los individuos como de la organización, (2) crear un medio que propicie su consecución, (3) evaluar los re-

sultados; (4) emplear los procesos funcionales de la administración, planificación, organización, dirección y control, y (5) considerar las organizaciones de atención de la salud como sistemas dinámicos.

Los capítulos 8 a 10 tratan del proceso analítico y la información. Un administrador de servicios de enfermería que se enfrenta con un problema necesita tener no sólo algunos conceptos e ideas acerca de las relaciones, sino también un proceso analítico que le sirva para atacar el problema. Los objetivos específicos de estos capítulos se refieren a (1) el análisis de los problemas con un enfoque de sistemas y el empleo de los procesos administrativos (proceso compuesto) como herramienta de diagnóstico, teniendo en cuenta las fuerzas restrictivas, y (2) efectuar el diagnóstico del servicio de enfermería clasificando el problema para determinar la técnica, o técnicas que se deben emplear para resolverlo.

Los capítulos 11 a 14 se refieren a la educación, liderazgo, contratación colectiva de los profesionales y el futuro. Se concentran básicamente en las razones fundamentales para crear un currículum y en una exposición que ayuda a orientar las decisiones relacionadas con la forma de enseñar. En todas las instituciones de atención de la salud, la situación es tan compleja que el administrador es no sólo el diseñador o arquitecto de la organización del servicio de enfermería, sino también su líder. Se consideran los distintos tipos posibles de liderazgo, de acuerdo con la situación. El Capítulo 13, "Contratación colectiva en enfermería", se refiere principalmente a los esfuerzos realizados por la Asociación Norteamericana de Enfermeras para mejorar las situaciones económicas y de bienestar social de sus miembros, que han llevado a la contratación colectiva de los profesionales, en las cuales la AAE (Asociación Americana de Enfermeras) ha actuado como representante único. La segunda parte del capítulo describe la necesidad de adquirir habilidad para negociar, mediante la capacitación práctica, en especial para aquellas personas que tienen que

actuar en las negociaciones. La última parte de este capítulo analiza por qué los administradores y los profesionales chocan con frecuencia, los factores que intervienen y las posibles soluciones a los problemas.

Los objetivos específicos de estos capítulos son (1) determinar las características fundamentales que debe poseer el administrador de enfermería; (2) desarrollar las habilidades del administrador de servicios de enfermería y hacer del departamento de enfermería todo un éxito; (3) preparar al administrador de enfermería, tanto en los aspectos educativos como experimentales, para que pueda trabajar en un nivel de dirección de alta calidad; (4) poner en práctica la filosofía y las metas definidas; (5) elaborar el curriculum requerido para la preparación apropiada de los administradores de enfermería; (6) establecer normas y estándares para la práctica profesional y las necesidades de la atención de enfermería, y (7) encaminar los esfuerzos a lograr que las enfermeras profesionales sean responsables de su propia práctica.

El futuro de la administración de servicios de enfermería parece prometedor; la profesión de enfermería posee los conocimientos, aptitudes y actitudes necesarios. El problema que resta resolver, desde hace mucho tiempo, es la forma como se deben poner en práctica dichos conocimientos.

Desde su concepción, la planificación de este libro fue una tarea conjunta; cada autora contribuyó con sugerencias y materiales a los capítulos escritos por la otra.

Consideramos que la teoría de administración que se presenta en esta obra está bien fundamentada y esperamos que las enfermeras puedan sacar mejor partido de ella que el que pueda sugerir el libro, de ser posible, en una relación de ciencia y práctica. Muchas enfermeras hablan de la teoría, pero pocas escriben acerca de ella y aún menos la ponen en práctica.

Deseamos agradecer la autorización que se nos concedió para utilizar la "Síntesis de teorías administrativas" elaborada por Claude S. George, Jr., en 1972, como base para nuestro modelo administrativo de servicios de enfermería y emplear el modelo de restricciones ambientales creado por Farmer - Richman y publicado por Business Publications, Inc., en 1971. Asimismo, deseamos expresar nuestro agradecimiento al Institute for Development of Education Activities, Inc., una filial de la Fundación Charles F. Kettering, por darnos permiso de citar de su monografía, *An Idea*, publicada en 1968, y a Eliah E. Porter, que en 1972 colaboró en la creación del "Systems Frame of Reference". Queremos manifestar nuestra gratitud a los arquitectos de "Conceptual Framework for Hospital Planning", J.J. Souder, W.E. Clark, J.I. Elkind y M.B. Brown, por permitirnos citar su obra; a todos los estudiantes que contribuyeron con sus ideas y a los participantes en el taller organizado por la Western Interstate Commission on Higher Education in Nursing, que fueron de gran ayuda para identificar los problemas de los servicios de enfermería.

Es imposible agradecer individualmente y nombrar a todas las personas que hicieron alguna contribución a nuestro libro, bien sea directa o indirectamente, escribiendo libros o artículos, y que nos han ayudado a no desviarnos de nuestras ideas respecto a la administración de servicios de enfermería.

Queremos agradecer especialmente a la Decana Rheba de Tornyay, de la Escuela de Enfermería, Universidad de Washington, Seattle, Washington, por leer el manuscrito completo, y a Teresa Joseph por colaborar con nosotras en el borrador de este libro.

**Clara Arndt
Loucine M. Daderian Huckabay**

Contenido

1 Breve historia de la teoría de administración y su aplicación a los servicios de enfermería, 1

Breve examen de las teorías de administración, 2

Escuela de la administración científica, 4

Escuela del proceso administrativo, 6

Escuela de la ciencia del comportamiento humano, 7

Escuela cuantitativa, 8

Otras clasificaciones del pensamiento administrativo, 9

Ventajas y limitaciones de cada escuela de pensamiento administrativo, 9

Contribución de las diversas escuelas de pensamiento a la administración de servicios de enfermería, 10

Naturaleza de la teoría, 15

Elementos de la teoría, 16

Formas de elaborar una teoría, 16

Características y criterios de la teoría, 17

Resumen, 19

2 La teoría de administración dentro del marco de referencia de sistemas, 21

Elementos fundamentales del modelo teórico de administración, 24

Teoría administrativa, 24

Medio externo: la organización de servicios de enfermería como un servicio abierto, 26

Limitaciones: medio ambiente externo, 27

Flujo de información y energía: sensor, mecanismo de toma de decisiones y procesador del medio ambiente, 28

Evaluaciones: población que actúa, 30

Cambio, 31

Marco de referencia de sistemas, 32

Correlación de los elementos del modelo de la teoría administrativa, 35

Descripción del enfoque de sistemas, 35

Cómo lograr que el modelo administrativo de una organización funcione dentro del marco de referencia de sistemas, 42

Subsistemas de una organización de atención de salud como sistema sociotécnico abierto, 44

3 Metas y objetivos: de la organización y de los individuos, 51

Filosofía básica de la administración de servicios de enfermería, 51

Factores que afectan la naturaleza y misión de los servicios de enfermería en las instituciones dedicadas a la atención de salud, 52

Establecimiento de metas y objetivos, 53

Valor de los objetivos, 54

Insumos para el establecimiento de objetivos en la administración de servicios de enfermería, 54

Criterios para determinar metas y objetivos, 57

Objetivos de la organización y de los individuos, 58

xii *Contenido*

- Objetivos de la organización, 59
- Objetivos individuales, 60
- Relación entre los objetivos de los individuos y los de la organización, 61
- Un ejemplo de objetivos de la organización y de los individuos, 63
- Objetivo central de la organización, 63
- Objetivos contributivos, 64

4 Proceso administrativo compuesto: actos físicos y conceptuales, 69

- Planificación, 69
 - Naturaleza de la planificación, 70
 - Tipos de planificación: estratégica y táctica, 71
 - Procesos de planificación, 71
 - Criterios de evaluación, 76
- Organización, 77
 - Naturaleza de la organización, 78
- Dirección, 98
 - Proceso de dirigir, 99
- Control, 113
 - Tipos de control, 115
 - Política de control, 118
- Resumen, 118

5 Medio Ambiente, 122

- Aspectos internos y externos del medio ambiente, 122
- Función del medio ambiente, considerado desde diferentes perspectivas, 123
- Medio ambiente conceptual, 126
 - Definiciones funcionales, 126
 - Características del medio ambiente conceptual en los servicios de enfermería, 127
 - Relaciones efectivas dentro de un medio de adaptación y de innovación, 129
- Medio ambiente físico, 141
 - Proceso de planificación del medio ambiente físico, 141
 - Objetivos del medio ambiente físico de la institución de atención de salud, 144
- Comentarios finales y principios orientadores, 150

6 Evaluación y medición, 154

- Procedimiento de evaluación, 155
- Tipos de evaluación, 158

- Evaluación formativa, 158
- Evaluación sumativa, 161
- Evaluación por normas y evaluación por criterios, 162
- La medición como un método de evaluación, 163
 - Proceso para la elaboración de un instrumento de evaluación, 164
- Un modelo de evaluación formativa o sumativa, 166
 - Diagnóstico del empleado o estudiante, 168
 - Diagnóstico del supervisor o instructor, 169

7 Cambio, 172

- La naturaleza del cambio, 172
- Un modelo para el cambio planificado, 175
 - Fuerzas del cambio en forma de entradas o insumos, 175
 - Percepción, 177
 - Actos conceptuales. estrategia para el desarrollo del cambio planificado, 179
 - Acto físico; poner en práctica el cambio planificado, 184
 - Evaluación: control del proceso y los resultados mediante el sistema de retroalimentación, 188

8 Problemas de relaciones entre el individuo y el grupo, 192

- El proceso de resolución de problemas, 194
 - Recopilación de la información, 194
 - Percepción, 194
 - Diagnóstico utilizando el marco de referencia del proceso administrativo compuesto (PAC), 195
 - Intervención, 200
 - Evaluación, 200
- Manifestación de los problemas a nivel de los individuos, 200
 - Adaptación, 201
 - Conservación, 203
 - Producto, 204
 - Distribución o Asignación, 207
 - Integración, 208
 - Coordinación, 209
 - Tensión: conflicto de roles, 210
- Conclusión, 216

9 El problema de las relaciones interdepartamentales: el proceso de resolución de problemas, 218

- Insumos, 219
- Percepción y análisis, 221
- Diagnóstico utilizando el marco de referencia de los actos conceptuales y físicos (PAC) 222
- Establecimiento de objetivos, 222
- Planificación de la estrategia, 223
- La organización como un instrumento de diagnóstico, 224
- La dirección como un auxiliar del diagnóstico, 228
- El control como un auxiliar del diagnóstico, 228
- Formulación del diagnóstico, 229
- Intervención, 230
 - Técnicas de cambio y estrategia, 231
 - Principios de la resolución de problemas, 232
 - Poner en práctica la solución propuesta acción, 235
- Evaluación, 238
 - Desarrollo de fuentes y métodos para el tratamiento de la información, 241
 - Prueba previa del plan, 242
 - Recopilación y análisis de la información, 242
 - Comparación de los resultados con las expectativas, 242
 - Planificación y toma de decisiones respecto a los resultados, 242
- Resumen, 243

10 Asignación de recursos humanos y económicos, 244

- La definición y el propósito del presupuesto, 244
- Ventajas y desventajas del presupuesto, 245
- Factores que determinan las necesidades del servicio de enfermería, 246
- Toma de decisiones en el proceso del presupuesto, 247
- Plan de organización para la preparación del presupuesto, 247
- Insumos, 247
- Percepción, 249
- Planificación del presupuesto, 249
 - Diseño del presupuesto, 250
- Resumen del proceso presupuestario, 274

11 El administrador de servicios de enfermería: requisitos y preparación académica, 279

- Cualidades y función del administrador de enfermería, 279
 - Aptitudes intelectuales, 279
 - Aptitudes, 282
 - Características personales, 285
- Preparación académica del administrador de enfermería, 287
 - Principales problemas educativos y profesionales que afectan el campo de la administración de servicios de enfermería y a la preparación académica del administrador de enfermería, 287
 - Educación académica formal del administrador de enfermería, 290
- Resumen, 304

12 Liderazgo, 305

- El significado del liderazgo, 306
 - Concepto de poder teoría de la influencia, 307
- El trabajo del líder, 308
- Algunas teorías sobre el liderazgo, 309
 - Teoría de los rasgos de personalidad, 309
 - Teorías del comportamiento personal, 310
 - Teoría situacional factores que intervienen en el liderazgo, 314
- El liderazgo en la organización de los servicios de enfermería, 318
 - ¿Qué comportamiento de liderazgo es el más apropiado, el autocrático o el democrático?, 318
 - ¿Qué descripción de liderazgo es apropiado para el comportamiento innovador?, 320
 - ¿Cuáles son algunas de las fuerzas que afectan el comportamiento de liderazgo?, 321

13 Acción colectiva en enfermería, 326

- Negociación colectiva en enfermería, 327
 - Evolución política y social de la ANE y de sus filiales estatales, 327
 - Sistemas legales estatales y federales y sus repercusiones en la negociación colectiva por parte de

xiv Contenido

 las enfermeras, 330
Asociación de Enfermeras de
 California, 332
Conclusiones: el efecto de la
 negociación colectiva de las
 enfermeras de California, 338
Educación y capacitación de los
 administradores de enfermería sobre
 negociación colectiva, 338
 ¿Qué tipo de preparación?, 340
Proceso de educación y capacitación

 sobre la negociación, 342
El administrador y el personal
 profesional de la organización, 345
Fuentes de conflicto, 346
Reducción del conflicto, 348

14 Una mirada al futuro, 352

 A Algunas predicciones derivadas de nuestro
 m modelo, 359

ADMINISTRACION DE ENFERMERIA

Teoría para la práctica con un enfoque de sistemas

1

Breve historia de la teoría de administración y su aplicación a los servicios de enfermería

En los 125 años que abarca la historia del estudio formal de la administración, han surgido una gran cantidad de "pensamientos" diferentes. A menudo estos pensamientos han llegado a ser lo que se conoce como escuelas de pensamiento. En diversas ocasiones las ideas administrativas han dado lugar a opiniones contrarias en relación con temas tales como la división del trabajo, simplificación y evaluación del trabajo, separación del trabajo manual e intelectual de la planificación, comportamiento de las personas en las organizaciones, sus metas y objetivos, y por último, análisis cuantitativo, investigación de operaciones y sistemas.

Estos períodos de desacuerdo reflejaban los problemas de la época en que fueron populares y lograron estimular el interés y el estudio del proceso administrativo como se concebía en aquel entonces.

Es importante observar que, a partir de 1950 se produjo un gran flujo de pensamientos e ideas, al que contribuyeron muchas personas dedicadas a otras disciplinas; matemáticos, ingenieros, economistas, médicos, enfermeras, psicólogos, sociólogos y filósofos comenzaron a interesarse por los estudios del proceso administrativo. Gran parte de las contribuciones hechas a la literatura sobre administración provenían de hombres y mujeres que introdujeron nuevos conocimientos y avances científicos y demostraron que los mismos se podían

aplicar al proceso administrativo. Varios de estos pensamientos e ideas innovativas han sobrevivido y siguen influyendo en el pensamiento administrativo contemporáneo.

Muchos administradores de servicios de enfermería que han hecho una evaluación crítica de sus actividades se sienten abrumados por sus descubrimientos. Si el estudiante o la enfermera que se dedica a la administración de servicios de enfermería considera que el tema es complicado, tiene razón, la administración de servicios de enfermería comprende un sinnúmero de aspectos y facetas, pero, al igual que cualquier tema dentro del contexto de la enfermería, se puede, y así se ha hecho en la realidad, estudiar desde diversos puntos de vista.

Después de examinar someramente lo que se ha hecho en este sentido, estaremos preparados para estudiar la evolución y los avances de la teoría de administración. Los primeros estudios de la teoría se pueden considerar esfuerzos por identificar, aislar y estudiar los elementos de la administración y definir los requisitos de lo que constituye la administración óptima. De esta forma, es posible ver cómo surgen las tendencias y patrones.

Entre los elementos que han surgido recientemente, podemos mencionar la integración y la innovación como funciones de una administración apropiada de los ser-

vicios de enfermería De hecho, la integración es uno de los elementos claves para el buen funcionamiento de cualquier organización dedicada a la atención de la salud, sin ella, ninguna institución puede aprovechar de la mejor manera sus recursos tales como personal, otras disciplinas, fondos, materiales y servicios. Una vez más, la institución debe integrarse de alguna manera a las necesidades y actividades de la comunidad a la que presta servicios La integración implica el conocimiento, evaluación e interacción con todos los subelementos que constituyen la institución o sistema Asimismo, la administración debe dar una respuesta dinámica a las necesidades actuales y futuras de las personas; debe tener una forma innovadora en cuanto a los desafíos del futuro

En la actualidad, dichas afirmaciones parecen casi axiomáticas, pero no siempre ha sido así La administración, al igual que la economía, la física y la sociología, ha tenido que pasar por diferentes etapas de evolución La ciencia administrativa como la conocemos en nuestros días es, en algunos aspectos, un concepto del siglo XX; no obstante, ha alcanzado la posición que ocupa hoy en día gracias a los esfuerzos de un sinnúmero de académicos y practicantes que, durante siglos, se han dedicado a ella. El administrador de servicios de enfermería debe estar consciente de la necesidad de aprovechar y utilizar los conceptos de las diferentes teorías de la administración o períodos de pensamiento Por otra parte, los administradores deben contar con una perspectiva histórica que les permita comprender cómo han ido evolucionando las teorías para emplearlas de manera racional. Claude George (1972) ha reunido las diversas teorías administrativas en un conjunto comprensible y coherente; sus conceptos constituyen el núcleo de nuestro modelo administrativo en el marco de los sistemas.

La administración posee un cuerpo teórico tradicional o derivado de las teorías clásicas, que proporciona, como sucede en la mayor parte de las áreas de estu-

dio, tanto un marco conceptual como una terminología Este sistema tradicional es fundamentalmente deductivo y se corre el riesgo de juzgarlo de acuerdo con su coherencia lógica o su elegancia teórica y no según su capacidad de explicar y predecir fenómenos en el mundo real Otro uso de un sistema semejante es como instrumento para clasificar los conocimientos.

Es probable que el administrador y el estudiante de este campo de enfermería se pregunten, con toda razón, por qué se ha tardado tanto en crear una teoría y por qué muchas de las ideas parecen tan obvias hoy en día. En realidad, el administrador y el estudiante pueden muy bien preguntarse a qué se debe tanta profusión de ideas y doctrinas. Un examen somero de los problemas del siglo XIX y algunos ejemplos de los problemas actuales pueden ayudar a esclarecer estos interrogantes. Hacemos hincapié en el hecho de que la administración de servicios de enfermería debe basarse en una teoría y práctica bien fundamentadas, de hecho, si queremos que la enfermería cumpla la función que le corresponde en cuanto a procurar conocimientos, habilidades, actitudes y dirección en la prestación de servicios de atención de la salud, la administración de servicios de enfermería se debe basar en un núcleo teórico bien fundamentado y flexible; de otra manera, no se producirán soluciones innovadoras a los problemas actuales y futuros.

BREVE EXAMEN DE LAS TEORÍAS DE ADMINISTRACIÓN

La evolución de la teoría de administración se puede clasificar en tres amplios períodos El primer período, el clásico, se ocupó primordialmente de la administración del trabajo y se remonta a alrededor de 1895. Las personas que más contribuyeron fueron F. W. Taylor, los Gilbreth y H. L. Gantt. Muchos pioneros de la administración vieron cómo, con el transcurso del tiempo, sus ideas evolucionaban hasta convertirse en uno o más aspectos

de la teoría administrativa, culminando en lo que, entre 1910 y 1915, llegó a conocerse como la escuela de la administración científica.

La escuela de la administración científica evolucionó a partir de la observación sistemática de los métodos de producción, de la investigación y análisis de la operación de los talleres. Si bien su preocupación principal son las técnicas específicas, está bien fundamentada teóricamente. Como primer conjunto de conceptos administrativos, ha sido de mucha utilidad para los administradores y ha suministrado una base para que los académicos elaboren y mejoren sus teorías.

Entre los periodos clásico y neoclásico, alrededor de 1929, surgió la escuela del proceso administrativo, que tiene su origen en la teoría clásica. El elemento más importante de ésta era la teoría administrativa, Henri Fayol y James D. Mooney realizaron las contribuciones principales. Esta escuela elaboró una teoría de la administración tomando como punto de partida el proceso inherente a la dirección; se ocupó de crear un marco conceptual y de identificar los principios que le sirven de fundamento. Considerando la administración como un proceso, esta escuela enfoca el análisis del proceso por medio de la investigación de las funciones del administrador en cuanto a planificar, organizar, dotar de personal, dirigir y controlar.

El segundo periodo, conocido como neoclásico, data aproximadamente de 1925. Su preocupación principal fueron las relaciones humanas y los fundamentos de la ciencia del comportamiento. Este periodo se concentró en la teoría de las relaciones humanas, motivación, grupos de trabajo en las organizaciones y liderazgo. Sus primeros representantes importantes fueron Gantt y Munsterberg. La escuela de la ciencia del comportamiento, que se remonta hacia 1930, surgió cuando los dirigentes reconocieron que el individuo es de vital importancia en cualquier tarea cooperativa, su razonamiento considera que los administradores logran que se hagan

las cosas gracias a la gente, la médula del estudio de la administración debía ser los trabajadores y sus relaciones interpersonales. Los conductistas se dedicaron fundamentalmente a problemas tales como motivación, dinámica de grupo, actitudes del individuo y las relaciones de grupo. Esta escuela es ecléctica y comprende prácticamente todas las ciencias sociales, incluyendo la psicología, sociología, psicología social y antropología. Su esfera de acción va desde cómo influir en el comportamiento del individuo hasta un análisis minucioso de las relaciones sociopsicológicas.

El periodo moderno comenzó alrededor de 1940; su interés principal fue la teoría de la organización y el análisis de sistemas. Las características distintivas de esta teoría son su base conceptual y analítica, su confianza en los datos proporcionados por la investigación empírica y su naturaleza integradora. Estas características se encuentran enmarcadas en una filosofía con la premisa de que la única forma correcta de estudiar una organización es estudiarla como un sistema. Una vez más, al igual que en los periodos anteriores, los pioneros de la administración vieron cómo sus ideas evolucionaban hasta convertirse en uno o más aspectos de la teoría de la administración. Alrededor de 1946, los conceptos de la organización moderna dieron origen a la escuela cuantitativa. Su característica principal es el empleo de grupos mixtos de científicos de diversas disciplinas, que trabajan en equipo y comparten sus conocimientos para estudiar y solucionar un problema. El trabajo se denomina indistintamente investigación de operaciones, investigación operativa y ciencia administrativa; el equipo de trabajo puede estar formado por un matemático, un físico, un economista, un ingeniero y un especialista en estadística. Si se analiza el problema desde el punto de vista de la investigación de operaciones o ciencia administrativa, se podrá obtener una mejor solución que si no se hiciera así. Constituye un método científico que utili-

za todas las herramientas científicas pertinentes para dotar a las decisiones administrativas de una base cuantitativa Surgió cuando los administradores encargados de dirigir, reconocieron que se necesitaba crear equipos de investigación bien integrados, para examinar a fondo las diversas posibilidades en los distintos cursos de acción

Antes del advenimiento de los modelos matemáticos y de las computadoras electrónicas, los administradores tenían que hacer frente al problema de planificar y controlar las operaciones de sus respectivas organizaciones Si la ciencia administrativa no existiera en nuestros días, todavía tendrían que desempeñar estas funciones El caso es que la ciencia de la dirección no es administración Los modelos matemáticos sólo son útiles en la medida en que representan una ayuda para el administrador o director mientras desempeña las funciones de planificar y controlar Una de las metas de la ciencia administrativa es lograr que el administrador planifique o controle mejor, o ambas cosas Las fechas mencionadas representan el momento cuando las teorías despertaron un interés generalizado y fueron aceptadas y no el momento en el que fueron introducidas por vez primera, en realidad, el origen de estas teorías se puede rastrear hasta épocas anteriores (George, 1972) Como cada una de las escuelas se relaciona con una contribución o investigación determinada, nuestro estudio se concentra en algunos autores Si bien resulta difícil poner límites exactos a las etapas de la historia, es posible distinguir algunos patrones de pensamiento o escuelas en los que se pueden agrupar diferentes obras

Más adelante, esta clasificación funcional se utilizará como base para la elaboración de marcos teóricos En este capítulo—utilizaremos—tratando de ser lo más eclécticos posible, marcos de referencia históricos y comparativos El énfasis será pragmático Los procesos fundamentales de la administración deben tener en cuenta todos los puntos de vista De esta

forma, los profesionales que se dedican a la administración de servicios de enfermería y los estudiantes podrán relacionar sus propias ideas con las que se hayan presentado en sus prácticas, estudios y lecturas

Probablemente era inevitable que las teorías administrativas más antiguas se concentraran en la productividad, inevitable porque las doctrinas sociodarwinianas acerca de la utilidad moral, equiparaban el bien último con el rendimiento económico que obtuviera la sociedad La Revolución Industrial había trastocado toda la estructura socioeconómica y, de acuerdo con esta filosofía del siglo XIX, se justificaron cambios drásticos e influencias concomitantes, aunque no siempre beneficiarán a la sociedad Los pioneros de las teorías de la administración, aunque fueron genios, no estaban libres de estas influencias

Se creía que la productividad tenía dos dimensiones (1) efectividad es igual a *resultados* (total de tratamientos o medicamentos administrativos) y (2) *eficiencia* (relación entre los tratamientos o medicamentos administrados y el costo de la mano de obra). por lo general, la eficiencia era la relación entre los resultados y una norma arbitraria de desempeño

Escuela de la administración científica

El creador de la primera gran teoría clásica de la administración científica fue Frederick W Taylor (1856-1917) Su escuela de la administración científica fue de capital importancia para dar forma a las ideas y todavía en nuestros días conserva su influencia Si bien Henry L Gantt, Frank B y Lillian Gilbreth y otros la modificaron y ampliaron en algunos aspectos, los puntos de vista de Taylor se basaron directamente en sus conocimientos de ingeniería y de la mano de obra Ascendió de obrero a ingeniero jefe en las Acerías Midvale, posteriormente trabajó para las Acerías Bethale y más adelante llegó a ser consultor Sus puntos de vista, publicados por primera vez en 1895 y ampliados en

1903 y en 1911 (Taylor, 1911), se basaban en cuatro principios fundamentales.

- 1 La creación de un método ideal u óptimo. Incluía el análisis de cada puesto de trabajo con objeto de determinar la "mejor manera" de realizarlo. El método más apropiado se registraba en una tarjeta del puesto y al empleado se le remuneraba sobre la base de incentivos, pagando una tarifa más alta por el trabajo que estuviera por encima de la norma
- 2 La selección y desarrollo de la persona. Incluía la selección de la persona idónea para realizar un trabajo determinado y la capacitación de esa persona en el método más conveniente
- 3 La integración del método y de la persona elegida y capacitada. Taylor consideraba que ésto daría lugar a una revolución mental por parte de la administración. Pensaba que los trabajadores no se opondrían a los métodos mejorados a causa de las mayores ganancias que recibirían
- 4 La estrecha colaboración entre los administradores y los empleados. Este principio comprendía fundamentalmente la división del trabajo entre los administradores y los empleados, los administradores serían responsables de la planificación y "preparación" del trabajo

Taylor y sus colaboradores consideraban que era preciso conocer qué trabajo tenía que hacerse y lograr que se efectuara en la forma más eficaz y eficiente. Se interesaron en estudiar la división y especialización del trabajo, la evaluación del trabajo y del esfuerzo, la inversión eficiente y humana de los esfuerzos. En la práctica, se hizo mayor hincapié en los aspectos fisiológicos del comportamiento en la situación laboral que en los aspectos psicológicos y sociológicos del mismo. No obstante, las obras de los pioneros de la administración científica indican que se interesaban por los aspectos más amplios del bienestar de los trabajadores. No es lo mismo prestar atención a los métodos normalizados a nivel operativo que concentrarse en el nivel administrativo de una organización.

La era de la Revolución Industrial fue contemporánea de la escuela de la administración científica. Cuando la enferme-

ría moderna estaba tomando forma, el mundo occidental estaba sufriendo todos los males de la Revolución Industrial. El cambio de la fuerza muscular a la fuerza de vapor no había liberado a la sociedad del trabajo arduo. La vida era un producto barato y la muerte era cosa de todos los días. Las prácticas sociales, sanitarias y de salud, intensificaban el contagio, los barrios pobres, la malnutrición y los abusos laborales proliferaron conforme las fábricas sustituyeron a los hogares como centros de producción.

Si bien la medicina científica estaba en sus albores, las ciencias físicas que habían fomentado los avances técnicos de la Revolución Industrial estaban bien establecidas. Empero, a medida que las ciencias de laboratorio y la práctica médica comenzaron a colaborar, se dieron los fundamentos de la inmunología, la pasteurización, la cirugía aséptica, la anestesia y la mayor parte de los servicios de salud pública. De esta manera, con el cambio de siglo comenzaron a invertirse las tendencias de mortalidad y morbilidad. Asimismo, en esta época los hospitales, con sus servicios cada vez más especializados, pudieron comenzar a ofrecer la garantía de una atención más segura. Se adoptaron principios básicos, protectores y de defensa, para promover la salud y la seguridad. Los extraordinarios cambios positivos observados en las estadísticas, tendieron a respaldar los criterios elegidos de atención de la salud. A continuación se cita a Wooden (1961).

"No obstante, es preciso reconocer que estos esfuerzos defensivos fueron armas eficaces para combatir las amenazas del pasado. En el contexto de los grandes progresos actuales nuestro índice de desempeño ya no puede ser el índice de mortalidad. Gran parte de las defensas que se han vuelto normales y convertido en procedimientos no son más que controles obsoletos, desprovistos de su importancia original.

En la actualidad, la obediencia generalizada y aparentemente ciega a estos patrones sólo se puede explicar por el alto grado de seguridad que, gracias a la experiencia real, se ha asociado comprensiblemente con ellos y que explica gran

parte del ritualismo relacionado con ellos y, por ende, con la renuencia a abandonarlos "

El desarrollo antiguo y actual de las prácticas de administración industrial ha influido e influye en esta evolución. La doctrina de la utilidad moral se aplicó y se aplica, a los hospitales de esta manera más humanitaria, aunque existe una superposición de intereses. Ambas instituciones existían para contribuir a la sociedad, la industria a través de la economía y el hospital como guardián de la salud del trabajador o custodio de las personas no productivas. La filosofía de la Revolución Industrial se utilizó para racionalizar las actividades sociales.

De nuevo con el cambio en las fuentes de energía, esta vez del carbón al petróleo, surgieron, como mencionamos anteriormente, otros prototipos de administración. En esta segunda fase de la Revolución Industrial, se hizo énfasis en la eficiencia de las organizaciones, como la encontrada en la enfermería centralizada y en los horarios fijos para alimentar a los pacientes. Quizá los hospitales se habían contagiado de una "enfermedad" o por lo menos de un "síntoma" que padecía la industria. Pero con el advenimiento de la especialización en la primera década del siglo, los pabellones de los hospitales eran considerados como máquinas; tal vez una máquina dedicada a dar atención al paciente, pero al fin y al cabo una máquina. La influencia de Taylor se dejó sentir en ideas tales como la de comparar el personal con una máquina para determinar el rendimiento óptimo, en este caso la disminución del índice de mortalidad.

En esta actitud se pueden encontrar las raíces del enfoque actual, más ritualizado aunque menos individualizado. El énfasis puesto en un principio en la parte mecánica y organizativa, tendió a reforzar el comportamiento ritualista victoriano. Es preciso tener presente que estos enfoques y conductas tuvieron mucho éxito. Por otra parte, no debemos dejarnos limitar por los convencionalismos, si las enfermeras se ven obligadas a funcionar no como agentes

terapéuticos, sino como medios para imponer a los pacientes el *status quo* del sistema, significa que algo anda mal. Si el ambiente de la atención es rígido e inflexible, si se imponen estándares de expectativas y si las relaciones necesarias se convierten en una barrera entre las enfermeras y los pacientes, ninguno logrará sus objetivos.

El empleo inicial de normas de trabajo e instrucciones por escrito constituyó un avance notable en la creación de patrones administrativos. Por supuesto, la libertad de acción no debe fomentarse hasta el punto de que se transforme en una influencia perturbadora. Con todo, la administración inflexible y los procedimientos de enfermería excesivamente rutinarios pueden obstaculizar la superación profesional de las enfermeras, destruir la capacidad terapéutica de los pacientes y tener efectos adversos en el medio social de la enfermería. Todos los servicios o producción de las organizaciones, incluyendo la salud, presentan dilemas, que no se deben por lo general a las deficiencias del personal sino a la naturaleza del medio de la organización. A pesar de las recientes obras de especialistas y de los resultados de investigaciones, la mayor parte de las organizaciones dedicadas a la atención de la salud no conceden mucha importancia a las diferencias individuales de los miembros de su personal ni de sus pacientes.

Escuela del proceso administrativo

El siguiente adelanto importante, la escuela de pensamiento del proceso administrativo, se convirtió en una nueva área de estudio alrededor de 1930. Esta escuela de pensamiento difería de la escuela de la administración científica en que tendía a ser más deductiva que inductiva, su objetivo primordial era la organización como una unidad y no los procesos individuales tales como la producción o el servicio por sí mismos. Sus recomendaciones para el diseño de una organización ideal se basaban en principios tales como los niveles de escala, alcance del control, directivos y asesores y

división en departamentos. La escuela del proceso administrativo creó una teoría de la administración en torno al proceso inherente a la administración, el establecimiento de un marco conceptual para la misma y la identificación de los principios fundamentales

Un principio básico es que la administración es universal, tanto en la teoría como en la práctica, siempre que sea operativa, tal como sucede en hospitales, clínicas, práctica privada o instituciones públicas. Como la administración se considera un proceso, esta escuela realiza el análisis del proceso mediante la investigación de las funciones del administrador planificar, organizar, dirigir y controlar. En vista de que estas funciones se ocupan de los individuos, esta escuela es de alguna manera ecléctica ya que reconoce los aspectos importantes de las ciencias sociales. No obstante, hasta el momento estos aspectos no han sido integrados activamente en la escuela del proceso administrativo

Henri Fayol (1841-1925) fue el padre de esta corriente del pensamiento administrativo. Su enumeración original y perceptiva de las funciones de la administración no ha perdido actualidad y su análisis clásico ha resistido la prueba del tiempo. Al igual que muchos clásicos, su obra no fue apreciada en un principio y no se difundió sino hasta después de la segunda traducción inglesa en 1949 (Fayol, 1949). En la década de los años cincuenta fue "descubierta" en los Estados Unidos

Escuela de la ciencia del comportamiento humano

La escuela de la ciencia del comportamiento humano surgió de los primeros esfuerzos de líderes tales como Gantt y Hugo Munsterberg por reconocer y hacer frente a los problemas de los individuos en las organizaciones. Una de las principales doctrinas de esta escuela es la cooperación, los iniciadores de esta escuela llegaron a la conclusión de que si los administradores lograban que se hiciera el trabajo gracias a las personas, se debía prestar la mayor

atención a los trabajadores y sus relaciones interpersonales. Se concentraron en aspectos tales como motivación, dinámica de grupo y actitudes del individuo. Esta escuela es ecléctica ya que toma nociones de la mayor parte de las ciencias sociales, como la psicología, sociología y antropología. Su esfera de acción comprende desde el estudio minucioso del comportamiento de la enfermera individual hasta el análisis de las complejidades de un hospital, considerado como una subcultura antropológica. El elemento humano es de primordial importancia en cualquier situación de trabajo.

Mayo (1933) y sus colegas realizaron un estudio notable de los factores que afectan la actividad, productividad y eficiencia de los trabajadores en la planta de Western Electric's Hawthorne Chicago; lo menos que se puede decir es que los resultados fueron sorprendentes. Sin importar cómo se manipularon las variables controladas, la producción aumentó, los investigadores tuvieron que llegar a la conclusión de que en el ámbito del trabajo los factores humanos eran más importantes que los factores físicos

La escuela de la ciencia del comportamiento tomó algunos conceptos de la doctrina psicológica que prevalecía en aquel entonces y también suministró gran cantidad de información y conceptos que pronto se incluyeron en el marco general de la psicología. Algunas ideas eran realmente revolucionarias, ya que se referían a la selección y colocación del personal, reclutamiento, análisis de los puestos de trabajo e incentivos, los departamentos de personal comenzaron a surgir con la modificación positiva de poner un gran cuidado en la selección y colocación del personal. Como cabría esperar, estos primeros departamentos de personal por lo general se limitaban a ayudar a hacer transferencias entre los diferentes departamentos y a iniciar actividades recreativas. No obstante, con la difusión de los nuevos conceptos acerca de las relaciones del personal, estos primeros departamentos comenzaron a

desempeñar tareas que los administradores estimaban importantes. Sin embargo, la depresión de la década de los años treinta detuvo momentáneamente el progreso de los mismos. Otras ideas no eran tan nuevas; verdaderamente, fue Lillian Gilbreth, por lo general considerada una taylorista, quien escribió el primer libro sobre psicología industrial (Gilbreth, 1914). El reconocimiento de que las organizaciones, incluyendo los hospitales, eran sistemas sociales complejos y que los métodos de investigación empleados por los psicólogos podían manejar los problemas que surgieran de esta naturaleza social, ha tenido un profundo efecto hasta nuestros días. En la actualidad, por supuesto, el punto de vista del estudiante de la ciencia de la conducta industrial se basa más en el estudio de la organización como un todo, y el psicólogo de la organización debe tener en cuenta las características del sistema de la organización en su conjunto. En cuanto a esto, la escuela de la ciencia de la conducta tiende a superponerse con la escuela cuantitativa, que ha creado algunos conceptos nuevos.

Escuela cuantitativa

La escuela cuantitativa es la de más reciente aparición y ha afectado más a la sociedad y al público en general que todas las demás escuelas juntas. Se basa en una serie de técnicas diferentes, que por lo general utilizan la lógica y un modelo racionalista para analizar el funcionamiento de una organización. Conjuga el conocimiento de varias disciplinas para atacar el problema que se estudia. Un caso típico puede incluir la participación de un científico social, un físico, un ingeniero y un antropólogo. Algunas subespecialidades que se encuentran con frecuencia son investigación de operaciones, programación lineal, métodos de rutas críticas, evaluación de programas y técnica de comprobación (PERT), teoría de sistemas, econometría, teoría de modelos, teoría de colas, teoría de estrategias y juegos, simulación, cadenas de Markov, teoría de la información y costo-efectividad. Otros nombres que se

emplean en ocasiones para designar esta escuela son ciencia de la dirección, investigación de operaciones y teoría de las decisiones.

Si se pudiera aislar una sola característica que le diera a esta escuela un carácter único, sería el enfoque, que comprende un método científico y la creencia de que un fenómeno no se puede entender sino hasta ser cuantificado. Esta escuela tiene una gran confianza en la comunicación de símbolos y en el equipo interdisciplinario de trabajo.

La escuela cuantitativa ha mostrado buenos resultados en muchas áreas de la administración, en especial en lo concerniente a proporcionar las herramientas necesarias para fundamentar cuantitativamente la toma de decisiones. Por lo general, las etapas de este proceso son:

- 1 Formulación del problema
- 2 Elaborar un modelo matemático que represente el sistema que se estudia
- 3 Derivar una solución del modelo
- 4 Probar el modelo y la solución
- 5 Establecer controles sobre la solución
6. Poner en práctica la solución

Estas etapas presentan diferentes ramificaciones cuando se elige entre las posibles decisiones. Las matemáticas son de gran importancia; quizá la única forma de manejar las fluctuaciones de las variables será recurrir a la estadística y la probabilidad. Es probable que se necesiten computadoras enormes y el procesamiento electrónico de datos para reducir los modelos teóricos a instrumentos manejables y prácticos. En realidad, han sido las computadoras de alta velocidad, con sus vastas habilidades de cómputo y manejo de datos, las que han sacado a la escuela cuantitativa de un marco meramente académico y la han llevado a la práctica diaria del administrador.

Por supuesto, nadie pretende afirmar que la computadora sea la solución a los problemas de la sociedad, de las instituciones dedicadas a la atención de la salud, ni de la enfermería. De hecho, quizá sea la

mística que existe en torno a las computadoras, más que ninguna otra cosa, la que ha demostrado la necesidad de no descuidar los problemas humanos, expresados por la escuela de la ciencia de la conducta. Con frecuencia, la transición a un sistema automatizado o computarizado en una organización cualquiera, incluyendo las dedicadas a la salud, causa más trastornos que los que imaginaron en un principio las personas que propusieron las nuevas ideas y recursos. Lo anterior no significa que las innovaciones no tuvieran ningún valor; la mayoría de ellas ya han demostrado ser más que una buena inversión, ya que reducen los costos, ahorran tiempo a las enfermeras, para que puedan dedicarse más a los pacientes y de esta manera, mejoran la atención que les brindan.

Además, el funcionamiento adecuado de la computadora depende de la motivación y educación apropiadas de las personas, que les permita comprender mejor por qué se introducen estos equipos y adelantos. Cuando la gente comprende, acepta los cambios con mayor facilidad; la computadora es compleja, pero nunca podrá ser tan compleja como las personas.

En la actualidad, los sistemas computarizados pueden liberar a las enfermeras de gran parte de las tareas que consumen mucho tiempo, tales como escribir los planes de atención de enfermería, copiar las órdenes médicas, transcribir las prescripciones de los pacientes y decidir patrones de rotación. No obstante, si las enfermeras no están dispuestas a aceptar que los equipos electrónicos son útiles, se encontrarán en la misma situación que sus colegas de hace tres generaciones.

Otras clasificaciones del pensamiento administrativo

Hemos presentado cuatro periodos diferentes o escuelas de ideas administrativas, con un objetivo determinado: sintetizar las ideas, de acuerdo con el pensamiento de Claude George (1972). Resulta interesante ver cómo otros autores elegidos al azar y con objetivos variados, han clasificado el pensamiento administrativo.

Mary Arnold (1968) señala cuatro enfoques diferentes de la teoría administrativa: estructural, de procesos, de toma de decisiones y de sistemas. Ernest Dale (1965) divide el pensamiento en cuatro escuelas: administración científica, escuelas de eficiencia, relaciones humanas y relaciones administrativas. Kast y Rosenzweig (1966) dividieron la teoría en ciencia de la conducta, investigación de operaciones y extensiones de las primeras teorías clásica y neoclásica. Levey y Loomba (1973) consideraron cinco categorías: administración científica, dirección administrativa, escuela de las relaciones humanas, escuela de la conducta y ciencia administrativa. Newman y Warren (1967) mencionan cuatro enfoques: productividad, conductista, modelo racionalista y conceptos institucionales. Por último, Paul Gordon (1966) designa sus categorías como tradicional, conductista, ecológica y de decisiones.

Ventajas y limitaciones de cada escuela de pensamiento administrativo

Es probable que las personas que se dedican a la administración no hayan aplicado la teoría como fue propuesta por los diferentes autores, pero como se presenta en el siguiente cuadro comparativo, cada una de las escuelas tiene limitaciones.

Ventajas	Desventajas
----------	-------------

1 Escuela de la administración científica

PONE ENFASIS EN

- | | |
|--|---|
| 1. Metas y objetivos bien definidos | 1. Tiende a descuidar el análisis de los valores sociales y humanos |
| 2. Mejoramiento del desempeño y de la eficiencia | 2. Por lo general omite la coordinación de las diferentes funciones |
| 3. Costo reducido y método científico | 3. Por lo común no se aplica a toda la organización |
| 4. Especialización técnica | 4. Tiende a ser prescriptiva más que a considerar las situaciones |

Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas
5. Nivel de trabajo y aspectos técnicos de la producción	5. Parece contener paradojas en el proceso de toma de decisiones	3 Subraya la importancia de los modelos y de las matemáticas	3 Es probable que precise de expertos ajenos a la organización
6. Filosofía basada en la operación efectiva	6. Crea una organización sin gente	4. Subraya la importancia de los equipos de trabajo, científicos e interdisciplinarios	4. Crea organizaciones sin gente

II Escuela del proceso administrativo

PONE ENFASIS EN:

1 Funciones administrativas y su estudio	1 Tiende a considerar la administración como algo ajeno a la organización
2. La administración como una materia independiente de su aplicación	2 Es difícil evaluar los resultados
3 Principios administrativos	3 Carencia de la participación del individuo
4 Misión administrativa	4 La coordinación se considera una función y no un resultado de los procesos administrativos

III Escuela de la ciencia del comportamiento humano

1 Reconoce las necesidades humanas y sociales	1. Puede causar fragmentación
2 Énfasis en la importancia de la cooperación	2 El individuo puede perder la perspectiva de la organización en su conjunto
3. Énfasis en la importancia de la enseñanza y la supervisión	3. Crea gente sin organización
4. Pone énfasis en el reconocimiento de la organización informal	4. Falta integración de las facetas humanas de la conducta

IV Escuela cuantitativa

1 Ayuda a la toma racional de decisiones	1 Puede ser complicada
2 Se adapta a casi todos los problemas	2 Puede ser costosa en un principio

5 Pone énfasis en los resultados

Cada una de estas cuatro escuelas de pensamiento, si se las considera en términos del concepto de sistemas, puede representar un sistema cerrado o un sistema abierto, o un sistema parcialmente cerrado y parcialmente abierto

Un sistema cerrado es aquel en el que las condiciones iniciales determinan el resultado final. Un sistema abierto es aquel en el que el mismo resultado final se puede alcanzar a partir de diferentes condiciones iniciales y por distintos caminos. Un sistema cerrado tiene retroalimentación negativa; en los sistemas abiertos existe más de una forma de lograr una relación de causa a efecto.

El Cuadro 1 representa, en forma de diagrama, los conceptos de sistema abierto y sistema cerrado.

CONTRIBUCION DE LAS DIVERSAS ESCUELAS DE PENSAMIENTO A LA ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA

Esta reseña introductoria muestra como los principios de la teoría administrativa general, que utilizan en los negocios y en la industria, se pueden aplicar también a las organizaciones dedicadas a la atención de la salud. Por ejemplo, tanto los hospitales como las industrias tienen una organización compleja, los dos poseen grupos y subgrupos formales e informales, los dos interactúan con una comunidad y un medio más amplio, los dos se relacionan con la sociedad en su conjunto, los dos emplean

Cuadro 1. Mezcla de las cuatro escuelas de pensamiento en término de conceptos de sistemas

Escuelas de pensamiento	Sistema abierto, cerrado o ambos	Escuelas de pensamiento	Sistema abierto, cerrado o ambos
<i>Administración científica</i>		<i>Proceso administrativo</i>	
Planificación	a/c	Planificación	a/c
Organización	a/c	Organización	a/c
Control	a/c	Control	a/c
Dirección	a/c	Dirección	a/c
Unidad de mando	c	Línea de mando y línea de asesoría	a/c
Especialización	c	Especialización	c
		Ambito de control	c
<i>Conductista</i>		<i>Ciencia administrativa-cuantitativa</i>	
Motivación	a/c	Teoría de las decisiones	c
Normas de grupo	a/c	Programación lineal	c
Organización estable	a	Control de inventario	c
Grupos T	a	Puntos de equilibrio	c
Administración por objetivos	a	PERT	c
Enriquecimiento del trabajo	a	Probabilidades comerciales	a
Situaciones	a		
Liderazgo	a		
Descentralización	a		

Símbolos a=abierto, c=cerrado, a/c=abierto y cerrado

Características de los sistemas abiertos y cerrados

a=Sistema abierto — lleva hacia un incremento en la creatividad y una disminución en la tendencia a ser rutinario

c=Sistema cerrado — lleva hacia una disminución en la creatividad y un aumento en la tendencia a ser rutinario

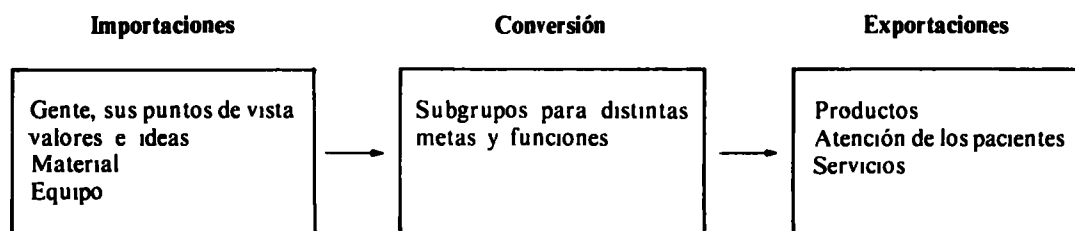
a/c=Sistema abierto y cerrado—puede producir tanto un aumento como una disminución en la creatividad y en la tendencia a ser rutinario

Un sistema parcialmente abierto y parcialmente cerrado puede causar en algunas áreas de la administración un aumento en la creatividad y en otras áreas un aumento en la tendencia a ser rutinario

poder o autoridad, los dos tienen un producto y los dos emplean servicios especializados.

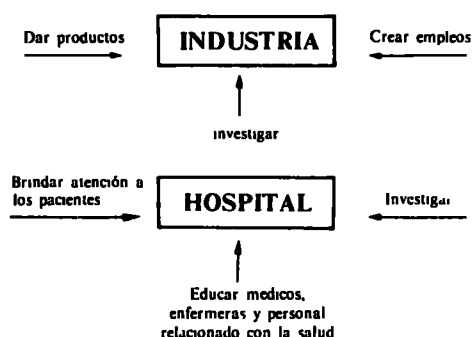
También se pueden encontrar diferencias: el producto no es el mismo, el de los hospitales es la gente, la preparación para la dirección no es necesariamente la misma; los hospitales por lo general tienen una autoridad normativa; las industrias son más descentralizadas que los hospitales. La creciente dependencia respecto a los servicios especializados, representa un buen ejemplo de un problema común a las industrias y las organizaciones dedicadas a la atención de la salud.

El economista Galbraith, como lo cita Deliége (1974), afirma que la autoridad real en las organizaciones comerciales está en manos de los expertos, que constituyen lo que denomina la tecnoestructura. El análisis de Galbraith se refiere a las compañías comerciales de Occidente, cuyos objetivos son puramente económicos; este no es el caso de las organizaciones dedicadas a la atención de la salud, que tienen un conjunto de funciones. Por otra parte, en las compañías comerciales, los expertos tienen una carrera en perfecta consonancia con el objetivo mismo de la organización; la meta común es el crecimiento y la obten-



ción de utilidades. Por el contrario, los expertos en medicina y enfermería de las organizaciones que se dedican en Occidente a la atención de la salud, con frecuencia siguen una carrera individualista y se preocupan más por la atención que reciben los pacientes que por la eficiencia o efectividad económicas. Los expertos en medicina y enfermería a menudo no solo aconsejan a la administración, sino que constantemente toman decisiones vitales y cruciales, son completamente responsables de sus actos. La conclusión que sacamos es que la tecnoestructura no es idéntica a la de la industria. Es probable que las enfermeras sepan más que sus supervisores

Se han estudiado éstas y otras áreas y en algunas publicaciones dedicadas a la investigación, se han presentado gráficamente algunos resultados. Schurr (1969) muestra cómo ambos tipos de organizaciones se encuentran bajo presión



Es preciso observar que los hospitales no se encuentran bajo presión para crear empleos; por el contrario, suministran empleados para un mercado especial de trabajo.

Los científicos sociales del Instituto Tavistock hicieron un estudio de los valores

y necesidades sociales y culturales de personas tales como los empleados y pacientes de los hospitales, para mostrar cómo los factores externos influyen en un sistema sociotécnico, emplearon la analogía del material que se importa, se convierte y finalmente se exporta (Trist y Rice, 1963).

Así, muchos factores externos se convierten en factores internos ya que los empleados de los hospitales, al igual que los pacientes, no abandonan su cultura al cruzar las puertas de un hospital. Los investigadores del Instituto Tavistock encontraron que esto también es cierto respecto a los trabajadores de la industria

Etzioni (1961) mediante un análisis minucioso de las variables básicas separa los hospitales de la industria y los negocios, propuso tres categorías de organización, basadas en el tipo de autoridad empleada y la clase de participación de los miembros

Hemos visto cómo a fines del siglo XIX y principios del XX, empezaron a organizarse los hospitales modernos. A medida que se produjeron los cambios, cambiaron también los servicios de enfermería y su administración. Muchos de los funcionarios que ocupaban los principales puestos eran enfermeras, las "jefas" o "superintendentes de enfermeras". Las responsabilidades fundamentales eran la supervisión de la atención dada a los pacientes y la enseñanza a los estudiantes de enfermería. El modelo de autoridad se basaba principalmente en la continuación de ideas que se remontan a los hospitales religiosos y militares del pasado (Bullough y Bullough, 1969)

Los diferentes miembros del consejo de administración desempeñaban otras funciones; en consecuencia, la responsabilidad

estaba dividida y fragmentada. La coordinación que se lograba era el resultado de las reuniones del consejo, en las cuales cada miembro hablaba en nombre de una especialidad determinada, por ejemplo, finanzas, mantenimiento o personal. En estos primeros días, la administración de servicios de enfermería casi nunca se reconocía como un elemento esencial para el funcionamiento del hospital.

Categoría I	Categoría II	Categoría III
<i>Poder puramente coercitivo</i>	<i>Uso predominantemente utilitario de las recompensas económicas</i>	<i>Uso, por parte de una autoridad normativa, de la afiliación, posición y recompensas de valor intrínseco</i>
Campos de concentración Prisiones Instituciones de vigilancia Sindicatos coercitivos	Negocios e Industria Sindicatos comerciales Organizaciones militares en tiempo de paz	Organizaciones religiosas Hospitales Universidades e instituciones Asociaciones de voluntarios Asociaciones de profesionales

En la época de la Primera Guerra Mundial, la situación comenzó a cambiar en los hospitales, al igual que ocurrió en la industria. Al principio de este capítulo, nos hemos referido al crecimiento de la industria y al cambio de la propiedad individual y privada a estructuras más complejas. Una de las consecuencias fue el desarrollo de la primera teoría administrativa, la escuela de la administración científica. Así pues, los cambios también empezaron a producirse en la administración de los hos-

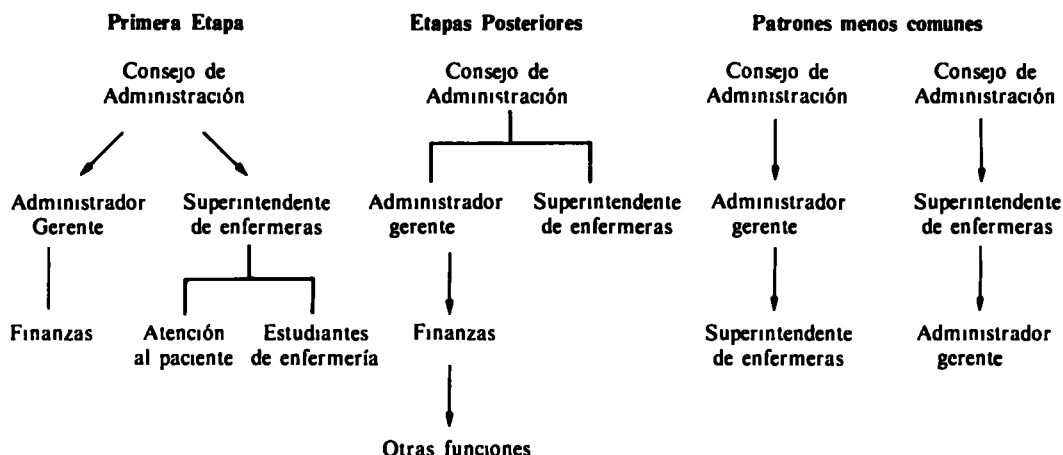
pitales, cada vez más grandes y complejos. Muchas cosas sucedieron casi simultáneamente, nuevos conocimientos en la ciencia y en la medicina, nuevos procedimientos, nuevos laboratorios, pruebas de rayos X, un número cada vez más grande de escuelas de enfermería y un mayor número de enfermeras preparadas, fueron algunas de las innovaciones que necesitaban coordinación y dirección.

La escuela de la administración científica por lo general consideraba todos los medios disponibles, incluyendo el personal, como recursos que era preciso administrar. Se creía que la función de la administración consistía en mejorar la eficiencia y aumentar la producción, es decir, la atención a los pacientes. Desde los días de los propietarios individuales, no se ha producido ningún cambio cualitativo en la naturaleza del pensamiento administrativo. Los cambios fundamentales han tenido lugar en la forma de llevar a cabo la función primordial de la organización, o sea, obtener utilidades o atender a los pacientes. Los papeles desempeñados por los trabajadores o enfermeras cambiaron, pero la administración como un arte no alteró su naturaleza básica hasta el advenimiento de la escuela del proceso administrativo.

Stewart (1934) observó que el énfasis puesto en la eficiencia y la normalización en los negocios y la industria antes de la Primera Guerra Mundial, afectó sobremanera a la enfermería, en consecuencia, la educación en enfermería se volvió inflexible, se esperaba que las enfermeras siguieran un patrón establecido y no se fomentaba la espontaneidad.

Los problemas económicos y financieros se aunaron a los problemas que surgieron a raíz de las innovaciones técnicas y de otros tipos. Los hospitales habían llegado a ser tan grandes y complejos que resultaba imposible que el director los administrara por completo.

Johnson (1966) identificó cinco etapas de autoridad administrativa en la transición producida en la atención de la salud entre fines del siglo XIX y mediados del

EVOLUCION DEL ADMINISTRADOR GERENTE DE HOSPITALES 1915 - 1930

siglo XX. Los hospitales fueron administrados sucesivamente por una superintendente de enfermeras, etapa 1, un administrador comercial y un consejo de administración, etapa 2, un superintendente de hospitales y administradores, etapa 3, un administrador, etapa 4, y finalmente un vicepresidente ejecutivo, etapa 5. Hoy en día, en Estados Unidos coexisten las cinco etapas.

Entre 1915 y 1930, evolucionó gradualmente la posición del administrador gerencial. Durante la década de los años veinte, declinó considerablemente el papel administrativo activo del consejo de administración. El administrador gerencial, que en un principio se dedicaba a las finanzas, y la superintendente de enfermeras, estaban subordinados al consejo de administración; éste brindaba la coordinación y enlace necesarios entre los dos puestos.

El papel del administrador gerencial se amplió; en poco tiempo otras funciones pasaron a ser responsabilidad de esta persona, por ejemplo, departamentos de servicio, compras, nómina, facturación y muchos otros asuntos cotidianos del hospital. Algunas funciones le fueron transferidas del consejo de administración y otras de la superintendente de enfermeras. El cargo de administrador gerente comenzó a ser ampliamente aceptado cuando éste demostró

que era competente y satisfacía una necesidad real. Los administradores gerenciales o directores ejecutivos se reclutaron entre miembros del consejo de administración, médicos, enfermeras y en los hospitales religiosos, también entre los miembros de la comunidad religiosa.

Este patrón duró menos de 20 años; el ritmo acelerado de los cambios durante los años treinta y cuarenta hizo necesaria una nueva reorganización administrativa. Una vez más, se sintió preocupación por el impacto de la ciencia, los problemas financieros y el surgimiento de nuevas especialidades; la administración tuvo que hacer frente al problema de reclutar personas que trabajaran tiempo completo.

Los cambios se dejaron sentir en todas las áreas; las ciencias de la conducta, que surgieron indirectamente de los estudios sobre la administración científica, investigación y experimentación, despertaron el interés en los aspectos humanos de las funciones de enfermería. La administración científica había hecho hincapié en los aspectos técnicos, pero los administradores de servicios de enfermería reconocieron pronto la necesidad de tener en cuenta otros factores. Los estudios de administración se ampliaron para incluir áreas tales como las relaciones humanas, el espíritu de cooperación y la dinámica de grupo. Las

enfermeras siempre habían tratado con las personas, pero comenzó a hacerse énfasis en la importancia de la habilidad para tratar con las personas. Se sintió que los administradores debían estar familiarizados no sólo con la ingeniería industrial sino también con la ingeniería humana.

A fin de satisfacer la demanda de administradores de servicios de enfermería, en especial de aquellos que tuvieran esta nueva orientación, se iniciaron en las universidades programas de educación académica a nivel de postgrado. La gente que elegía estas nuevas carreras no tuvo ningún problema para ser aceptada. Si bien el título de *superintendente* todavía existe en algunos lugares, el término exacto es el de *administrador*. Las designaciones de *director ejecutivo* y *vicepresidente ejecutivo* están adquiriendo popularidad, como títulos y como conceptos.

La administración aún está evolucionando a un ritmo acelerado; los consejos de administración de las organizaciones dedicadas a la atención de la salud se asemeja cada vez más a los consejos de directores de las industrias. El director ejecutivo y el administrador de enfermería tienen una responsabilidad mayor, que abarca las relaciones con la comunidad, y se encuentran en el umbral de responsabilidades aún más grandes, que comprenden las relacionadas con los patrones cambiantes de la burocracia y las nuevas relaciones del personal médico (Levey y Loomba, 1973).

El cambio es uno de los factores fundamentales de nuestro tiempo. Se considera que para en momento ya debe resultar obvio pensar que el cambio ha afectado y seguirá afectando a la enfermería desde todos los puntos de vista.

Durante los últimos años de la década de los veinte y en el transcurso de la década de los treinta, hubo una gran preocupación por la educación de enfermería. Según Russell (1955): "Algunos de los programas más importantes de educación de enfermería surgieron durante este período". En todos los ámbitos de la educación se dejó oír una nueva voz. La filosofía demo-

crática de John Dewey brindó un nuevo rumbo a la educación de enfermería; su objetivo era "por una parte, la superación del individuo y el enriquecimiento progresivo de su experiencia, y por otra, la construcción y perfeccionamiento de la sociedad" (Stewart, 1934).

La Fundación W. K. Kellogg proporcionó una nueva orientación a la administración de servicios de enfermería mediante el financiamiento de investigaciones en este campo y la colaboración, una vez más por medio de fondos, para crear programas universitarios de administración de servicios de enfermería en 16 escuelas de los Estados Unidos. (Finer, 1961; Mullane, 1959).

NATURALEZA DE LA TEORIA

Deseamos ahora dirigir la atención del lector hacia la naturaleza y los parámetros para evaluar la teoría, con objeto de analizar los métodos de investigación empírica más usados y presentar algunas consideraciones básicas para evaluar la validez de los resultados de las investigaciones.

Los administradores de servicios de enfermería y los estudiantes de administración han sido testigos de una acalorada controversia sobre los enfoques más apropiados de la administración y dirección de servicios de enfermería como una disciplina académica, a causa de las diferentes escuelas de pensamiento administrativo y de los avances recientes en la metodología de la investigación.

Este análisis presenta algunos criterios para evaluar la teoría y los métodos de investigación empírica, así como algunas consideraciones básicas para evaluar la validez de los resultados de las investigaciones y de la teoría. Asimismo, se analizan y presentan algunas pautas para integrar la teoría y los resultados de las investigaciones en la resolución de problemas en la administración de servicios de enfermería. Es probable que sea muy valioso para los administradores y para los estudiantes de administración de servicios de enfermería comprender con toda claridad

estos conceptos y su relación con la práctica diaria de la administración. La creencia más común respecto a las teorías de la administración, y en especial de la administración de servicios de enfermería, es que se trata de un conjunto de "debes", es decir, de un conjunto de reglas que nos enseñan a administrar.

Filley y House (1969) definen una teoría como el marco de referencia que los estudiantes y personas dedicadas a la administración emplean para pensar y tomar decisiones. Una teoría no es algo ajeno a la práctica; es la base para aplicar la práctica. El mundo real es complejo y es preciso ordenarlo de manera sistemática, la formulación de teorías constituye el proceso de ordenación.

La teoría tiene dos funciones como instrumento y como meta. Marx (1963) afirma que, como instrumento, la teoría sirve para dirigir la investigación empírica mediante la generalización de nuevas predicciones que, de otra manera, no es probable que se produjeran. Como meta, la teoría integra y aplica los resultados empíricos. La teoría representa un medio económico y eficaz de abstraer, codificar, resumir, integrar y almacenar información.

Elementos de la teoría

Los elementos más importantes de la teoría son los conceptos, proposiciones y leyes. Un *concepto* es un término al que se le ha adjudicado un significado determinado, los conceptos son nombres genéricos que pueden referirse a objetos, acontecimientos, propiedades de los objetos y de los acontecimientos y a las relaciones que existen entre ellos. Una *proposición* es una declaración provisional que efectúa predicciones acerca de la información empírica; con frecuencia, las predicciones se derivan de las proposiciones teóricas e indican lo que espera obtener el investigador. Las *leyes* son declaraciones de las relaciones normales y predecibles que se producen entre variables empíricas. También significan conjuntos aceptados de principios teóricos o abstractos.

Griffiths (1964; p. 100) describe la teoría como un "conjunto de leyes deductivamente relacionadas. Algunas leyes son axiomas o postulados de la teoría y por lo general reciben el nombre de supuestos. Su verdad no es tan manifestada como se da por sentado, de modo que se pueda determinar la verdad de otras afirmaciones empíricas llamadas teoremas".

Formas de elaborar una teoría

Existen cuatro modelos para elaborar una teoría: el modelo teórico, el inductivo, el deductivo y el funcional. Se diferencian por la forma como se relacionan con la información empírica.

Marx (1963) y Filley y House (1969) definen un *modelo conceptual* como una analogía conceptual que se emplea para determinar un marco de referencia para la investigación empírica. Afecta el punto de vista del investigador respecto a la información empírica, pero ésta no lo cambia. La diferencia principal entre el modelo y otros tipos de teoría es que el primero es independiente de la información.

Una teoría *inductiva* es la que resume las relaciones empíricas y evita la creación de una lógica deductiva. Es la información la que origina la teoría, los investigadores comienzan con una serie de observaciones y desarrollan o inducen una generalización o principio para predecir o explicar el patrón de relaciones observadas. El flujo de la lógica va de la información a la abstracción. Una teoría *deductiva* hace hincapié en su estructura conceptual y en la validez real de sus leyes; se elabora a partir de la información empírica, se emplea para evaluar la investigación empírica y se modifica a medida que surgen relaciones nuevas o diferentes. Se hace énfasis en la importancia de la consistencia de la lógica interna de sus proposiciones; en este caso, el flujo de la lógica va de la abstracción a la información.

Una teoría *funcional* se considera un medio provisional para recopilar y analizar información; no tiene valor elaborar prematuramente un sistema lógico comple-

jo. La teoría funcional es más tentativa y menos formal que una teoría deductiva.

Las teorías clásicas de la administración y dirección científica son fundamentalmente funcionales, aunque gran parte de las teorías recientes son de naturaleza inductiva; se basan sobre todo en la acumulación de experiencia, obtenida a raíz del trato con los grupos de trabajo, y generan descripciones de trabajos normalizados, unidades independientes de planificación y procedimientos especiales de selección.

Características y criterios de la teoría

¿Cómo puede decidir un investigador o un administrador de servicios de enfermería qué teoría aceptar y cuál rechazar? Filley y House (1969) proponen cinco parámetros para evaluar la aceptabilidad de una teoría. En primer lugar, una teoría debe tener coherencia interna, es decir, sus proposiciones no deben ser contradictorias. Debe permitir al teorista formular proposiciones del tipo "si , entonces " y comprobarlas. La segunda característica de una buena teoría es su coherencia externa, esto significa que la teoría debe ser coherente con las observaciones y evaluaciones de la vida real. A menudo este criterio se conoce como comprobación de la referencia empírica. En tercer lugar, la teoría debe tener la posibilidad de demostrar que sus predicciones son erróneas y éstas deben ser comprobables. La cuarta característica de una teoría es su generalidad. Por último, una teoría práctica debe poseer la cualidad de la sencillez científica, es decir, si se tienen dos teorías, que predican con exactitud los hechos y están respaldadas por pruebas, se debe elegir la menos compleja.

Asimismo, las teorías tienen siete dimensiones descriptivas. El primer elemento descriptivo es un método de elaboración de la teoría en el cual la lógica fluye, ya sea de la abstracción a la información o de la información a la abstracción; el segundo es la exposición, que significa que una teoría se debe expresar verbal o cuantitativa-

mente. El tercer elemento es el propósito; se dice que una teoría es prescriptiva si dice lo que debería suceder por ejemplo, "todas las personas que trabajen en una organización deben comprender la responsabilidad y autoridad de su puesto" (Filley y House, 1969, p. 32). Una teoría descriptiva explica lo que es, y no lo que debería ser. El cuarto elemento es el alcance; una teoría puede ser microscópica o maeroscópica. La teoría microscópica toma como base una pequeña unidad de análisis, por ejemplo, un individuo o un grupo pequeño, y elabora una teoría completa; la teoría macroscópica parte del medio total del fenómeno y después pasa a las pequeñas unidades que lo constituyen. El quinto elemento de una teoría es la orientación. Una teoría, si ha sido creada por expertos en una rama determinada del conocimiento, puede orientarse hacia una disciplina; por ejemplo, es probable que encontremos teorías de administración de hospitales, administración empresarial y expertos en cada una de estas áreas. Las teorías orientadas a los problemas se concentran en el problema en cuestión y adquieren conocimientos de cualquier fuente que esté a su alcance.

La interdependencia de las partes constituye el sexto elemento de una teoría, se refiere al grado de relación que existe entre las diversas partes de la misma. En un extremo se encuentra la teoría estática, se dice que sus reglas son fijas e inalterables, y existe una relación simple entre los diferentes factores de la teoría. La teoría dinámica presenta relaciones más complejas y más interdependencias. Por ejemplo, consideramos la voluntad o falta de voluntad de un trabajador para participar activamente en la organización y alcanzar sus metas. El modelo dinámico de March y Simon (1958) afirma que cuanto menor sea la satisfacción que los trabajadores obtienen de su trabajo, mayor será su búsqueda de otras fuentes de satisfacción. Esto puede incluir abandonar la organización, quedarse y producir, y quedarse y no producir. March y Simon también aseguran que

el valor esperado de las recompensas estimula la actitud de búsqueda del trabajador, es decir, cuanto mayor sea el valor esperado de las recompensas, mayor será la búsqueda y más alto el nivel de satisfacción y aspiración en el empleo. No obstante, el aumento de los niveles de aspiración también puede disminuir la satisfacción. Por tanto, el equilibrio entre las fuerzas positivas y negativas determina la decisión de un trabajador a participar y el nivel específico de desempeño. Este ejemplo ilustra cómo la teoría dinámica explica, de una manera más compleja, pero también más realista que la teoría estática, la decisión de un empleado de participar (Filley y House, 1969).

Otra característica de las teorías es su aplicabilidad; Bennis, Benne y Chin (1962) propusieron una serie de parámetros para determinar la aplicación práctica y válida de la teoría de las ciencias sociales, que también se pueden utilizar en relación con la aplicación práctica de la teoría administrativa. Una teoría semejante debe ser capaz de tener en cuenta el comportamiento de la gente que trabaja en ambientes institucionales específicos y también debe ser capaz de explicar los distintos niveles que se relacionan en el contexto del cambio social. Toda teoría debe incluir variables que pueda comprender, manejar y evaluar la persona que la ponga en práctica. Debe elegir entre las diversas variables aquellas que sean más apropiadas para una situación local determinada, en término de sus valores, ética y moralidad. Asimismo, debe aceptar la premisa que las organizaciones y grupos, en su carácter de unidades, son tan responsables ante la investigación empírica y el manejo analítico como ante el individuo. Por último, una teoría también debe considerar los procesos sociales externos del cambio y los aspectos interpersonales de los procesos de colaboración (Filley y House, 1969).

En consecuencia, una teoría que tiene valor práctico brinda al administrador de enfermería una descripción de su ambiente. Amplía su gama de conocimientos, ya

que al derivar predicciones de la teoría, le permite relacionar hechos específicos y dar explicaciones más detalladas. El administrador de enfermería utiliza la teoría como guía en su búsqueda de nuevas variables relacionadas con sus problemas prácticos y con su esfuerzo por llegar a las soluciones óptimas. Según Filley y House (1969), el científico trata de describir y predecir el comportamiento sin tratar de guiarlo, pero el profesional trata de predecir y controlar el comportamiento en formas que se consideran adecuadas. La enfermera toma de la teoría pautas útiles para el análisis de los problemas, la predicción de los hechos y el control de las variables. En pocas palabras, el conocimiento de la teoría le permite resolver mejor los problemas que surgen en su medio específico.

Como gran parte de la teoría actual en el campo de la administración se ha formulado a partir de la experiencia práctica de los administradores o sobre la base de observaciones no controladas, ha proporcionado algunos datos importantes y útiles para elaborar prescripciones, pautas y principios destinados a dirigir los actos. Empero, las pruebas empíricas reales de estos principios son muy raras; por tanto, es de suma importancia que el administrador, en lugar de limitarse exclusivamente a observar las aplicaciones e infracciones a un principio en la práctica real antes de que pueda evaluar su validez, recurra a otras disciplinas académicas para analizar estudios anteriores basados en hipótesis análogas, de los que puede sacar inferencias válidas. Un ejemplo de una investigación análoga podría ser el estudio realizado por Gulick (1937) sobre el principio de la unidad de mando. Gulick afirma que "ningún individuo debe recibir órdenes o instrucciones de más de una persona (véase Filley y House, 1969, p. 35). El razonamiento de este principio es que cuando una persona recibe órdenes de muchas personas que trabajan para la organización, es muy probable que las órdenes creen conflictos e incertidumbre en el empleado en

el momento de decidir qué orden tiene prioridad sobre las demás. Por tanto, es probable que el empleado genere sentimientos de frustración y ansiedad y retrase el proceso de toma de decisiones. Como el principio de unidad de mando se basa en la posibilidad de que surjan conflictos, podemos inferir algunos hechos útiles de las ciencias psicológica y sociológica acerca del conflicto de roles; esas ciencias afirman que los conflictos surgen cuando a una persona, en su calidad de empleado o ciudadano, se le imponen exigencias o aspiraciones incompatibles con su actividad.

Resumen

La administración de servicios de enfermería en las organizaciones dedicadas a la atención de la salud, ha avanzado lenta, aunque constantemente, hacia un fundamento teórico. Desde los primeros años de la administración científica, la administración de servicios de enfermería aprendió qué tareas era preciso realizar y a considerar las formas más eficaces y eficientes de lograrlo. El período del proceso administrativo enseñó que las funciones de planificación, organización, dirección y control eran tareas administrativas, si bien diferentes del trabajo de escritorio, por decirlo así, y esenciales para la sobrevivencia de la organización. Las ciencias de la conducta, que pusieron énfasis en las diferencias individuales, señalaron que la gente constituía la variable más importante para lograr los fines de la organización. La administración pasó a ser la ciencia de manejar a la gente. Con el rápido advenimiento del período de la ciencia cuantitativa, comenzamos a pensar en la organización como un todo; estamos empezando a utilizar el método científico y somos capaces de medir nuestros insumos y productos.

Hemos tomado las teorías administrativas que representan lo mejor de las cuatro escuelas del pensamiento administrativo y las hemos colocado dentro de un marco de sistemas, elaborando un modelo o imagen cognoscitiva como guía para que los

administradores y estudiantes de servicios de enfermería analicen los conceptos, amplíen su utilización y añadan nuevos conocimientos (véase la Fig. 2-7). La historia de la administración coloca a la administración actual sobre los hombros de los conocimientos anteriores, haciendo innecesario que los administradores tengan que buscar de nuevo el camino en el laberinto de la teoría administrativa.

Poseer una amplia variedad de marcos teóricos es como poseer un depósito de energía potencial almacenada en el bagaje cognoscitivo del individuo; esta energía potencial está lista para transformarse en energía cinética cada vez que el administrador de servicios de enfermería deba actuar. En síntesis, la teoría es la guía para la acción.

BIBLIOGRAFIA

- Arnold, M. F. Professionalism and changing concepts of administration, *J Nurs. Educ* 7 (1) 5-50, 1968
- Bennis, W. G., Benne, K. D., and Chin, R. The planning of change readings in the applied behavioral sciences, New York, 1962, Holt, Rinehart & Winston, Inc
- Bullough, V. and Bullough, B. The emergence of modern nursing, ed 2, New York, 1969, Macmillan Pub Co., Inc
- Dale, E. Management theory and practice, New York, 1965, McGraw-Hill Book Co
- Deliège, D. The sociological framework surrounding patients, *Int Nurs Rev* 21 (1) 16-20, 1974
- Etzioni, A. A. Comparative analysis of complex organizations, Glencoe, Ill., 1961, The Free Press
- Fayol, H. General and industrial administration, London, 1949, Sir Isaac Pitman & Sons, Ltd
- Filley, A. C., and House, R. J. Managerial process and organizational behavior, New York, 1969, Scott, Foresman & Co
- Finer, H. Administration and nursing services, New York, 1961, Macmillan Pub Co., Inc.
- George, C. S., Jr. The history of management thought, ed 2, Englewood Cliffs, N. J., 1972, Prentice-Hall, Inc
- Gilbreth, L. M. The psychology of management, New York, 1914, Sturgis & Walton Co
- Gordon, P. J. Transcend the current debate on administrative theory, *Hosp Admin* 11 (2), 6-23, 1966
- Griffiths, D. E.: The nature and meaning of theory in behavioral science and educational administration. In Griffiths, D. E., editor The 63rd yearbook of the National Society for the Study of Education, Chicago, 1964, University of Chicago Press, pp 95-119.

- Gulick, L., and Urwick, L.: *Papers in the science of administration*, New York, 1937, Institute of Public Administration.
- Johnson, E. A.: The continuing evolution of the hospital administration, *Hosp. Admin.*, 11 (2). 47-59, 1966
- Kast, F. E., and Rosenzweig, J. E.: Hospital administration and systems concepts, *Hosp. Admin.* 11 (4) 17-33, 1966.
- Levey, S., and Loomba, P. N. *Health care administration a managerial perspective*, Philadelphia, 1973, J. B. Lippincott Co
- March, J. G., and Simon, H. A.: *Organizations*, New York, 1958, John Wiley & Sons, Inc.
- Marx, M. H.: *Theories in contemporary psychology*, New York, 1963, Macmillan Pub Co., Inc.
- Mayo, G. E.: *The human problems of an industrial civilization*, New York, 1933, The Viking Press, Inc.
- Mullane, M. K.: *Education for nursing service administration*, Battle Creek, Mich., 1959, The W. K. Kellogg Foundation.
- Newman, W. H., Summer, C. E., and Warren, E. K. *The process of management*, ed. 2, Englewood Cliffs, N J., 1967, Prentice-Hall, Inc.
- Russell, J. E.: *National policies for education, health and social services*, Garden City, N Y., 1955, Doubleday & Co., Inc
- Schurr, M. C.: A comparative study of leadership in industry and the nursing profession. II. *Int. J. Nurs.* 16 (2): 115-132, 1969.
- Stewart, I.: *The educational program of the school of nursing*, Geneva, 1934, International Council of Nurses, p. 15. Taylor, F. W.: *Principles of scientific management*, New York, 1911, Harper & Row, Pubs.
- Trist, E. J., and Rice, A. K.: *The enterprise and its environment*, London, 1963, Tavistock Publications, Ltd.
- Wooden, H. E.: Impact of the industrial revolution on hospital maternity care, *Nurs. Forum* 1. 91-104, Winter 1961.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- Roethlisberger, F. J., and Dickson, W. J.: *Management and the worker*, Cambridge, Mass., 1939, Harvard University Press
- Stull, R. J.: *Management of the American Hospital.* In Hague, J. E., editor. *The American hospital system*, Pensacola, Fla., 1961, Pensacola Hospital Research and Development Institute, Inc.

2

La teoría de administración dentro del marco de referencia de sistemas

La ciencia y tecnología modernas han contribuido a que las instituciones dedicadas a la atención de la salud se conviertan en organizaciones más complejas y diversificadas. La introducción de nuevos conocimientos ha causado un incremento en la especialización y este factor ha dificultado la coordinación de la atención a los pacientes.

Los administradores de servicios de enfermería, educados desde hace mucho tiempo en el arte de hacer y sumergirse en las rutinas diarias de una organización, raras veces tienen el tiempo necesario para detenerse a analizar cómo la teoría de la administración puede ayudarlos a resolver los acuciantes problemas de una institución dedicada a la atención de la salud. No obstante, existen conceptos que pueden servir de guía a los acosados administradores, mientras recorren el intrincado laberinto de las relaciones y complejidades de su organización.

En este capítulo y a lo largo de toda la obra se presenta uno de estos conceptos, los procesos de la administración. Pedimos a los administradores de servicios de enfermería que comparen lo más pronto posible sus ideas con los cuatro elementos esenciales de este proceso: planificar, organizar, dirigir y controlar; también les pedimos que no se ocupen de problemas tales como la fragmentación de los servicios de salud ni el conflicto entre los sec-

tores público, voluntario y privado de la atención médica, como si se tratara únicamente de problemas médicos, y que no consideren la incapacidad de las organizaciones de salud existentes para responder en forma adecuada a las cambiantes necesidades de salud de la comunidad y el sorprendente incremento en los costos de la atención de la salud, como si no tuvieran relación alguna con la organización de la atención de la salud en su conjunto. Empleando este enfoque, formulamos un modelo o guía cognoscitiva que guiará paso a paso al administrador de enfermería en la tarea de examinar las cuatro funciones básicas de la administración de servicios de enfermería desde el punto de vista del sistema como un todo.

Durante décadas, se ha dicho que las funciones del administrador de servicios de enfermería son planificar, organizar, dirigir y controlar. ¿En qué forma han cambiado estas funciones? La verdad es que las funciones en sí mismas no han cambiado, pero sí la forma como las utilizamos. El punto de vista que se adopte puede presentar una gran diferencia en la forma en que un administrador observa y relaciona los hechos de una situación determinada; gran parte depende de la capacidad del administrador de crear una relación ordenada entre los factores que forman parte del ambiente social y económico, del objetivo y posición de la organización en la

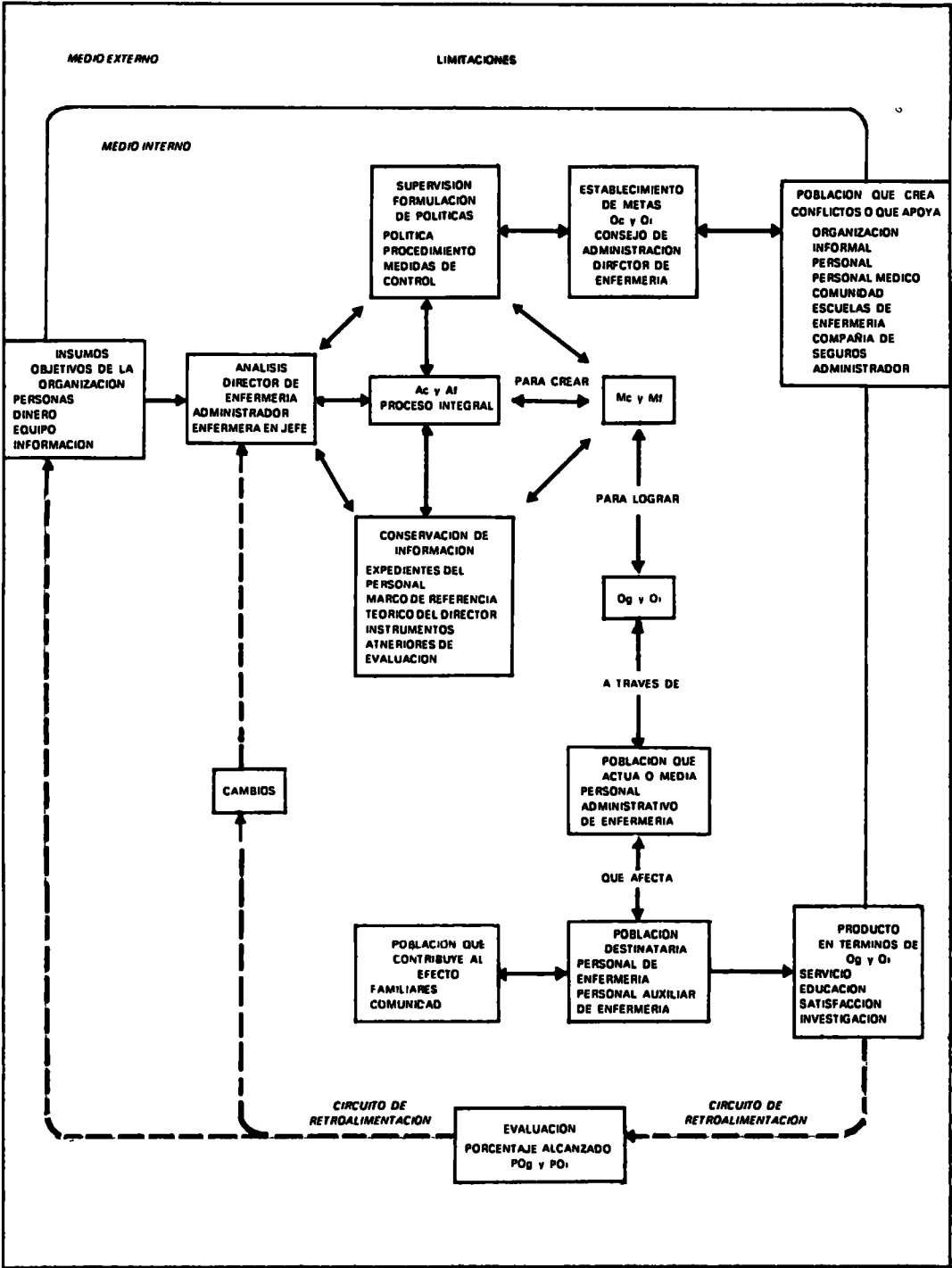


Fig. 2-1. Modelo administrativo dentro de un marco de referencia de sistemas.

comunidad y del funcionamiento de la organización de servicios de enfermería. El administrador de servicios de enfermería debe ser consciente de toda la institución, aunque éste es un ideal abstracto a menos que se piense en las actividades de la organización en términos del objetivo de la misma, los planes para alcanzar los objetivos, el sistema de organización creado para realizar la tarea y los controles necesarios para adaptarse a una situación cambiante.

Un medio ambiente que conduzca a la consecución de las metas de la organización y del individuo, es el resultado de una larga cadena de actividades interrelacionadas. Ningún eslabón de la cadena parece menos importante que los demás, aunque muchos estudios teóricos de optimización de los servicios parecen concentrarse fundamentalmente en problemas tales como el control de costos, niveles óptimos de resultados y equilibrio entre los recursos marginales y los costos marginales. Si bien estos factores son, sin lugar a duda, importantes y merecen un análisis minucioso, el administrador responsable de toda la organización debe ponerlos en la perspectiva adecuada. Si se antepone el diseño básico de la institución, en especial la dirección que seguirá, su esquema de funcionamiento y la interacción de las partes que la constituyen, la institución podrá lograr mejor sus objetivos en cuanto a calidad del servicio que se presta a las personas, educación del personal dedicado a la atención de la salud, investigación para combatir y prevenir las enfermedades y el control de costos. La clave del éxito reside en el proceso administrativo.

La tarea que debe emprender la profesión de enfermería es la creación de una teoría general de administración de servicios de enfermería que incluya los aspectos relevantes de las teorías y disciplinas anteriores. En pocas palabras, lo que se necesita no es una nueva teoría sino una síntesis que las comprenda a todas. Con el fin de ilustrar mejor nuestro concepto de una teoría administrativa para los servi-

Cuadro 2. Explicación de los símbolos

Símbolo	Término
Ac	Actos conceptuales
Ad	Administración
Af	Actos físicos
C	Control
D	Dirección
f	"función de"
Mc	Medio conceptual
Mf	Medio físico
O	Organización
Og	Objetivos de la organización
Oi	Objetivos del individuo
P	Planificación
p o %	Porcentaje
R	Rendimiento
RAd	Rendimiento administrativo
>	Mayor que

cios de enfermería, hemos elaborado un modelo o fórmula concisa, una analogía conceptual cuyo objetivo consiste en proporcionar una guía para la forma de actuar (Fig. 2-1 y Cuadro 2)

Los elementos utilizados en la elaboración del modelo fueron (1) las funciones del administrador de servicios de enfermería, (2) la organización de servicios de enfermería como un sistema abierto, (3) la influencia y limitaciones del medio externo, (4) la organización de servicios de enfermería como una entidad dinámica que no se limita a sí misma ni a las relaciones de los subsistemas internos, (5) metas de la organización y de los individuos consideradas como entidades mensurables por medio del ciclo de retroalimentación, (6) el cambio visto como una constante en las organizaciones modernas dedicadas a la atención de la salud y (7) los conceptos clasificados como interdependientes, interrelacionados e interactivos.

Al separar las funciones o procesos administrativos del medio ambiente en el cual se producen, obtuvimos un modelo que puede constituir un medio útil para evaluar la administración.

Nuestro enfoque para elaborar el modelo consistió en definir la administración de servicios de enfermería y al administrador de servicios de enfermería como son en la actualidad. La administración de servicios de enfermería es el proceso de establecer y alcanzar objetivos influyendo en la conducta humana, en el marco de un ambiente conveniente. Por otra parte, el administrador de servicios de enfermería crea el ambiente propicio para que otras personas realicen determinados actos, actos que darán por resultado la consecución de los objetivos y metas de la institución y de los individuos que forman parte de la misma.

En consecuencia, la función global de un administrador de servicios de enfermería consiste en determinar los objetivos colec-

tivos de la organización de servicios de enfermería y crear el ambiente adecuado para alcanzarlos. Por lo tanto, podemos definir una organización de servicios de enfermería como una organización social dentro de la cual las personas han alcanzado relaciones estables que facilitan la consecución de una serie de objetivos o metas.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO TEORICO DE ADMINISTRACION

Teoría administrativa

El núcleo de nuestro modelo o guía cognoscitiva es la teoría administrativa (Fig. 2-2). El acto de la administración (*Ad*) está constituido por un acto conceptual (*Ac*) y uno físico (*Af*), que se combinan para

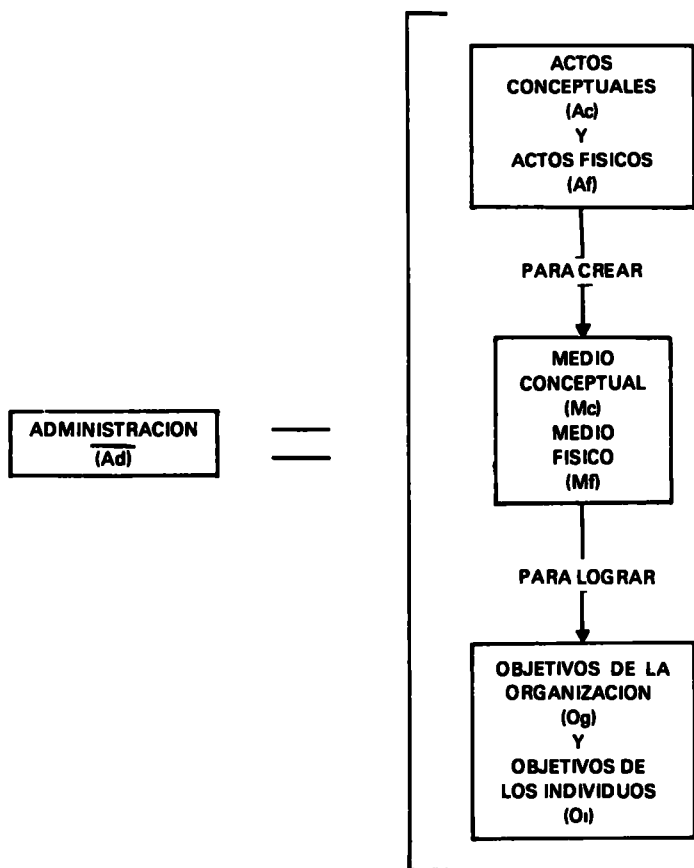


Fig. 2-2 Teoría administrativa.

crear un medio conceptual y físico (*Mc* y *Mf*), en términos de los objetivos del individuo (*Oi*) y de la organización (*Og*). Los actos conceptuales se refieren a pensar, formarse ideas, filosofar, reunir las ideas y tomar decisiones. Los actos físicos se refieren a comunicar, enseñar, tomar conciencia y poner en práctica el programa planeado y organizado o traducir el conocimiento en hechos. Los actos conceptuales se llevan a cabo mediante los procesos intelectuales de planificar y organizar, mientras que los actos físicos se efectúan a través del proceso de dirigir y controlar.

El proceso administrativo no es una serie de funciones interdependientes de planificación, organización, dirección y control que se puedan realizar por separado, por el contrario la administración es un proceso compuesto que está formado por estos elementos individuales. No se puede realizar ninguna de estas funciones sin incluir a las demás, sino que, al utilizar las cuatro como un proceso compuesto, el administrador de servicios de enfermería realiza la tarea de generar un medio conceptual y físico que favorece la participación coordinada de los miembros o personas que participan en el equipo. En este sentido, el administrador de servicios de enfermería se transforma en un especialista del proceso compuesto.

El medio de trabajo del que se ocupan los administradores consta de dos partes: conceptual y física. El medio conceptual (*Mc*) se refiere al aspecto mental de la relación interpersonal que afecta la actitud de la enfermera en cuanto al trabajo y al lugar de trabajo. El medio conceptual o mental de las relaciones interpersonales que crea un administrador, tiene por objeto crear una actitud o estructura mental positiva en cada persona, que afectará de manera positiva los deseos que tiene la persona de participar en la empresa de atención de la salud. Este medio está destinado a crear una actitud mental que le permita a la persona comprender por qué es beneficioso para uno esforzarse por alcanzar los objetivos de la institución, y que

sólo será "beneficioso para uno" si se le permite, directa o indirectamente, alcanzar su meta o metas personales.

La segunda parte del medio del que se ocupan los administradores es de naturaleza física (*Mf*) e incluye todos los aspectos físicos que lo constituyen. Las cualidades estéticas de las instalaciones de atención de la salud de la institución y el diseño arquitectónico del espacio vital, representan un principio importante de la filosofía que hace hincapié en el enfoque basado en el paciente y en el personal, ya que estos aspectos se refieren exclusivamente a cualidades humanas. En especial, gran parte de las tensiones meramente biofísicas y bioquímicas impuestas al personal y al equipo médico y que forzosamente se transmiten al paciente, se pueden evitar en gran medida por medio de la planificación y diseño del hospital. Por otra parte, las impresiones de tiempo y espacio se relacionan en forma directa con la interacción de los seres humanos, y en consecuencia, con la reducción o generación de tensiones.

Por tanto, la tarea principal de un administrador es la creación de una relación interpersonal saludable, tanto física como mentalmente, de un medio de trabajo que induzca a los demás a contribuir voluntariamente en la consecución de los objetivos de la institución. Sin un medio físico y conceptual o ambiente de trabajo adecuado, los esfuerzos de las personas pueden ser ineficaces o incluso no existir.

El marco de referencia de sistemas ha fortalecido la teoría administrativa. La amplia difusión de la teoría de sistemas y su creciente aplicación a una gran variedad de campos, incluyendo el de la salud, constituyó el punto inicial. El marco de referencia de sistemas, como se aplica a este campo, se puede comprender mejor como un complejo conjunto de factores sociales relacionados e interactuantes y de mecanismos institucionales que responden a un subconjunto de necesidades y exigencias sociales, es decir, a las que se relacionan con la salud. Un enfoque de sistemas nos

obliga a identificar y describir con precisión las etapas sucesivas del sistema y a evaluar cada una de ellas en términos de su contribución para alcanzar los objetivos del sistema. Por otra parte, exige que analicemos y describamos con exactitud el ambiente dentro del cual funciona el sistema y que estimemos el efecto que dicho ambiente tiene en el sistema, cómo le suministra insumos y absorbe sus productos y qué clase de limitaciones impone al sistema cuando éste trata de alcanzar sus objetivos.

Es preciso que identifiquemos y describamos las fronteras del sistema de salud, de la misma manera que haríamos con cualquier sistema que estudiemos. Para esto, es importante hacer la distinción entre el sistema de atención de la salud y otros sistemas socialmente importantes con los que se relaciona (articulación), tales como educación, empleo y vivienda

Estamos de acuerdo en que estas definiciones de fronteras son arbitrarias, pero es una forma de limitar un campo y someterlo a investigación, análisis y evaluación minuciosas. En el sentido más amplio, nos vemos obligados a identificar y, por medio del análisis de sistemas, describir todas las operaciones que se producen dentro del sistema, si deseamos estar algún día en posición de estimar o evaluar su eficacia.

Medio externo: la organización de servicios de enfermería como un sistema abierto

La segunda parte del modelo hace hincapié en el medio externo (Fig. 2-3). Una organización de atención de la salud no existe en el vacío; existe en relación con su medio, que suministra los recursos y las limitaciones. Si deseamos que la organización siga siendo socialmente útil y económicamente estable, debe adaptarse de manera constante a su medio, que cambia

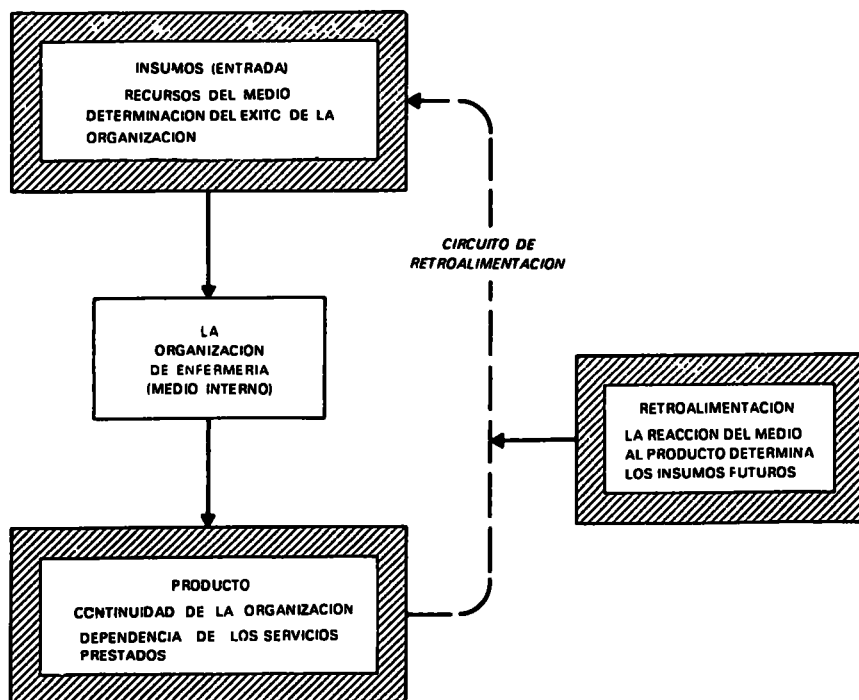


Fig. 2-3. Medio externo, los elementos del medio incluyen personas, recursos físicos, clima, condiciones económicas, actitudes y leyes

continuamente. La causa principal del fracaso de una organización es su incapacidad para adaptarse de manera apropiada al medio.

Una organización de servicios de enfermería y su ambiente son interdependientes; la organización depende del medio que la rodea para obtener los recursos y las oportunidades necesarios para su existencia (Fig. 2-3, *entrada*); asimismo, el medio determina los límites de las actividades de la organización. El ambiente sólo proporciona recursos valiosos a la organización si ésta le suministra los servicios deseados (Fig. 2-3, *producto*); al hacerlo, las actividades de la organización deben ser aceptables para el medio. Por ejemplo, las enfermeras deben atender a las personas y asumir la responsabilidad de los servicios prestados sin delegar de manera

excesiva en personal no profesional los servicios directos a las personas. Por medio de la retroalimentación, el ambiente reacciona a los servicios prestados y a las actividades de la organización de servicios de enfermería (Fig. 2-3, *retroalimentación*). El ambiente evalúa los servicios y determina los recursos futuros que ofrecerá y las limitaciones que impondrá a la organización.

Limitaciones: medio ambiente externo

El medio externo influye en la organización de servicios de enfermería; las limitaciones que impone se pueden dividir en cuatro tipos: educativas, sociológicas y culturales, políticas y legales, y económicas (Fig. 2-4).

1. Las limitaciones educativas incluyen aspectos tales como falta de conocimientos por par-

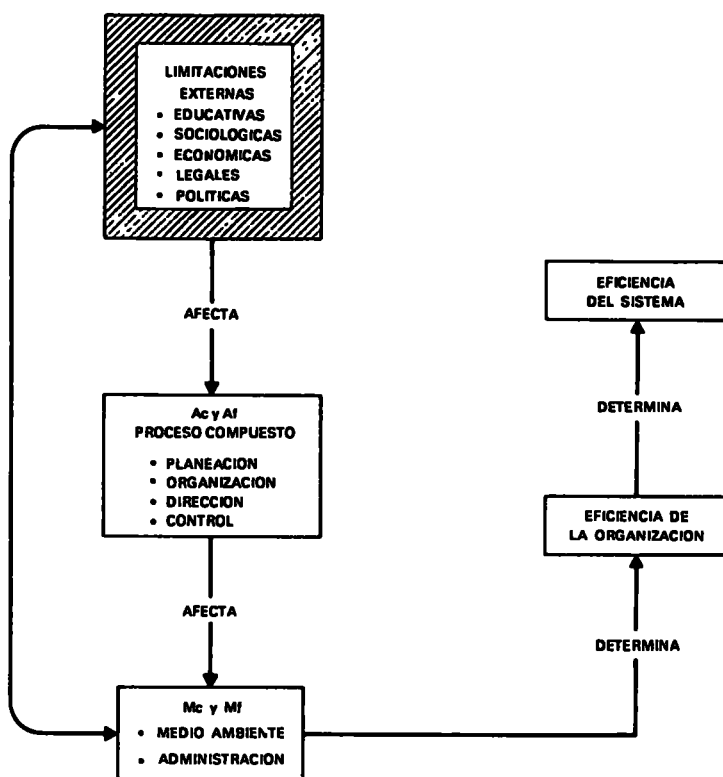


Fig. 2-4. Limitaciones (De Donnelly, J., Gibson, J e Ivancevich, J.: Fundamentals of management, Dallas, Tex , 1971 Business Publications, Inc., p 400.)

te del personal, disponibilidad de educación profesional y técnica especializada, la actitud imperante respecto a la educación y el grado en que la educación satisface los requisitos de habilidades y aptitudes. Los factores educativos pueden apoyar o limitar la administración eficaz de los servicios de enfermería

- 2 Las limitaciones sociológicas y culturales abarcan una gran variedad de factores; entre los más importantes cabe mencionar la actitud de los colegas y de la sociedad en general respecto a los administradores de enfermería, los puntos de vista predominantes de los superiores y de los subordinados, el nivel de cooperación que se obtiene de organizaciones profesionales, de sindicatos y de la administración, así como la opinión prevalente en el país respecto a la salud y la importancia de su costo
- 3 Las limitaciones políticas y legales comprenden factores tales como la estabilidad política, la flexibilidad de las leyes y los cambios legales relacionados con la salud
- 4 Las limitaciones económicas incluyen aspectos tales como la situación económica básica del país, el predominio público o privado en las instituciones dedicadas a la atención de la salud, bien sea que se trate o no de una economía competitiva basada en el dinero, y el grado en el que el gobierno controla las actividades económicas y las de la atención de la salud

Al analizar las limitaciones del medio ambiente externo, se encontró que, en algunos casos específicos, éstas influyen de manera definitiva en la práctica. Al separarlas de los procesos administrativos, se redujo el concepto de administración a las funciones y con esto se lo transformó en un medio valioso para evaluar al administrador y para establecer por qué la administración eficaz puede variar en diferentes ambientes. Otra ventaja de este enfoque es que suele constituir un auxiliar práctico, de gran utilidad para las organizaciones de servicios de enfermería en diferentes circunstancias. Este enfoque brinda a la administración de servicios de enfermería un marco ordenado en el cual se puede llevar a cabo el proceso compuesto en diferentes ambientes, ya que especifica las áreas de limitaciones externas que pueden presen-

tarse e identifica los elementos que constituyen cada una de ellas.

Flujo de información y energía: sensor, mecanismo de toma de decisiones y procesador del medio ambiente.

La cuarta parte del modelo (Fig. 2-5) pone énfasis en los flujos de información, recursos materiales y energía a través de la organización (insumos), y está constituida por tres entidades: un sensor, un mecanismo de toma de decisiones y un procesador del medio ambiente. Los sensores, el administrador de enfermería y sus colaboradores, reciben información de los estímulos (datos y observaciones) procedentes de la organización interna del servicio de enfermería y del medio externo. La información fluye por medio de una red de comunicaciones, no sólo hacia los puntos donde se toman las decisiones sino también por toda la organización de atención de la salud. El mecanismo de toma de decisiones utiliza la información como base para decidir qué debe hacerse y para ordenar al procesador del medio ambiente que lo haga. Una de las principales tareas del procesador del medio ambiente es el flujo de materiales, éste comprende desde la adquisición de equipo y suministros hasta la distribución de servicios a los pacientes. El mecanismo de toma de decisiones planea las actividades del *procesador del medio ambiente*. El flujo de energía puede presentar dos formas, humana y no humana; un ejemplo de energía no humana podría ser la energía electrónica. El procesador combina las diversas formas de energía con los materiales y la información a medida que se ponen en práctica los planes generados por el mecanismo de toma de decisiones.

Todas las funciones administrativas y operativas relacionadas con las decisiones administrativas de la enfermería, constituyen el procesador del medio ambiente. Específicamente, el procesador del medio ambiente incluye no sólo las actividades de adquisición física, conversión y distribu-

ción, sino también las funciones administrativas de planificar, organizar, dirigir y controlar, asimismo, se encuentran implícitas todas las relaciones interpersonales informales y directas, necesarias para ejecutar las decisiones

El enfoque de sistemas resulta útil para conceptualizar los aspectos importantes de la organización, los cuales se pueden omitir si se emplea un enfoque que no sea de sistemas. por ejemplo, el enfoque de sistemas hace hincapié en el circuito de retroalimentación, de la adopción y ejecución

de decisiones, que funciona a través del ambiente. Por otra parte, muestra que el enfoque de sistemas en las organizaciones no se limita a las interrelaciones de los subsistemas internos. Por ejemplo, el supervisor, un procesador, realiza todas las actividades relacionadas con la operación y control de los servicios, personal y fomento de la investigación. Este puesto no difiere del de administrador, o mecanismo sensor, ya que puede ser el instrumento para llevar a cabo algunos actos, tales como una reorganización. De esta manera, el super-

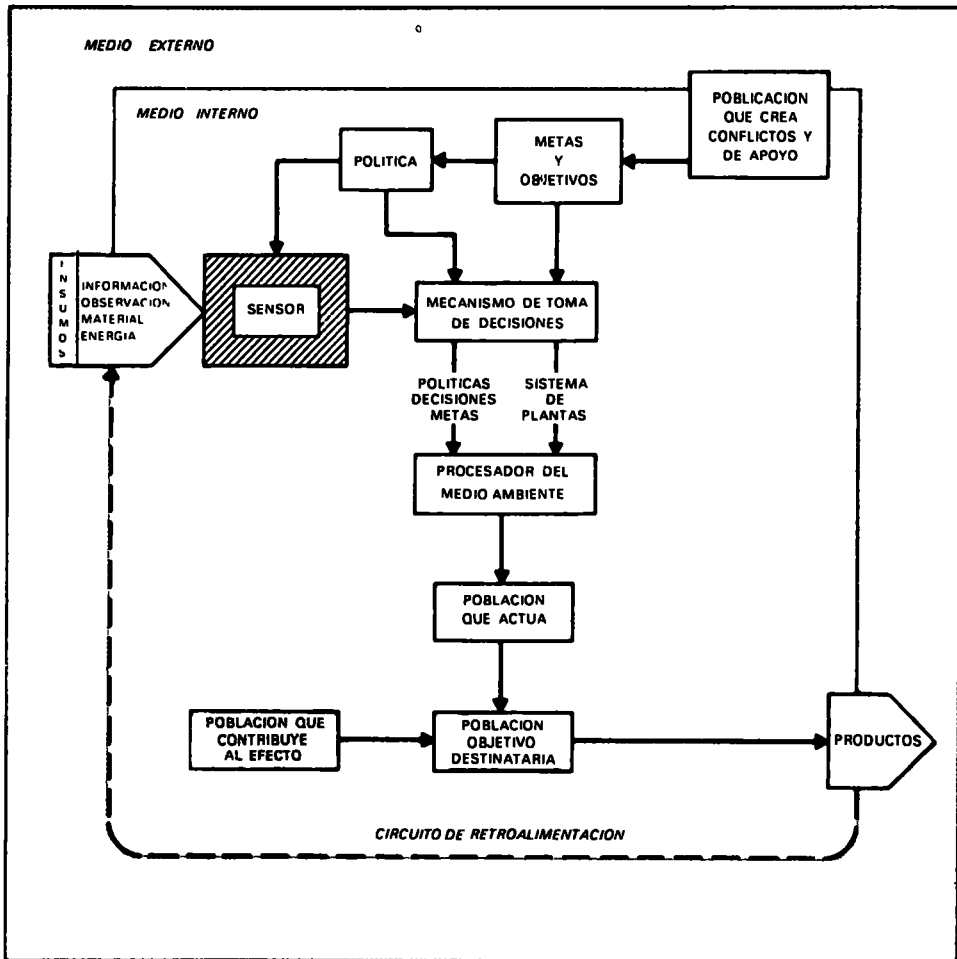


Fig. 2-5. Flujo de información y energía: sensor, mecanismo de toma de decisiones y procesador del medio, implica un proceso continuo

visor completa el circuito de la retroalimentación puesto que genera la información, material y energía que fluye hacia el medio ambiente.

Evaluaciones: población que actúa

Los principios básicos de las organizaciones de salud, se refieren a aquellas fases de la administración que incluyen la elaboración de políticas y la estructura de la organización. Los principios operativos tratan casi exclusivamente de la fase operativa de la organización. Los principios

básicos de organización se pueden definir como (1) respeto por las metas y objetivos de la institución, (2) establecimiento de líneas definidas de administración de acuerdo con la estructura de la organización, (3) asignación de responsabilidades fijas a las diferentes personas y departamentos que forman parte de la organización y (4) respeto por la igualdad personal.

Los principios operativos se suelen definir como (1) creación de un sistema adecuado, (2) establecimiento de registros apropiados para poner en práctica el siste-

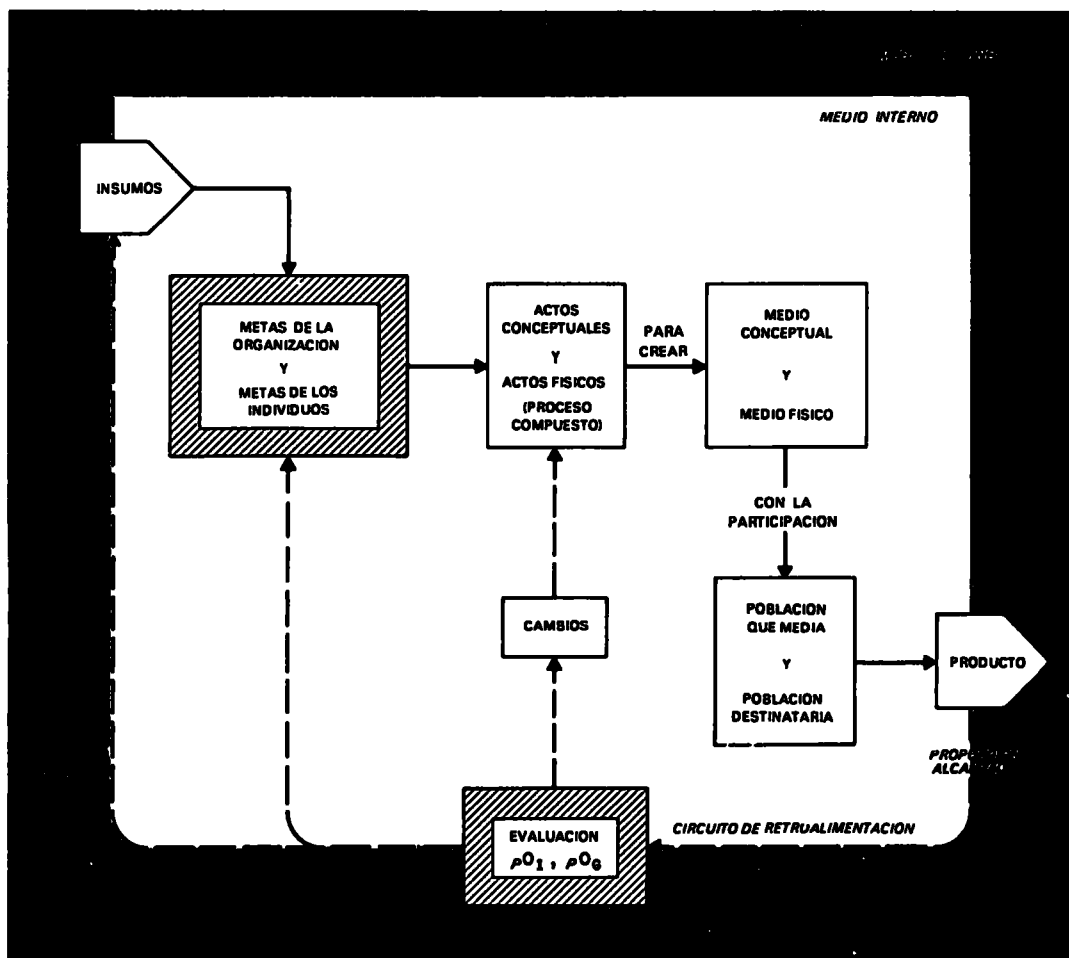


Fig. 2-6: Evaluación: población que actúa.

ma y utilizarlos como base del control, (3) formulación de normas y reglamentos operativos convenientes para que en la organización se cumplan las políticas establecidas y (4) ejercicio de un liderazgo efectivo

La Fig 2-6 constituye el quinto elemento del modelo y evalúa la consecución de las metas. Si empleamos la fórmula ideada por George (1972), podemos saber si hemos alcanzado nuestros objetivos.

En la medida en que los actos físicos y conceptuales (Af y Ac) de la administración (Ad) puedan expresarse como un elemento de la planificación (P), organización (O), dirección (D) y control (C), con diferentes porcentajes, cuyo total es la unidad, entonces

$$(Ac + Af) = \%_1P + \%_2O + \%_3D + \%_4C$$

Donde

$$\sum_{i=1} \%_i = 1$$

y

$$\%_i > 0$$

Por lo tanto

$$Ad = [(\%_1P + \%_2O + \%_3D + \%_4C) \rightarrow (Mc + Mf)]f(O_i, Og)$$

Es probable que la meta de una organización se cumpla en un 90%, mientras que las metas de los individuos se cumplen en un 20%. En estas condiciones, tal vez se produzca resistencia por parte del empleado. A su vez, esta resistencia puede causar un cambio en los actos administrativos con el fin de alcanzar un mayor cumplimiento de las metas de los individuos. No obstante, si la meta de la organización sólo se cumple en un 10%, entonces el administrador tendrá que efectuar cambios en sus actos para lograr que se cumpla un porcentaje mayor de la meta de la organización. En consecuencia, un administrador bueno o eficiente es aquel que fomenta un

cumplimiento mayor de las metas, tanto de la organización como de los individuos.

Dado lo anterior, es posible expresar el rendimiento administrativo (RAd) como el porcentaje (p) en que se cumplen las metas de la organización y del empleado.

$$RAd = p(O_i + Og)$$

De la misma manera, si reconocemos que los actos administrativos (Aad) son una función del porcentaje de $O_i + Og$, entonces

$$Aad = f(pO_i + pOg)$$

Si conocemos Og , O_i será una función de él Así

$$O_i = f(Og)$$

y

$$Og = f(O_i)$$

Si reconocemos que los actos administrativos son funciones de las metas y que la eficacia de éstos se expresa mediante una relación de porcentaje del cumplimiento de las metas, entonces nos daremos cuenta de que el porcentaje de cumplimiento cambia los actos físicos y conceptuales del administrador que producen el medio físico y conceptual $[(Ac + Af) \rightarrow (Mc + Mf)]$, una función de las metas.

Cambio

La administración del cambio implica un proceso sistemático. En la Fig. 2-7 se presenta la parte de nuestro modelo que se refiere al proceso del cambio; consta de cinco subprocesos que se eslabonan en una secuencia lógica. Al iniciar un programa de cambio, el administrador estudia cada uno de ellos, ya sea explícita o implícitamente; las posibilidades de poner en marcha cambios que tengan éxito aumentan cuando el administrador analiza cada etapa sucesiva de manera explícita y formal.

El proceso de cambio presupone que las entradas como fuerzas para el cambio, ya sea externa o internamente, actúan constantemente en la institución; esta suposi-

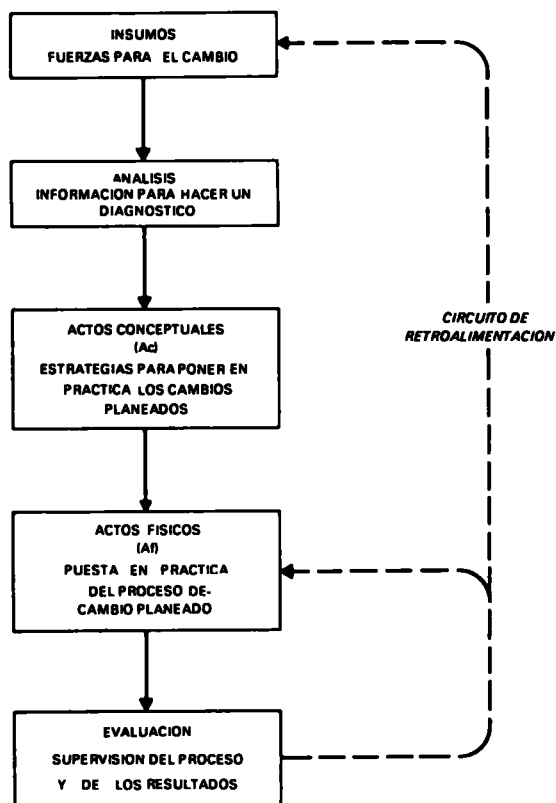


Fig. 2-7. Cambio

ción refleja el carácter dinámico del mundo moderno. Asimismo, es responsabilidad del administrador, o sensor, analizar y clasificar la información que genera el sistema de control de la organización y demás fuentes en forma de evaluación de objetivos, que reflejan la magnitud de las fuerzas para el cambio (*Og* y *O_r*). La información representa el primer paso para reconocer la necesidad del cambio; también es importante reconocer cuándo el cambio no es necesario. Empero, una vez que el administrador de servicios de enfermería reconoce que algo no funciona, es preciso efectuar un diagnóstico del problema e identificar las principales técnicas opcionales de cambio. La técnica de cambio que se elija debe ser apropiada al problema, teniendo en cuenta las restricciones impuestas por las condiciones limitantes. Un ejemplo de una condición limitante podría ser el carácter

predominante de las normas del grupo; es posible que los grupos de enfermeras respalden algunas técnicas de cambio, pero desapruében otras. Entre otras condiciones limitantes podemos mencionar el comportamiento de la dirección y la organización formal.

El hecho de que se pueda socavar lentamente un programa de cambio, subraya que la elección de la estrategia de cambio es tan importante como la técnica del mismo. Un fenómeno de conducta bien documentado es que las personas tienden a resistirse al cambio, o por lo menos se muestran renuentes a efectuarlo. Una estrategia conveniente para poner en práctica un cambio es aquella que, de acuerdo con Kurt Lewin (1947), trata por todos los medios posibles de reducir al mínimo la resistencia o las fuerzas restrictivas y de lograr la mayor participación posible por parte del empleado. Por último, el administrador de servicios de enfermería, en colaboración con la población que contribuye al efecto y la población beneficiaria, pone en práctica el cambio y supervisa el proceso de cambio. El modelo incluye retroalimentación para la fase de la puesta en práctica y de la entrada, o la fase de fuerzas para el cambio. El circuito de retroalimentación indica que el proceso del cambio se debe supervisar y evaluar. Por otra parte, el circuito de retroalimentación de la primera etapa establece que ningún cambio es definitivo. El modelo no presenta ninguna solución definitiva; por el contrario, hace hincapié en que el administrador moderno de servicios de enfermería trabaja en un entorno dinámico en el que la única certeza es el cambio mismo.

Marco de referencia de sistemas

La Fig. 2-1 reúne en una sola entidad todas las partes, estudiadas por separado, de un modelo administrativo en un marco de referencia de sistemas; hace énfasis en la importancia de la relación e interdependencia que existe entre las partes, así como la necesidad de integración.

¿Qué ofrece una teoría de administración en un marco de referencia de sistemas?

Antes que nada, todas las teorías tratan de brindar una explicación comprobable y sistemática del mundo que nos rodea y de ofrecer nuevos métodos de investigación para comprobarlas, enriquecerlas e incluso invalidarlas. En lo concerniente a los administradores de servicios de enfermería, si el objetivo consiste en lograr que una teoría sea realmente útil, debe permitirles comprender los problemas de una situación actual y brindarles ayuda cuando necesiten adoptar una forma de actuar. Además, debe ser flexible y poder utilizarse en las diferentes situaciones que debe hacer frente el administrador de servicios de enfermería. El modelo (Fig. 2-1) hace que los procesos de la administración y el concepto de sistemas abiertos sean operativos, ya que proporciona un marco de referencia que satisface las condiciones mencionadas anteriormente. Las situaciones específicas para las que se puede utilizar este modelo son (1) diseñar una nueva organización de los servicios de enfermería, (2) diagnosticar los problemas del servicio de enfermería y (3) efectuar cambios en una organización ya existente que tiene bajos niveles de rendimiento, para lograr niveles más altos y mejorar la calidad y la cantidad de la atención de los pacientes.

El fundamento del modelo que se presenta es la teoría administrativa que se basa en la síntesis de los conocimientos derivados de cuatro escuelas de pensamiento científico (administración científica, proceso, ciencias de la conducta y ciencia administrativa).

Un distinguido colega nuestro* describió nuestro modelo como posiblemente logístico. No obstante, estimamos que se trata de un modelo estructurado, que tiene como núcleo una teoría (Figs. 2-1 y 2-2) y se encuentra situado en un marco conceptual o cognoscitivo, semejante a un mapa, que sirve de guía para actuar y que los administradores de servicios de enfermería pue-

den utilizar en forma inmediata para resolver situaciones actuales.

Creemos que el modelo corresponde al de un sistema abierto con acciones recíprocas (flechas que señalan en ambas direcciones), lo cual representa una organización dinámica y continua que se encuentra en equilibrio, y que hace que sea posible apreciar el proceso administrativo por medio de las relaciones, interdependencias e integración. En la siguiente fórmula escueta, se pueden expresar cuantitativamente los conceptos.

$$Ad = [(Ac + Af) \rightarrow (Mc + Mf)]f(Oi, Og)$$

Se han introducido nuevas ideas, en primer lugar, se separan las funciones de la administración (planificar, organizar, dirigir y controlar) del medio en el que realmente se lleva a cabo la administración. Al hacerlo así, se ha aceptado el proceso administrativo como un medio para alcanzar los objetivos con mayor eficiencia. En segundo lugar, el proceso administrativo se ha convertido en un instrumento para diagnosticar los problemas, plantea las preguntas pertinentes respecto al establecimiento de objetivos, planifica para alcanzar los objetivos, organiza para que el plan se cumpla, dirige y pone en práctica el plan diseñado y establece mecanismos de control. En tercer lugar, las restricciones que se originan en el medio externo afectan al proceso administrativo. Al separar las funciones administrativas del análisis de los factores ambientales externos que pueden influir en la práctica real en circunstancias determinadas, el proceso administrativo surge como un medio útil para evaluar la administración y para establecer qué puede hacerse para que la administración eficiente difiera en distintos entornos. Al delimitar las áreas de restricciones externas que pueden existir y al identificar los elementos que constituyen cada una de las áreas, el proceso administrativo brinda a la administración un marco metódico dentro del cual se pueden llevar a cabo las funciones administrativas en entornos diferentes.

*Stevens, B. J. Nursing theory analysis, application, evaluation, Boston, 1979, Little, Brown and Co., pp. 121, 209-210, 212.

El modelo presentado en la Fig. 2-1 instituye la teoría conceptual, considerando la organización como un sistema abierto. Un sistema abierto significa que el mismo influye y recibe influencias del medio externo mediante el proceso de "reciprocidad de la influencia", que da origen a un equilibrio dinámico (cambiante). Una organización de atención de la salud constituye un ejemplo excelente del proceso de reciprocidad de la influencia y, por ende, de un sistema abierto.

Las metas y objetivos se reciben como entradas de insumos del medio. Empero, la medida en que se cumplan los objetivos depende de los medios empleados, es decir, del proceso administrativo. La forma como se cumplen los objetivos (calidad del servicio de enfermería) determina el producto. Por medio de la retroalimentación, y dependiendo de la calidad del producto, el medio suministra o niega más insumos.

El marco de referencia de sistemas destaca las fuerzas del medio externo. El administrador, en su calidad de sensor (Fig. 2-5), recibe del medio los estímulos, información y observaciones. Se analiza la información, se toman las decisiones y se comunican a los procesos de administración en forma de metas, objetivos, políticas y sistemas de planes. Sin embargo, mientras el sensor analiza la información, otros tipos de energía, tanto material como humana, llegan directamente del medio externo al sistema, la conversión se produce en el medio interno y pasa, en forma de servicios, al medio externo. Se destaca el hecho que el sistema nunca descansa y se encuentra en un estado dinámico de equilibrio.

Las metas de las organizaciones son el crecimiento, la estabilidad y la interacción. Si el producto del sistema no es satisfactorio para el medio externo, esta información se recibirá a través de la retroalimentación a nivel de la entrada; en tal caso, se restringirán o negarán los recursos dependiendo del grado de insatisfacción que exista respecto a los servicios. El administrador de servicios de enfermería toma concien-

cia de la necesidad de efectuar cambios mediante el análisis de los insumos y al revisar de nuevo el proceso administrativo, actos que constituyen una herramienta para hacer un adecuado diagnóstico de enfermería.

En resumen, el modelo describe los dos conceptos que se mencionan a continuación:

- 1 El proceso administrativo. Al separar el proceso administrativo del medio ambiente presente, donde tiene lugar la administración, el proceso administrativo se ha transformado en (a) un medio para alcanzar los objetivos y en un instrumento para diseñar una organización nueva o renovar una antigua, (b) una herramienta para diagnosticar los problemas de la organización, (c) un instrumento para generar cambios a través de la retroalimentación y (d) un medio para evaluar la administración.
- 2 El marco de referencia de sistemas o sistema abierto. El concepto hace hincapié en (a) los insumos, (b) transformación, (c) producto y (d) retroalimentación.

El proceso administrativo, como sistema, comparte algunas características con todos los demás sistemas; se ha enriquecido con los conocimientos actuales acerca de los sistemas y éstos también le han impuesto limitaciones en cuanto a su naturaleza y funcionamiento. Considerar que la administración es un sistema, equivale a ver el proceso desde una perspectiva más amplia; comprender más a fondo su naturaleza, estructura y proceso; ser capaz de manejar las relaciones que caracterizan la operación en su conjunto, y poder actuar como diseñador e ingeniero del sistema, del cual administra cualquier unidad.

Si bien anteriormente bastaba considerar el proceso administrativo en relación con un puesto determinado en el lugar de trabajo, las técnicas de planificación, las relaciones mutuas de los empleados, la calidad de la dirección, la naturaleza de la toma de decisiones y otros aspectos de las actividades de las organizaciones, hoy cobra conciencia la necesidad de estudiar todo el proceso de una manera conceptual.

Hemos descubierto la sinergia, y hemos aprendido que el todo es mayor que la suma de las partes, llegando a darnos cuenta que resulta imprescindible elaborar ideas de totalidad, y dentro de este marco de referencia crear una imagen conceptual más apropiada de la administración.

Es evidente la necesidad de integrar los conocimientos que existen en torno al proceso en su totalidad y descubrir cuánto sabemos acerca del concepto de administración en su conjunto. Los conocimientos que nos ayudan a ver el todo como algo distinto de las partes, son los conocimientos que en el futuro serán más valiosos y esenciales en el campo de la administración.

En el pasado, se estimaba que las organizaciones eran fundamentalmente personas, estructuras y organizaciones, cuya característica principal era la relación estructural que existía entre los seres humanos que formaban parte de las mismas. A partir del momento en el que el concepto de estructura fue colocado en una perspectiva más apropiada, el proceso de la organización se ha esclarecido y se ha llegado a reconocer que no es menos importante que su estructura. Con los conocimientos sobre sistemas, podemos visualizar el proceso, trabajar con él, modelarlo, estimularlo y aceptarlo como una parte fundamental de la realidad. Cuanto más trata uno con el proceso y reflexiona en la relación que tiene con la estructura, más se da uno cuenta que los sistemas son indivisibles; "estructura" y "proceso" no son más que nombres que nosotros, como individuos, les hemos asignado a ciertos aspectos de los sistemas, a los que hemos limitado nuestras observaciones.

Así pues, en teoría la organización nueva es un todo, un sistema; no es ni una estructura ni un proceso, sino las dos cosas a la vez.

CORRELACION DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO DE LA TEORIA ADMINISTRATIVA

La segunda parte de este capítulo abarca tres áreas. (1) explicación de la naturaleza

del enfoque de sistemas, su justificación, los elementos y las características específicas del enfoque de sistemas; (2) la aplicación de la teoría administrativa en el marco de referencia de los sistemas y su funcionalidad, y (3) presentación de los subsistemas de una organización de atención de salud como un sistema sociotécnico abierto.

Descripción del enfoque de sistemas

Los sistemas están formados por conjuntos de elementos o partes que trabajan juntos para alcanzar los objetivos de la empresa. Constituyen una forma de considerar una organización social y técnica como un todo. Un sistema es un complejo de elementos en constante interacción.

Los sistemas pueden ser abiertos o cerrados. Las ciencias físicas usan por lo general sistemas cerrados, que son aplicables a sistemas mecánicos, estiman que el sistema es suficiente en sí mismo. Las teorías tradicionales de la organización, así como los conceptos aún más antiguos de las ciencias sociales, constituyeron un sistema cerrado. Las teorías administrativas tradicionales se preocupaban únicamente de la operación interna de la organización y trataban de emplear enfoques sumamente racionalistas, tomados de los modelos de las ciencias físicas, éstos modelos estimaban que la organización era independiente y que, por tanto, sus problemas se podían analizar en términos de las estructuras, las tareas y las relaciones formales, sin tener en cuenta en absoluto el medio externo. Una característica de un sistema cerrado es su tendencia a la entropía y al equilibrio estático. La entropía es una medida de ignorancia, desorden, desorganización, aleatoriedad o caos. Durante esta etapa caótica, un sistema cerrado no tiene ninguna posibilidad de producir una transformación de la energía ni del trabajo. Con el transcurso del tiempo, un sistema cerrado tiende a incrementar su entropía y a ser más aleatorio y desordenado.

Por el contrario, un sistema abierto se encuentra en continua interacción con su medio ambiente y alcanza una etapa esta-

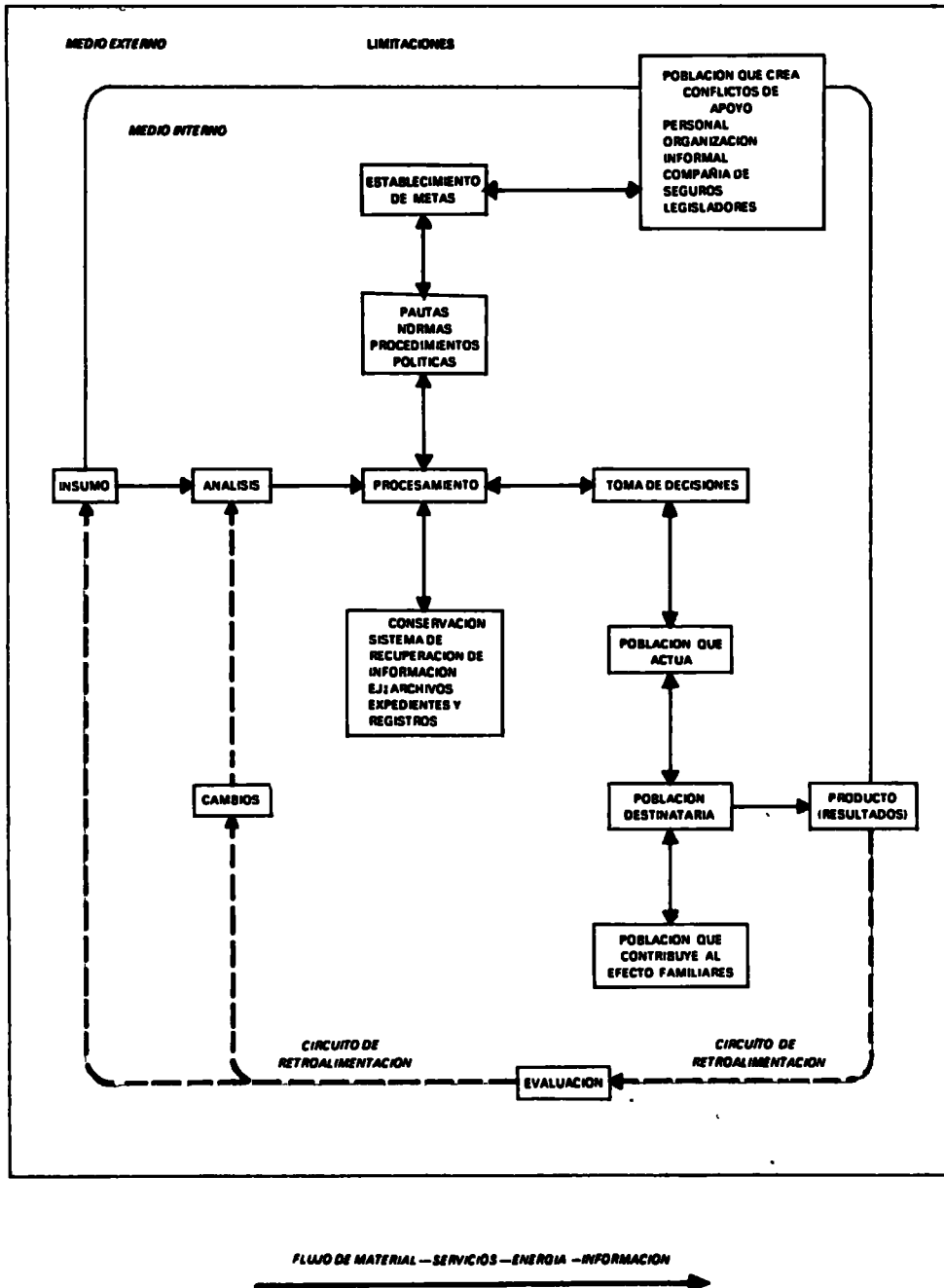


Fig. 2-8. Modelo general de una organización social como sistema abierto. Las flechas indican las relaciones, comunicación y dirección del flujo de información, material, servicios y energía.

ble o equilibrio dinámico, al mismo tiempo que conserva su capacidad de trabajo y de transformación de la energía. Una etapa estable significa que se mantiene una proporción constante entre los elementos del sistema, siempre y cuando los insumos sean también constantes. Los sistemas abiertos intercambian energía e información con su medio ambiente, es decir, insumos y productos; una organización de servicios de enfermería es un sistema de este tipo.

Un sistema no puede sobrevivir sin una constante entrada de insumos, transformación y salida de productos. En la Fig. 2-8 se presenta un modelo general de una organización social como sistema abierto.

Un sistema necesita recibir suficientes insumos para mantener su funcionamiento y exportar sus productos transformados al medio ambiente externo en cantidad suficiente para sobrevivir y continuar su ciclo.

Pongamos en funcionamiento el modelo de sistemas antes descrito y apliquémoslo a una organización de atención de salud. El hospital, como sistema sociotécnico abierto, recibe dos tipos de insumos: insumos de trabajo (pacientes, alimentos, materiales, tales como equipo y maquinaria, e información, tal como las necesidades de la comunidad respecto a los servicios de atención de pacientes y las expectativas de la comunidad) e insumos de apoyo (personas, por ejemplo, médicos, enfermeras, técnicos y expertos en otros campos relacionados, recursos financieros y conocimientos) (véase Fig. 2-1). Los insumos que recibe la organización provienen del medio ambiente externo y de la organización misma; por ejemplo, en la evaluación de los productos, la organización recibe la retroalimentación como un insumo para efectuar mejoras y cambios.

Los insumos (recursos humanos, recursos financieros, equipo) son *analizados* por las personas correspondientes, en los departamentos respectivos. Por ejemplo, si el insumo es un paciente que llega al sistema, la oficina de admisión se hace cargo

del proceso de admisión; si se trata de dinero, el cajero se hace cargo del mismo; si es una enfermera que busca empleo, el administrador de enfermería o el jefe de personal efectúa el análisis. Las personas encargadas de desempeñar las tareas de análisis en sus respectivos departamentos deben guiarse por las políticas, procedimientos y normas del hospital y pueden recurrir a otros tipos de información, como las memorias y bases de datos, que son sistemas para recuperar la información en el momento que se requiera; por ejemplo, historias clínicas de los pacientes, archivos y expedientes de desempeño.

La fase de planificación y puesta en práctica del proceso de transformación recibe el nombre de *procesamiento*. La persona encargada de esta etapa también debe guiarse por las políticas y procedimientos del hospital y es probable que necesite más información; en tal caso, dicha persona recurrirá a los sistemas de conservación de información. Por ejemplo, si el administrador de enfermería tiene que hacer frente a una repentina afluencia de pacientes a causa de un desastre, el procesamiento implicará actividades tales como la planificación, organización, dirección y control de la distribución segura de los servicios de atención del paciente. En este caso, la toma de decisiones debe estar encaminada a alcanzar las metas de distribución segura de los servicios, por ejemplo, el administrador de enfermería recurrirá a programas elaborados con anterioridad sobre cómo actuar en caso de desastre, que pueden ocasionar la apertura de una nueva unidad clínica y el reclutamiento de más enfermeras. El personal que pone en práctica las decisiones tomadas, por ejemplo, los asistentes de administración en enfermería, coordinadores, enfermeras jefes y jefe de equipo, recibe el nombre de *población ejecutora o procesadora del ambiente*. El resto del personal, por ejemplo, las enfermeras y auxiliares de enfermería y, en última instancia, los beneficiarios, los pacientes, reciben el nombre de *población objetivo*. Las familias del personal de la

institución y de los pacientes se llaman *población de cooperación*. El *producto* está constituido por los servicios que se ofrecen, tales como la administración segura de la atención, satisfacción de los pacientes, satisfacción de los empleados, investigación y educación.

Los productos de las organizaciones sociales se pueden clasificar en dos categorías principales: (1) objetivos, tales como la cantidad y calidad de la producción y servicios, ausentismo, rendimiento y utilidades y (2) subjetivos o relacionados con las actitudes, tales como la satisfacción que los miembros del personal y los administradores obtienen de su participación en la organización. La satisfacción en el trabajo es la suma de diversos factores, por ejemplo, puede incluir la satisfacción intrínseca con el trabajo, con los superiores, con los programas de la organización, con los logros personales, con los colegas y colaboradores o con el progreso propio (Dabas, 1958; Roach, 1957, Triandis, 1968, Twery, Schmid y Wrigley, 1958). Asimismo, la moral o el espíritu de cooperación de los empleados es uno de los principales aspectos que se mencionan en la literatura sobre la teoría de la organización. La moral o el espíritu de cooperación es el concepto que expresa la congruencia de las metas del individuo, con las metas del grupo y de la organización. Se refiere a la "persistencia que ponen los individuos para alcanzar las metas del grupo y la integración del individuo en las actividades encaminadas a la consecución de dichas metas" (Triandis, 1958, p. 68).

Tales productos son sometidos a evaluación por parte de la organización, la comunidad o ambas, quienes son las consumidoras de los sistemas que ofrecen la atención de salud. Los resultados de estas evaluaciones, en forma de información, críticas o comentarios sobre aspectos que ameritan mejoras, cambios o asignación de recursos financieros, regresan a la organización a través del circuito de retroalimentación. A continuación, el ciclo se repite.

Las metas y valores del departamento, más específicamente, los objetivos de la organización y de los individuos, constituyen el aspecto denominado *establecimiento de metas*. Dichos objetivos sirven de pauta para el funcionamiento de todo el sistema. Por lo general, el establecimiento de metas se conoce como *administración por objetivos*. Los resultados se miden en términos de estos objetivos y de acuerdo con el grado que se cumplen los mismos.

Las personas que están dentro o fuera de la organización y que pueden favorecer u obstaculizar el funcionamiento de la misma como sistema para que ésta pueda lograr sus objetivos, reciben el nombre de *población que crea conflictos* y *población de apoyo*. Las mismas personas pueden desempeñar cualquiera de los dos papeles. Por ejemplo, en casos en que la organización formal de un departamento se opone a la organización informal del mismo, las personas trabajarán en contra de las metas de ese departamento y obstaculizarán la consecución de las metas de la organización mediante la falta de cooperación. Por el contrario, si la organización formal colabora con la organización informal, ésta puede convertirse en una fuerza positiva que facilite la consecución de las metas de la organización. Otras poblaciones que originan conflictos o apoyan una organización de atención de salud pueden ser los legisladores, personal asesor, escuelas de enfermería, organizaciones o asociaciones profesionales, sindicatos y compañías de seguros.

El concepto de *restricciones* que afecta al sistema en su totalidad, puede incluir variables tales como la tradición, presupuesto fiscal, estructura física y magnitud de la organización, creencias religiosas y demás implicaciones. Las restricciones afectan la consecución de las metas y objetivos de la institución.

Las ventajas que presenta emplear el marco de referencia de sistemas para ejemplificar el funcionamiento de una organización o un departamento dentro de una organización son. Primero, el marco de

referencia de sistemas hace posible determinar quién hace qué; con esto, se pueden delimitar áreas de responsabilidad y evitar superposiciones. Segundo, los errores y problemas se detectan con mayor facilidad. Tercero, la actuación es más específica, ya que el personal puede identificar la fase en la que se produjeron los errores. Cuarto, el marco de referencia de sistema representa un ahorro de tiempo y energía.

OTRAS CARACTERISTICAS DE LOS SISTEMAS SOCIOTECNICOS ABIERTOS

1. Considerar una organización como un sistema sociotécnico abierto, significa que existen fronteras que lo separan del medio ambiente. Los sistemas cerrados poseen límites o fronteras rígidas e impenetrables, los sistemas abiertos tienen fronteras más permeables entre ellos y cuentan con un supersistema más amplio. El concepto de frontera o límites ayuda a determinar qué se encuentra dentro y qué se encuentra fuera del sistema. Según Chin (1969), las fronteras de los sistemas pueden ser físicas, por ejemplo, la piel de una persona o el número de personas que constituyen un grupo. Asimismo, es posible ver las fronteras de un sistema de una forma menos tangible si se colocan límites de acuerdo con las variables que se estiman más importantes o si se determinan los pasos de un proceso. Es posible analizar un sistema en términos de las múltiples funciones de una persona o de las diferentes funciones de los miembros de un pequeño grupo de trabajo o una familia. Los elementos o variables que se utilizan son roles o funciones, actos, expectativas, comunicación, influencia y relaciones de poder. Chin (1969, p. 300), define funcionalmente el concepto de límite o *frontera* como la "línea que forma un círculo cerrado alrededor de variables seleccionadas, donde se lleva a cabo un intercambio menor de energía (o comunicación, etc.) a través de la línea del círculo que ésta limita".

Una de las funciones fundamentales de cualquier organización consiste en establecer las normas que rigen las fronteras

entre los sistemas. Likert (1961) señala que una de las actividades principales de la administración consiste en servir de enlace o de agente fronterizo de los diferentes subsistemas para asegurar la integración y cooperación. Los resultados de las investigaciones de Arndt y Laeger (1970a y b) indican que el administrador de enfermería es una persona de vital importancia, que ocupa una posición dentro de un conjunto diversificado de roles y funciones. Kast y Rosenzweig (1970) señalan la importancia de una función administrativa adicional, la de servir de agente fronterizo entre la organización y el medio ambiente de la misma. Por ejemplo, los administradores de servicios de enfermería desempeñan una función semejante; pueden actuar como eslabón entre el nivel institucional (el administrador del hospital o el consejo de administración) y el núcleo técnico (departamento de enfermería). Asimismo, pueden actuar como agentes fronterizos o de enlace entre la comunidad (medio del sistema) y el departamento de enfermería.

2. El concepto de *articulación* se refiere al área de contacto que existe entre dos sistemas, por ejemplo, el hospital se articula con otros muchos sistemas que no pertenecen a la organización, tales como asociaciones profesionales, la comunidad local, proveedores de materiales, posibles empleados, sindicatos y dependencias del gobierno local, regional y nacional. En la articulación que ocurre al hacer la transferencia de personas, recursos económicos, materiales, energía e información, se llevan a cabo una gran cantidad de procesos operativos a través de las fronteras del sistema. En el medio interno de la organización del hospital, se llama articulación el área de contacto entre dos subsistemas en la que el resultado de una etapa se convierte en punto inicial de la siguiente, por ejemplo, entre el análisis y el procesamiento y entre el procesamiento y la dirección.

3. Una característica de los sistemas, ya sean físicos, biológicos o sociales, es que pueden analizarse desde un punto de vista jerárquico. Un sistema está constituido

por subsistemas y al mismo tiempo, forma parte de un supersistema. Por lo general, las organizaciones de gran tamaño poseen una estructura jerárquica. Por ejemplo, las personas están organizadas en grupos, los grupos forman parte de un departamento, los departamentos se organizan en divisiones y las divisiones en compañías (Kast y Rosezweig, 1970). De acuerdo con Simon (1960), las subdivisiones jerárquicas no son exclusivas de las organizaciones humanas, sino que son una característica de casi todos los sistemas complejos. Afirma que "las razones de la jerarquización van más allá de la necesidad de unidad de mando y demás consideraciones relativas a la autoridad" (Simon, 1960, pp. 40-42). La estructura jerárquica se basa en la necesidad de que una combinación de subsistemas evolucionen dentro de un sistema más amplio para coordinar las actividades y procesos. En las organizaciones complejas se dan dos tipos de jerarquía, la jerarquía de los procesos y la de las estructuras.

4. Los sistemas abiertos presentan una *desagregación progresiva*. Este proceso se produce cuando el sistema se divide jerárquicamente en sistemas subordinados que alcanzan cierto grado de independencia respecto a los demás subsistemas.

5. Los sistemas abiertos se *regulan por sí mismos*. El concepto de equilibrio de la organización es fundamental para que los sistemas abiertos tengan éxito. Según Chin (1969), se supone que todo sistema tiende a alcanzar el equilibrio entre las diferentes fuerzas que actúan en él y sobre él. El término equilibrio se emplea para indicar que el balance de un sistema equivale a un punto o nivel fijo, por ejemplo, la temperatura del cuerpo a 98.6° F. Por otra parte, la expresión estado estable se refiere a la relación equilibrada de las partes que no depende de un nivel o punto de equilibrio fijo, por ejemplo, la relación funcional que existe entre las unidades clínicas de un hospital, sin tener en cuenta el nivel de servicios. Empero, en la mayoría de los casos se em-

plea el término equilibrio para ambos tipos de balance.

El equilibrio puede ser estático o dinámico. En una situación de equilibrio estático, el sistema responde a un estímulo, o a un cambio producido en su medio, mediante una reacción o ajuste que tiende a restablecer el estado original del sistema. En las relaciones humanas es raro encontrar situaciones semejantes a causa de la variabilidad de los individuos. En una situación de equilibrio dinámico, el sistema responde a un estímulo, o a un cambio producido en su medio, moviéndose hacia un nuevo equilibrio o modificando sus metas (Chin, 1969, Lonsdale, 1964).

Un sistema en estado de equilibrio reacciona en tres formas distintas ante perturbaciones procedentes del exterior: (1) resistiendo o ignorando las perturbaciones o protegiéndose y defendiéndose de la intrusión; por ejemplo, un grupo pequeño (un equipo de enfermería) se niega a hablar o discutir un problema planteado por uno de sus miembros referente a la carga desigual de pacientes o a la distribución no equitativa del poder, (2) empleando fuerzas homeostáticas para restablecer el equilibrio anterior, por ejemplo, el grupo pequeño discute el problema planteado por uno de sus miembros o lo convence de que en "realidad" no se trata de un problema, (3) adaptándose a estas perturbaciones o alcanzando un nuevo equilibrio; por ejemplo, el análisis del problema puede conducir a una distribución más equitativa de la carga de pacientes o a un cambio en las relaciones de poder que existen entre los miembros del grupo. Las personas que dirigen o administran los equipos deben ayudar al grupo u organización a reaccionar en la última forma.

6. Los sistemas abiertos conservan el equilibrio dinámico, en parte, a través de la interacción dinámica de los subsistemas que operan como procesos funcionales; es decir, las diferentes partes de los sistemas funcionan sin conflictos persistentes que no se pueden resolver o normalizar (Griffiths, 1964).

Como los elementos de los sistemas difieren o no están bien integrados, ya sea para cambiar o reaccionar ante el cambio, o dado que se producen perturbaciones e intrusiones procedentes del exterior, es preciso contar con formas para manejar estas diferencias, que producen diversos grados de tensión en el sistema. Las tensiones internas que surgen de la disposición estructural del sistema, se denominan tensiones y presiones del sistema. No obstante, cuando las tensiones se conglomeran y se oponen vivamente a lo largo de las líneas de dos o más elementos, se llaman *conflictos* (Chin, 1969).

Los sistemas cuentan con mecanismos de adaptación y conservación. Con el objeto de mantener el equilibrio, los mecanismos de conservación aseguran que los diferentes subsistemas se encuentren en equilibrio y que todo el sistema esté en armonía con su medio. Las fuerzas del mecanismo de conservación ayudan a evitar que el sistema cambie demasiado rápidamente y también a que los diferentes subsistemas y el sistema en su totalidad se desequilibren. Los mecanismos de adaptación son necesarios para mantener al sistema en equilibrio dinámico, es decir, un equilibrio que cambia con el transcurso del tiempo. De este modo, los mecanismos de adaptación ayudan al sistema a responder a los cambiantes requisitos, tanto externos como internos. Algunas fuerzas que actúan en la organización social tienen por objeto conservar los sistemas, otras ayudan a lograr la adaptación. Con frecuencia, estados de fuerzas causan tensiones, presiones y conflictos, manifestaciones naturales que no se deben considerar nocivas. Chin afirma que la presencia de tensiones y conflictos en un sistema se considera vergonzosa y que es preciso eliminarla. Sin embargo, la "reducción de las tensiones, el alivio de las presiones y la resolución de los conflictos se convierten en las metas de trabajo de las personas dedicadas a la práctica de la administración, aunque en ocasiones el precio que se debe pagar es pasar por alto la posibilidad

de aumentar las tensiones y los conflictos para fomentar la creatividad, la innovación y el cambio social" (Chin, 1969, p. 301).

Resulta de vital importancia identificar y analizar cómo funciona la tensión dentro de un sistema, así como la utilidad que tiene el análisis de sistemas para las personas que se dedican a promover y operar los cambios. Dichas tensiones producen dos tipos de actividades, las que no afectan la estructura del sistema (dinámica) y las que alteran la estructura misma (sistema).

7. Otra característica de los sistemas abiertos es el mecanismo de *retroalimentación*. En parte, los sistemas abiertos conservan su estado estable a través de la retroalimentación, que es la parte del producto de un sistema que retroalimenta mediante un circuito a los insumos y que afecta los productos subsecuentes, adaptando la forma como el sistema responde a los insumos que entran y a las posibilidades de ser capaz de adaptar el comportamiento futuro de acuerdo con el desempeño pasado. Por medio de la retroalimentación, el sistema recibe continuamente información de su medio ambiente, hecho que ayuda a lograr la adaptación. La retroalimentación que se recibe se utiliza para encauzar el funcionamiento del sistema. El *órgano sensor* del sistema que procesa la información de la retroalimentación, está constituida por los individuos o grupos de la jerarquía administrativa a los que se les asigna la tarea de evaluar la información y emitir la señal apropiada con nueva información y, quizá, enviando instrucciones a los puntos que actúa, de tal manera que puedan, de acuerdo con las necesidades, mantener o modificar una conducta o forma de actuar. Uno de los problemas que es preciso tener presente, si se desea que el circuito de retroalimentación funcione adecuadamente, es crear conciencia, en el órgano sensor, de la organización para que disminuya cualquier bloqueo y aumente la receptividad. Los programas de concientización de administradores tienen por objeto aumen-

tar la receptividad y suprimir los obstáculos de los procesos de retroalimentación de las personas (Chin, 1969; Lonsdale, 1964; Tannenbaum, Weschler y Massarek, 1961).

8. Los sistemas abiertos presentan *resultados finales equiparables*, es decir, se pueden obtener resultados idénticos a partir de condiciones iniciales diferentes. En los sistemas físicos (sistemas cerrados) existe una relación directa de causa y efecto entre las condiciones iniciales y el estado final. No obstante, los sistemas biológicos y sociales (sistemas abiertos) funcionan de manera diferente y presentan resultados finales equiparables. Este punto de vista indica que las organizaciones sociales pueden alcanzar sus objetivos con diferentes insumos y con distintos procesos internos. De esta manera, la simple relación causa y efecto de los sistemas cerrados no limita a los sistemas sociales. El concepto de resultados finales equiparables de los sistemas abiertos es de suma importancia para la administración de organizaciones complejas. Opuestamente a la relación de causa y efecto de los sistemas cerrados, que sugiere que sólo existe una manera óptima de alcanzar un objetivo, los resultados finales equiparables de los sistemas abiertos le indican al administrador que se pueden utilizar distintos conjuntos de insumos que entran en la organización, que los puede transformar de diversas maneras y que puede obtener resultados satisfactorios. Una implicación importante de este punto de vista es que la función del administrador no consiste en tratar de encontrar una solución rígida y óptima para un problema, sino más bien una que brinde varias alternativas y soluciones satisfactorias para problemas que demanden tomar una decisión.

Cómo lograr que el modelo administrativo de una organización funcione dentro de un marco de referencia de sistemas

En este análisis, la teoría de administración se aplica a la administración de servicios de enfermería de instituciones dedicadas a la atención de la salud. Sin

embargo, este marco teórico se puede utilizar para administrar cualquier tipo de organización sociotécnica y los conceptos fundamentales se aplican en el manejo de departamentos, unidades o equipos de cualquier organización relacionada con las personas y la tecnología.

El ejemplo empleado para que la teoría administrativa funcione, corresponde al nivel del administrador de servicios de enfermería, que es el responsable de manejar el departamento de enfermería de una institución a la atención de la salud. La Fig 2-1 muestra el funcionamiento secuencial del sistema a este nivel.

Los insumos que entran en el sistema son personas (personal y pacientes), recursos económicos, equipo, información en forma de nuevos conocimientos e información de retroalimentación que se obtiene a través del producto. En consecuencia, la calidad del producto constituye una variable esencial que afecta los insumos. Algunos aspectos de los objetivos de la organización, que determina la comunidad, actúan también como insumos del sistema.

El siguiente punto es el proceso de evaluación, es decir, el análisis y clasificación de la información y recursos, y su asignación y canalización hacia los puntos correspondientes. Los administradores o asistentes administrativos de los servicios de enfermería, también conocidos como evaluadores, son quienes llevan a cabo el proceso de análisis. A medida que se comunican los diferentes insumos, el administrador los analiza de acuerdo con los estatutos, filosofía, políticas, procedimientos, metas y objetivos de la institución. El análisis es un proceso conceptual que antecede a la planificación. Por ejemplo, si al administrador de enfermería se le pide abrir un nuevo departamento de servicios de enfermería, utilizará este marco para organizar el departamento de enfermería. En una situación semejante, los aspectos que es preciso analizar son: (1) los pacientes, para asegurar una atención apropiada; (2) enfermeras con diferente preparación profesional para atender las unidades clí-

nicas o los consultorios de pacientes externos; (3) fondos disponibles para planear el presupuesto; (4) equipo y maquinaria para asegurar un funcionamiento apropiado y (5) información importante, tal como nuevos conocimientos y necesidades ambientales para ayudar a planear la división de enfermería de la institución de salud. Al evaluar los insumos, es probable que el administrador necesite recurrir a los sistemas de archivo de información, es decir, a recuperar información importante para realizar un análisis eficaz. Asimismo, el administrador depende en gran medida de la base teórica y práctica de los conocimientos adquiridos y aprendidos para poder planificar el nuevo departamento de enfermería.

La tercera fase de la actividad administrativa es el proceso de integración que comprende *actos conceptuales* y *actos físicos*. Los actos conceptuales son cognoscitivos y se refieren a los aspectos de planificación y organización de la administración. Los actos físicos son de naturaleza más funcional y técnica, constituyen la parte práctica del acto administrativo y se refieren a la dirección y control. La función de planificación se encarga de establecer metas específicas, tanto a nivel de los individuos como de la organización. El *medio conceptual* se ocupa de crear un ambiente propicio para la práctica de la enfermería profesional, donde los pacientes reciban la mejor atención. El medio conceptual se refiere a aspectos tales como la moral o el espíritu de cooperación y la satisfacción de los empleados; de las relaciones que surgen entre las personas que trabajan juntas, las relaciones humanas, las relaciones entre la organización formal y la informal, y de las personas que pueden influir en las situaciones de trabajo.

El *medio ambiente físico* comprende el diseño arquitectónico de la institución, que abarca o incluye el diseño del área destinada a la atención de los pacientes. Por ejemplo, la metodología de trabajo de equipo interdisciplinario dedicado a la salud, exige que todos los miembros del equi-

po cuenten con un lugar físicamente cómodo para que puedan reunirse y analizar los problemas de la atención de los pacientes. El equipo y los suministros forman parte del medio físico, al igual que la estructura vertical y horizontal de la organización (estructura humana), con sus canales de comunicación. Los medios físicos y conceptual se relacionan estrechamente y deben estar en equilibrio para lograr las metas, valores y objetivos de la organización y de los individuos que forman parte de ella.

Otra fase de la actividad administrativa es el establecimiento de los objetivos de la organización y de los individuos, que se lleva a cabo cuando se inicia la planificación. El consejo de administración, el administrador del hospital y el administrador del servicio de enfermería establecen los *objetivos generales de la organización*. Los administradores de enfermería y sus colaboradores determinan, siguiendo los lineamientos de la organización, los objetivos que se relacionan específicamente con el departamento de enfermería y la atención de los pacientes. Reciben los insumos necesarios de las políticas y normas de la institución; asimismo, la experiencia que hayan tenido en el pasado y el marco teórico de referencia que hayan aprendido, les ayudan a establecer los objetivos de la organización en lo concerniente al departamento de enfermería.

El empleado, en colaboración con su superior inmediato, fija los *objetivos individuales*. Los insumos que permiten determinar los objetivos individuales son las expectativas, las aptitudes, la preparación académica o capacitación del empleado y la descripción específica del puesto que ocupa, elaborada por la organización.

El administrador de servicios de enfermería crea un ambiente propicio para alcanzar las metas por medio de la población que actúa, que coopera o que procesa; por ejemplo, el personal administrativo de enfermería, tal como el asistente administrativo de enfermería, los coordinadores de enfermería o las enfermeras jefe. El administrador de servicios de enfermería

no puede hacerlo todo y, por tanto, delega en otras personas determinadas tareas, con la correspondiente delegación de autoridad y responsabilidad para llevarlas a cabo; lo anterior constituye la sexta fase de la actividad administrativa. Las decisiones tomadas por el administrador de enfermería son puestas en práctica por la población o personal que actúa, la cual, a su vez, afecta a la *población objetivo*. En este caso, la población objetivo destinataria está constituida por las enfermeras y auxiliares de enfermería, que se ocupan de la atención directa de los pacientes y, por último, los beneficiarios de la atención, es decir, los pacientes. Estos son los consumidores del proceso administrativo en su totalidad; son los beneficiarios o las víctimas de los resultados del proceso administrativo. Al mismo tiempo, la población destinataria recibe la influencia de la *población de cooperación*, es decir, las familias o demás miembros de la comunidad que influyen en las enfermeras, ya sea positiva o negativamente. Por ejemplo, un familiar puede influir en la persona destinataria (enfermera) para que solicite un aumento de salario o un horario mejor. Por otra parte, el familiar puede influir positivamente en la persona destinataria pidiéndole que conserve el empleo y afirmando que la remuneración es adecuada y el horario de trabajo excelente.

Los resultados y consecuencias del funcionamiento del sistema administrativo en su conjunto, se envían al medio ambiente externo en forma de productos de acuerdo con los objetivos de la organización y de los individuos que forman parte de la misma, por ejemplo, servicio de atención a los pacientes, ayuda a la comunidad, investigación, educación y satisfacción de los empleados.

A continuación se evalúan estos productos de acuerdo con el porcentaje alcanzado en los objetivos de la organización y de los individuos que a ella pertenecen. La organización misma (administrador de enfermería y jefes de otros departamentos) y la comunidad realizan la evaluación; las de-

ficiencias y recomendaciones para efectuar cambios retroalimentan al sistema en la forma de insumos, a través del circuito de retroalimentación. De esta manera, continúa el ciclo.

Además del ciclo administrativo, existen dos factores que afectan el funcionamiento del sistema. la *población que crea conflictos*, la *que apoya* y las *limitaciones*.

En todas las organizaciones se encuentra una población que crea conflictos y otra que apoya y que afectan positiva o negativamente la operación del sistema. Por ejemplo, si el administrador de enfermería no cuenta con el respaldo del personal de otros departamentos, es posible que fracasen sus programas. No obstante, si existe un apoyo total, se puede crear un ambiente más propicio para alcanzar las metas de la organización.

Todas las instituciones tienen limitaciones que afectan su funcionamiento. Un ejemplo de éstas es la tradición. Si la dirección de la organización está orientada por la tradición, puede desanimar la prueba y puesta en práctica de ideas innovadoras. Otro ejemplo de limitación podría ser la economía y la situación financiera de la nación en su conjunto. Por ejemplo, la inflación o la depresión afectan negativamente el presupuesto de la organización.

Subsistemas de una organización de atención de salud como sistema sociotécnico abierto

La organización de la atención de salud también se puede considerar como un sistema sociotécnico estructural que tiene cinco subsistemas o elementos principales. metas y valores, proceso administrativo compuesto, constituido por actos conceptuales y físicos, ambiente conceptual, medio físico y tecnología. La Fig. 2-9 presenta una forma de considerar la organización como un sistema sociotécnico. Estos subsistemas son partes integrantes de la organización.

Trist y sus colaboradores del Instituto Tavistock, fueron los primeros en afirmar que las organizaciones eran sistemas so-

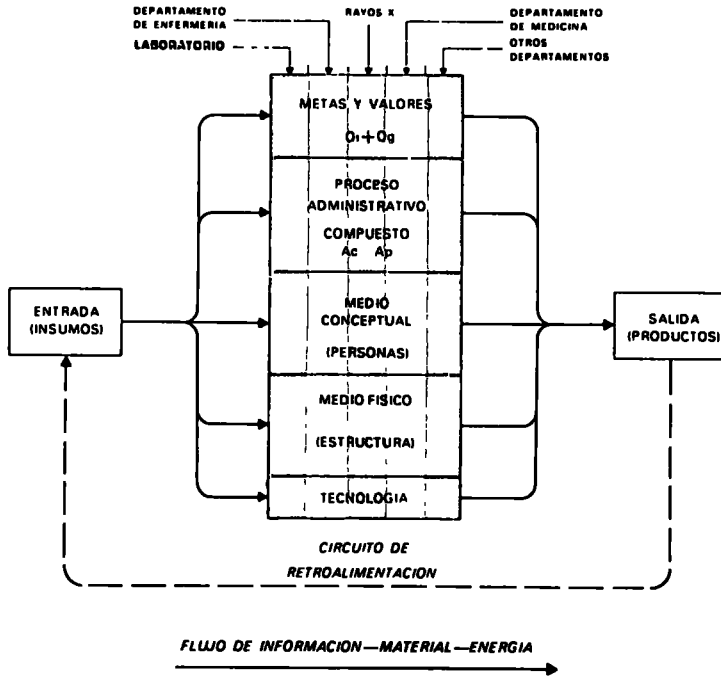


Fig. 2-9. Subsistemas de las organizaciones de atención de la salud como sistemas socio-técnicos

ciotécnicos. Su concepto de sistema socio-técnico surgió de la consideración de que todos los sistemas de producción necesitan una organización técnica, por ejemplo, equipo, maquinaria y diseño de proceso, y una organización laboral que se ocupa de las personas que realizan las diferentes tareas. La organización laboral tiene características psicológicas y sociológicas propias, que son diferentes e independientes de la tecnología.

Por lo tanto, una organización no es tan sólo un sistema técnico o social, sino que tiene que lograr la integración de las actividades humanas en torno a diferentes tecnologías. Los aspectos técnicos de una organización afectan los tipos de insumos y productos de la misma. Empero, el medio conceptual, junto con su sistema social, determinan la eficacia y eficiencia del uso de la tecnología.

Antes de crear una organización, los fundadores tienen en mente ciertos propósitos, por lo general se preguntan cuáles

son los fines y propósitos, las *metas* y *objetivos* de la organización; por ejemplo, se preguntan qué desean lograr, y por qué y cómo deben planificar para asegurar que cuando estos planes se pongan en práctica, se obtengan los resultados deseados y alcancen la meta. Churchman (1968, p. 31) afirma que lo que un científico de la administración debe hacer para probar los objetivos de un sistema es "determinar si el sistema sacrificaría a sabiendas otras metas para alcanzar el objetivo". Los objetivos precisos y específicos de una organización se pueden probar en términos de evaluaciones del desempeño del sistema en su conjunto. Dicha evaluación puede ser un resultado numérico que nos diga el grado o la proporción en la que se han cumplido los objetivos de la organización y de los individuos que la constituyen. Cuanto más alto sea el puntaje alcanzado, mejor será el desempeño.

Al determinar cómo evaluar el desempeño, los administradores de los servicios

de enfermería tratarán de encontrar el mayor número posible de resultados aplicables de las actividades del sistema. Por supuesto, los administradores de servicios de enfermería también cometerán errores y tendrán que revisar sus planes y estrategias a medida que obtengan retroalimentación, con la ayuda de mayor evidencia.

Un ejemplo de los tipos de metas y valores que establece el servicio de enfermería dentro de la organización sociotécnica de un hospital podrían ser: (1) cantidad y calidad de los servicios de atención que se presta a los pacientes, por ejemplo, 6,6 horas de atención por paciente cada 24 horas y de acuerdo con las normas establecidas; (2) avances logrados en la investigación relacionada con la enfermería, medidos en términos de la cantidad y calidad de investigación producida en un año; (3) desarrollo profesional del personal en cuanto a proporcionar lo necesario para la práctica de la especialización clínica, utilización de todo el potencial de los empleados, medida en términos de su preparación educativa e intereses, y (4) balance financiero. Estos objetivos se pueden evaluar y los puede adoptar el departamento de servicios de enfermería.

El segundo subsistema de una organización es la *tecnología*. El aspecto tecnológico de la organización está constituido por la necesidad de tareas específicas, las cuales pueden variar mucho, y constituyen el aspecto técnico de la misma. La especialización de las habilidades y los conocimientos necesarios, los tipos de maquinaria y equipo, la evaluación de los instrumentos utilizados y el diseño de las instalaciones, determinan la tecnología. Por otra parte, la tecnología determina el tipo de recursos humanos e insumos que se requieren; por ejemplo, una industria aeroespacial es una tecnología que necesita emplear científicos, ingenieros, técnicos y otras personas con una educación y capacitación especiales. Los hospitales necesitan científicos especializados en el área de la medicina, médicos con diferentes especialidades, especialistas en enfermería, técnicos, adminis-

tradores de personal y demás trabajadores calificados. De igual forma, el departamento de enfermería de una institución dedicada a la atención de la salud necesita emplear administradores de enfermería, especialistas en enfermería clínica, enfermeras generales con diversa preparación y personal auxiliar de enfermería calificado. La tecnología representa un factor importante para determinar la estructura de la organización, las relaciones que existen entre los puestos y el comportamiento que se espera que observe el personal.

El tercer elemento de una organización es el *medio físico*, que se ocupa primordialmente de la estructura arquitectónica, la estructura humana, el diseño físico de las instalaciones y los servicios.

La estructura de la organización humana tiene que ver con la manera como se dividen las tareas de la organización en unidades funcionales u operativas y con la coordinación de las diferentes unidades. Desde un punto de vista formal, se puede considerar que las estructuras son establecidas por la organización, de acuerdo con un esquema vertical y horizontal, o por los distintos puestos según la autoridad, descripción de tareas y puestos, normas y procedimientos. La estructura también se encarga de determinar los patrones de autoridad y poder y los patrones de comunicación y flujo de trabajo. La estructura de la organización le da un carácter formal a la relación que existe entre el subsistema técnico y el medio conceptual. Sin embargo, existen muchas interacciones y relaciones entre estos dos subsistemas, que soslayan la estructura formal; un ejemplo podría ser la organización informal.

El cuarto elemento de todas las organizaciones sociales es el *medio conceptual*, que se ocupa del elemento humano, las personas y sus necesidades psicosociales. Está constituido por las interacciones, expectativas, aspiraciones, sentimientos y valores de las personas que forman parte de la organización. Como los cambios que se producen en cualquiera de los subsistemas repercuten en los demás, no es posible con-

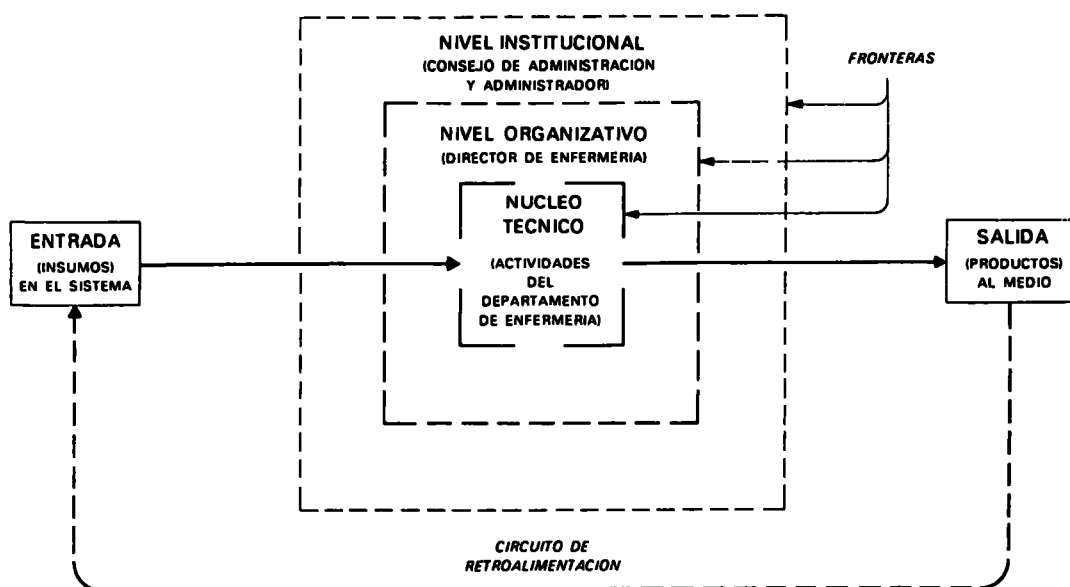


Fig. 2-10. Niveles administrativos de una organización

siderarlos por separado sino en el contexto de toda la organización.

El *proceso administrativo compuesto* (PAC) es el último subsistema de la organización. Su principal preocupación o interés consiste en la administración global de toda la organización. Algunos especialistas se refieren a este elemento como subsistema administrativo (Kast y Rosenzweig, 1970; Parsons, 1960). Existen tres niveles de administración en la estructura jerárquica de las organizaciones complejas, el nivel técnico, el nivel organizativo y el nivel institucional o de la comunidad (Parsons, 1960) (Fig 2-10).

El nivel técnico se refiere al desempeño de las tareas reales de la organización, corresponde al departamento de enfermería y se ocupa de la forma de ofrecer la atención, ya sea directa o indirectamente, a los pacientes. El sistema técnico no sólo se refiere a las habilidades físicas que emplean pocos conocimientos, sino que también incluye las actividades técnicas que comprenden una gran cantidad de conocimientos y habilidades científicos, por ejemplo, la investigación, el desarrollo y el control de los servicios. El científico desempe-

ña tareas técnicas en el laboratorio; el médico y la enfermera realizan tareas técnicas en las instituciones de atención de salud. Las personas que trabajan a este nivel técnico dentro del departamento de enfermería son la población que actúa y la población destinataria. En las organizaciones complejas, los profesionales y las personas con una educación especial, así como las personas calificadas y no calificadas, realizan una amplia variedad de tareas técnicas. La función del nivel organizativo es coordinar o integrar el desempeño de las tareas del núcleo técnico; por ejemplo, el departamento de enfermería y la integración al núcleo teórico de los insumos (recursos financieros, información y energía). La posición de los administradores de servicios de enfermería se encuentra en el nivel organizativo; sus funciones administrativas son la coordinación e integración de los servicios de atención del paciente que proporciona el personal de enfermería. Además, el administrador integra los insumos apropiados al núcleo técnico. El nivel organizativo se ocupa fundamentalmente de las interacciones que se producen dentro de la organización.

El nivel institucional se dedica a relacionar las actividades de la organización con el ambiente externo. La organización necesita recibir constantemente insumos por parte de la comunidad para poder llevar a cabo sus actividades de transformación. Por ejemplo, en el caso de un hospital, el consejo de administración, el administrador y, desde hace algún tiempo, el administrador del servicio de enfermería, además de trabajar a nivel organizativo, trabajan a este nivel institucional.

En consecuencia, los subsistemas del proceso administrativo compuesto abarcan toda la organización, puesto que dirigen la tecnología, organizan al personal de acuerdo con la descripción de los puestos y asignan tareas de acuerdo con las actividades, integran los demás recursos y relacionan la organización con su medio. Es preciso señalar que la orientación es diferente en cada nivel; por ejemplo, el nivel técnico se encarga primordialmente de la racionalidad técnica y económica. En el nivel técnico, las fronteras son menos permeables a los insumos procedentes del medio que las fronteras de los niveles organizativo e institucional. Las fronteras del nivel institucional son permeables a las intrusiones e insumos provenientes del medio, sobre el cual tiene poco control. Por tanto, el administrador a este nivel debe aplicar un criterio de sistema abierto y concentrarse en las estrategias de innovación y adaptación. El administrador del servicio de enfermería en el nivel organizativo, opera entre el nivel institucional y el núcleo técnico, activa como mediador y coordina a los dos. Por ejemplo, el administrador de servicios de enfermería que opera a este nivel, ayuda a transformar las incertidumbres del medio en la racionalidad técnica y económica necesaria para entrar en el núcleo técnico en forma de insumos (Fig. 2-10).

Por lo tanto, el subsistema PAC de la organización comprende tres niveles: las actividades del núcleo técnico, las actividades internas de organización y las relaciones interinstitucionales. En muchas orga-

nizaciones, estas funciones están teóricamente separadas, aunque las distinciones no siempre son claras.

Respecto a estos tres niveles, Parsons (1960) ha señalado que existe una independencia relativa entre estos tres niveles de organización y que no resulta realista hablar de una "línea de autoridad" que va del nivel institucional al organizativo y llega al núcleo técnico. Empero, hace notar que hay una ruptura de la línea de autoridad entre estos niveles. Por ejemplo, el administrador de un hospital no puede ejercer una autoridad absoluta sobre los profesionales, ya que sus conocimientos en áreas específicas son limitados. El administrador se ve obligado a depender de la experiencia especializada de los profesionales. El administrador puede vetar una recomendación presentada por los especialistas, pero no puede proponer alternativas. En consecuencia, es necesario suministrar los medios apropiados de articulación y adaptación en las diferentes fronteras. Lo anterior no significa que estos niveles puedan funcionar de manera independiente, sino que son interdependientes. Por ejemplo, el personal que trabaja a nivel institucional debe hacerlo con eficiencia para que la organización pueda recibir los insumos necesarios del ambiente, a fin de que el nivel técnico pueda funcionar adecuadamente. Asimismo, el nivel técnico debe producir servicios o productos de manera eficaz y eficiente para asegurar que la organización reciba el respaldo del medio.

Al estudiar la evolución histórica de la organización, encontramos que la teoría clásica y tradicional de la administración hacía hincapié en el aspecto estructural del medio físico y de los subsistemas administrativos, y que su principal preocupación consistía en crear principios. La escuela del proceso administrativo, iniciada por Fayol, subrayaba la importancia que tienen en el proceso administrativo la planificación, la organización, la dirección y el control, y hacía una distinción entre las actividades físicas y las conceptuales. Los científicos del comportamiento y los que se

orientaban con las relaciones humanas ponían énfasis en los aspectos psicosociales de las necesidades humanas; sus intereses principales eran la motivación, la dinámica de grupo y los estímulos del individuo. Los científicos de la administración o la escuela cuantitativa han subrayado la importancia de los aspectos económicos y teóricos del medio físico y se ocupan fundamentalmente de la toma de decisiones y los procesos de control. De esta manera, podemos ver que cada uno de estos enfoques de la organización y la administración pone énfasis únicamente en uno de los subsistemas principales y ha ignorado casi por completo la importancia de los demás. La teoría administrativa que presentamos en este libro dentro del marco de referencia de sistemas, es una síntesis de las cuatro escuelas de pensamiento, considera la organización como un sistema sociotécnico estructurado e incluye los cuatro subsistemas principales, sus interacciones e interdependencias.

BIBLIOGRAFIA

- Arndt, C., and Laeger, E. Role strain in a diversified role set the director of nursing service. I Nurs Res 19 (3) 253-259, 1970a
- Arndt, C., and Laeger, E. Role strain in a diversified role set the director of nursing service II Sources of stress, Nurs Res 19 (3) 495-501, 1970b
- Chin, R. The utility of system models and developmental models for practitioners In Bennis, W G, Benne, K D, and Chin, R., editors The planning of change, New York, 1969, Holt, Rinehart and Winston, Inc., pp 297-312
- Churchman, C W The systems approach, New York, 1968, Dell Pub Co., Inc
- Dabas, Z S The dimensions of morale an item factorization of the SRA employees inventory, Personnel Psychol 11: 217-234, 1958
- Griffiths, D E The nature and meaning of theory In Griffiths, D E, editor Behavioral science and educational administration, the 63rd Yearbook of National Society for the Study of Education, Chicago, 1964, University of Chicago Press, pp 95-119.
- Kast, F E, and Rosenzweig, J E Organization and management a systems approach, New York, 1970, McGraw-Hill Book Co
- Lewin, K. Group discussion and social change In Newcomb, I, and Hartley, E, editors Readings in social psychology New York, 1947, Holt, Rinehart & Winston, Inc
- Likert, R New patterns of management, New York, 1961, McGraw-Hill Book Co
- Lonsdale, R C Maintaining the organization in dynamic equilibrium In Griffiths, D E, editor Behavioral science and educational administration, the 63rd Yearbook of National Society for the Study of Education, Chicago, 1964, University of Chicago Press, pp 142-177
- Parsons, T Structure and process in modern societies, New York, 1960, The Free Press of Glencoe, pp 60-96
- Roach, D E Dimensions of employee morale, Am Psychol 12: 443, 1957
- Simon, H A The new science of management decision, New York, 1969, Harper & Row, Pubs
- Stevens, B J Nursing theory analysis, application, evaluation, Little, Brown and Co., 1979, New York, pp 121, 209-210, 212
- Tannenbaum, R, Weschler, I R, and Massarek, F Leaders and organization a behavioral science approach II New York, 1961, McGraw-Hill Book Co
- Triandis, H. C Notes on the design of organization In Thompson, J, and Vroom, V H, editors Organizational design on research, Pittsburgh, 1968, University of Pittsburgh Press, pp 57-102
- Twery, R, Schmid, J., and Wrigley, C Some factors in job satisfaction a comparison of three methods of analysis, Educational and Psychological Measurement 28: 189-201, 1958

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- Cleland, D I, and King, W R Management a systems approach, New York, 1972, McGraw-Hill Book Co
- Donnelly, J, Gibson, J, and Ivancevich, J. Fundamentals of management, Dallas, Tex., 1971, Business Publications, Inc
- Etzioni, A Modern organizations, Englewood Cliffs, N J, 1964, Prentice-Hall, Inc
- Filley, A C, and House, R J Managerial process and organizational behavior, Glenview, Ill., 1970, Scott, Foresman & Co
- George, C S, Jr The history of management thought, Englewood Cliffs, N J, 1972, Prentice-Hall, Inc
- Getzels, J W Administration as a social process In Halpin, A W, editor Administrative theory in education, Chicago, 1958, Midwest Administration Center, University of Chicago Press, pp 150-165
- Griffiths, D E Administrative theory, New York, 1959, Appleton-Century-Crofts, chapter 4
- Guyton, A C Textbook of medical psychology, ed 4, Philadelphia, 1971, W B Saunders Co
- Hicks, H G The management of organizations a systems and human resources approach, ed 2. New York, 1972, McGraw-Hill Book Co
- Johnson, R A, Kast, F E, and Rosenzweig, J E The theory and management of systems, ed. 2, New York, 1967, McGraw-Hill Book Co
- Kahn, A The study of society a unified approach,

- Homewood. Ill., 1963, Richard D. Irwin, Inc.
- MacEachern, M. T.: Hospital organization and management, ed. 3, Chicago, 1957, Physicians Record Co.
- March, J. G., and Simon, H. A.: Organization, New York, 1958, John Wiley & Sons, Inc.
- Marx, M. H.: Theories in contemporary psychology, New York, 1963, Macmillan Pub Co., Inc.
- Maslow, A. H.: Motivation and personality, New York, 1955, Harper & Row, Pubs.
- Mussallem, H. K.: The nurse's role in policy making and planning, Int. Nurs. Rev. 20 (1): 9, 1973.
- Newport, G. M.: The tools of management, Reading, Mass., 1972, Addison-Wesley Pub Co., Inc.
- Petit, T. A.: A behavioral theory of management, Academy of Managerial Journal 2:346, December 1967.
- Sayles, L.: Managerial behavior, New York, 1964, McGraw-Hill Book Co.
- Smith, L.: Two lines of authority: the hospital's dilemma, Mod. Hosp. 84 (3): 12, 1955.
- Thompson, J. D.: Organization in action, New York, 1964, McGraw-Hill Book Co.
- Trist, E. J., and Rice, A. K.: The enterprise and its environment, London, 1963, Tavistock Publications Ltd.

3

Metas y objetivos: de la organización y de los individuos

Todo análisis de las condiciones esenciales de un buen departamento de enfermería debe comenzar con la declaración de la filosofía del mismo, la cual proporciona los principios básicos que guían las actividades que se realicen. A menudo el establecimiento de una filosofía parece ser un vago enunciado de creencias, tan abstracta que quizá la leamos una vez, entendamos muy poco de ella y la releguemos a uno de los libros de políticas. Sólo se utiliza cuando algunos dignatarios visitan la organización de atención de salud con el fin de obtener crédito o reconocimiento. En este capítulo nos ocuparemos de examinar una filosofía concreta de la administración de servicios de enfermería, analizar la misión de la enfermería que surge de esa filosofía y finalmente, estudiar las metas y objetivos de la organización y de los individuos y ver cómo los puede utilizar la administración de servicios de enfermería.

Filosofía básica de la administración de servicios de enfermería

La filosofía de los servicios de enfermería se puede describir como un conjunto, elegido conscientemente, de valores y de fines primarios, que pueden servir de pauta para adoptar el medio de lograr la meta última. Estas pautas también indican las limitaciones que existen en la selección de los medios y de los fines intermedios. Los

fines primarios tienen una prescripción porque eligen una forma de actuar con preferencia a otra y porque dirigen el comportamiento hacia la alternativa seleccionada. En esta elección se halla implícito el conocimiento o juicio de lo que es conveniente o inconveniente. Esta manera de proceder está en contradicción con los hallazgos y teorías científicas que hemos analizado hasta el momento, puesto que éstos últimos son descriptivos. Dichos hallazgos científicos describen y predicen con exactitud las consecuencias, por lo tanto, el administrador de servicios de enfermería debe conocer las consecuencias de una decisión para alcanzar determinados fines primarios.

Es igualmente cierto que en la mente se crea, mediante un acto conceptual, una filosofía individual. La filosofía permite a las personas entenderse a sí mismas, entender a los demás y al mundo que las rodea, lo cual también es cierto cuando se trata de organizaciones.

Una filosofía básica de la administración de servicios de enfermería brinda un significado a nuestra misión, nos permite comprender las relaciones que existen entre el sistema y sus subsistemas y entender a fondo nuestros objetivos y valores generales. Esta filosofía básica debe servir de directriz para alcanzar los propósitos y debe contener un conjunto de premisas que rijan la organización. Una filosofía viable como la que se acaba de describir, estimula la

contribución de las personas que trabajan en todos los niveles de la organización, haciendo que la filosofía evolucione y llegue a adoptarse

En otras palabras, la filosofía que sirve de fundamento a la administración de servicios de enfermería o a cualquier otra institución dedicada a la atención de la salud, se basa en los siguientes aspectos importantes. Estos criterios están en consonancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (Godard, 1958)

- 1 La consecución de las metas de la organización y de los individuos (*Og* y *Oi*) exige que se realice un esfuerzo. La cantidad, calidad, oportunidad y costo de ese esfuerzo son factores relacionados y es preciso brindarles una atención constante.
- 2 Las decisiones se deben basar en hechos comprobables, esto se aplica a todos los niveles y a todas las fases de la planificación, ejecución y control de los planes de trabajo
- 3 El administrador de servicios de enfermería que tiene éxito, hace uso de la delegación de autoridad apropiada. Para evitar que se pierda el tiempo, es necesario dar la autoridad y responsabilidad convenientes hasta los niveles más bajos posibles de la organización, las cuales deben ser congruentes con las descripciones por escrito de los puestos y con las políticas de la institución
- 4 La responsabilidad fundamental de la administración de servicios de enfermería consiste en alcanzar las *Oi* y las *Og* aplicando actos conceptuales (*Ac*) y actos físicos (*Af*) a fin de crear un medio conceptual (*Mc*) y un medio físico (*Mf*). El éxito se relaciona de manera definitiva con la parte del medio conceptual que es afectada por factores financieros y de otra índole
- 5 La comunicación eficaz es necesaria en todos los elementos relacionados e interdependientes de un sistema. El administrador de servicios de enfermería sólo puede conservar el equilibrio si la comunicación fluye adecuadamente en todas las redes, tanto verticalmente, es decir, de arriba abajo y de abajo arriba, como lateralmente
- 6 La administración de servicios de enfermería debe ser flexible para poder satisfacer y adaptarse a las necesidades cambiantes de

la organización, los individuos, la comunidad y la sociedad en general

Factores que afectan la naturaleza y misión de los servicios de enfermería en las instituciones dedicadas a la atención de salud

Uno de los factores más importantes que afectan la naturaleza y misión de los servicios de enfermería es la institución de atención de salud en sí misma, bien sea que se trate de un hospital, una clínica o cualquier otra institución de atención de salud. Otro factor importante es si el objetivo consiste en proporcionar a los miembros de la comunidad atención esporádica o constante.

Otros factores que influyen son la rápida evolución de los conocimientos y habilidades de la medicina y enfermería, los avances recientes y la proliferación de medios auxiliares, tecnológicos y farmacéuticos, para la práctica de la medicina y la enfermería. Todos estos cambios ocasionan un incremento tremendo en los insumos del sistema de servicios de enfermería, que provocarán el desequilibrio de los subsistemas de la organización a menos que se produzca un cambio y una adaptación. Si el flujo de insumos aumenta mucho y/o lo hace demasiado rápidamente, se pueden generar problemas de estructura, tecnología o comportamiento. Por ejemplo, las máquinas nuevas, tales como equipos complejos de electrocardiogramas o riñones artificiales, exigen la contratación, capacitación y educación de más enfermeras y auxiliares de enfermería, con posiciones y puestos nuevos que afectan a la organización de enfermería y a la estructura física que debe dar cabida al equipo. Los problemas tecnológicos pueden derivarse de una actualización inadecuada (capacitación y educación insuficientes de los especialistas en enfermería técnica) para funcionar dentro de estas nuevas áreas de la atención de la salud. Pueden surgir problemas de comportamiento cuando la función normativa (organizadora) que se exige en estos nuevos puestos es incon-

gruente con la personalidad de los individuos que los ocupan.

Otros factores que afectan la misión de los servicios de enfermería son la movilidad geográfica de la población, la eficacia de la atención preventiva, tanto médica como de enfermería, y el aumento de la longevidad. La ampliación y extensión de los servicios de salud a nuestra población son responsables de otro flujo de insumos en el sistema de servicios de enfermería, como resultado del mayor número de pacientes de edad avanzada que, principalmente, necesitan una atención de recuperación. La mayor parte de estos pacientes necesitan que se cuide de ellos tanto en el hogar como en grandes instalaciones de atención de la salud. Estos factores también originan problemas de estructura y tecnología.

El trío tradicional de médico, enfermera y paciente se ha complicado como consecuencia de la interacción de diferentes tipos de personas con distintas profesiones, el equipo de salud. Por ejemplo, en la actualidad contamos con un equipo de salud constituido por el trabajador social médico, el terapeuta familiar, el terapeuta ocupacional, el fisioterapeuta, los médicos, las enfermeras y muchas otras personas. Dentro de la misma profesión de enfermería, existe una gran confusión entre las diferentes clases de enfermeras diplomadas. Existen enfermeras que tienen título de enfermeras, otras que tienen título a nivel técnico, algunas que cursaron estudios de licenciatura en ciencias, maestría en humanidades e incluso doctorado. La asignación de tareas y responsabilidades se superpone y a menudo causa problemas de responsabilidad y conflictos de tareas.

El hecho de que la atención de la salud se haya convertido en la fuerza social predominante de nuestra sociedad, la relaciona con los aspectos económicos y políticos de nuestra cultura y, por ende, su funcionamiento exige una estructura social compleja. Como el personal de enfermería constituye el grupo más numeroso dentro del sistema de prestación de servicios de

la salud; todas estas variables, económicas, políticas y culturales, afectan en sumo grado el funcionamiento y la estructura social del departamento de enfermería.

ESTABLECIMIENTO DE METAS Y OBJETIVOS

Ahora que hemos puesto en claro nuestra filosofía y misión, es tiempo de dedicarnos al tema central de este capítulo: las metas y objetivos tanto de la organización como de los individuos.

Como se mencionó anteriormente, una de las estrategias fundamentales de la planificación es el establecimiento de las metas y objetivos. Una estrategia se define como el conjunto de planes, metas, objetivos y políticas básicas, necesarios para llevar a la organización desde su situación actual hasta una posición deseada en un momento específico del futuro.

El plan estratégico de una organización se encuentra en la cima de todos los demás planes de la misma. Los planes estratégicos son importantes porque bosquejan las metas de la organización, se convierten en el modelo que guía la dirección de los planes auxiliares, determinan la compatibilidad del plan global con los demás planes y, por último, dirigen las actividades de la organización respecto a las decisiones relacionadas con la distribución real del producto, en este caso, la distribución de servicios de atención de salud en el presente y en el futuro.

Las metas son enunciados generales relacionados con la dirección, constituyen planes en forma de resultados que se deben alcanzar e incluyen aspectos tales como fines, objetivos, misiones, fechas límite, normas y propósitos. La estructura de las metas crea el marco de las relaciones que existen entre la organización y su medio. No queremos de ninguna manera hacer una simplificación excesiva, ya que el proceso de establecimiento de metas es complejo e incluye toda una serie de objetivos impuestos a la organización por el medio ambiente externo y por los individuos que la constituyen. Las metas son los objetivos

últimos de la planificación y representan el punto final, hacia el cual se deben encaminar las actividades de organización, dirección y control

Los objetivos son logros específicos y deseados, que se deben llevar a cabo en un tiempo determinado. El logro de los objetivos permite la consecución de las metas globales.

Los objetivos son más especializados que las metas, por ende, su elaboración exige una mayor experiencia técnica. A continuación se presentan algunas preguntas básicas que es preciso responder

- 1 ¿Qué indicadores de resultados son adecuados para lo que deseamos lograr?
- 2 ¿Qué criterios de éxito se deben aplicar?
- 3 ¿Cuáles son las condiciones dadas? Es decir, ¿en qué condiciones y limitaciones de tiempo se debe llegar al comportamiento o a los resultados deseados?
- 4 ¿Quien es la persona objetivo (personas, grupos o departamentos) responsable de hacer cumplir el objetivo enunciado?

Tal como sucede con el establecimiento de metas, la resolución de estos problemas exige, sin lugar a duda, discusión, negación y consenso. El proceso, ahora cuando se trata de establecer las metas y objetivos de los departamentos o servicios de enfermería, es más especializado y parroquial, ya que los principales interesados serán el administrador de enfermería, el asesor de personal y los especialistas en enfermería clínica, quienes primero determinarán los objetivos y después consultarán a los grupos de clientes tales como los usuarios de la atención de salud, empleados, organizaciones profesionales y grupos de interés especial, para que éstos evalúen cuán bien se adaptan los objetivos a la meta.

La combinación de la experiencia interna de la organización con la evaluación de los clientes es de suma importancia porque (1) fomenta la participación de los clientes más allá de la etapa del establecimiento de metas y (2) permite y obliga a los técnicos y especialistas a explicar con toda claridad sus objetivos a los clientes y a poner dichos objetivos en funcionamiento.

Valor de los objetivos

Los objetivos de la organización bien definidos e integrados tienen diversos valores fundamentales. En primer lugar, a todos los miembros se les anima para que trabajen hacia la consecución de una meta común. Los objetivos hacen posible que el comportamiento en las organizaciones sea más racional, coordinado y por ello, más eficaz. Cuando se conocen y utilizan los objetivos, las personas saben qué deben tratar de lograr. En segundo lugar, el empleo de objetivos específicos y concisos proporciona una especie de estándares idealizados con los cuales se puede medir el desempeño real. En tercer lugar, los objetivos claramente definidos sirven de motivación porque los individuos pueden ver y relacionar sus objetivos personales con el trabajo de la organización. Las personas pueden apreciar que la consecución de los objetivos personales depende del objetivo de la organización y, entonces, dirigirán su esfuerzo y el comportamiento personales hacia la consecución de los objetivos de la organización. En cuarto lugar, los objetivos de la organización indican a la comunidad algunas ideas sobre la importancia que la organización concede a los intereses de los diversos elementos que la constituyen y también acerca de cómo piensa la organización hacer uso de sus actividades para satisfacer dichos intereses.

Insumos para el establecimiento de objetivos en la administración de servicios de enfermería

Los insumos para el establecimiento de las metas y objetivos de una organización provienen de diferentes fuentes: (1) los valores socioculturales y las normas que afectan a la institución de atención de salud, (2) los distintos grupos de clientes de la organización y los usuarios de los servicios de atención de salud, tales como pacientes, empleados, médicos y accionistas y (3) los valores y metas del consejo de administración o administración superior, de la

institución, tanto a nivel personal como colectivo.

Todos estas entradas (insumos) afectan la formulación de las metas y objetivos de la organización. Como la división de enfermería es uno de los departamentos más importantes de la organización, los insumos también afectarán la formulación de las metas y objetivos del departamento de enfermería. De tal manera que, además de los insumos arriba mencionados, las metas y objetivos globales de la organización también sirven de insumos para la formulación de las metas y objetivos del departamento de enfermería

VALORES Y NORMAS SOCIOCULTURALES COMO INSUMOS

La institución de atención de la salud, así como sus diferentes departamentos, tiene muchos objetivos diferentes. El hospital y el servicio de enfermería se ven afectados por las normas y valores socioculturales. Tomamos la definición de Cleland y King (1972, p. 230) cuando decimos que *valor* significa juicios de valor que hacen los individuos respecto a los objetos y situaciones. La evolución misma del hospital o de la institución de atención de salud como una institución privada, voluntaria y no lucrativa, es un reflejo del sistema de valores de la comunidad. El énfasis puesto en la atención de los pacientes y en el tratamiento y prevención de enfermedades, afecta el sistema de valores y los objetivos de la institución dedicada a la atención de la salud, aunque representen limitaciones de carácter tecnológico, económico y capacidades de la organización (Georgopoulos y Mann, 1962).

Con frecuencia, las enfermeras experimentan un conflicto de roles cuando sus tareas administrativas interfieren con el rol percibido de proporcionar atención directa a los pacientes. Un ejemplo de esto es que cada vez más enfermeras que desempeñan puestos administrativos desean regresar a la atención directa de los pacientes (Georgopoulos y Mann, 1962).

Otro factor que determina el sistema de valores de las organizaciones de atención de salud y de sus servicios de enfermería, es el énfasis puesto en el bienestar de los pacientes. El proceso educativo y las normas de conducta que recomiendan algunos profesionales, refuerzan este sistema de valores; algunos ejemplos son la promesa de Florence Nightingale para las enfermeras y el juramento de Hipócrates para los médicos. Dicha meta común de bienestar del paciente permite que los individuos participantes desempeñen sus funciones altamente especializadas y profesionalizadas con el fin de alcanzar una meta común, que ayude a lograr la coordinación voluntaria de las actividades

INSUMOS PROCEDENTES DE LOS DIVERSOS GRUPOS DE CLIENTES DE LA ORGANIZACION

Antes de fijar los objetivos de la organización, las personas que ocupan los altos puestos directivos, tales como el consejo de administración, los administradores y los jefes de departamento, deben responder algunas preguntas esenciales: ¿Quiénes son los beneficiarios de la organización de atención de salud? ¿Son los usuarios de los servicios de atención los pacientes o la comunidad? ¿Se trata de la actividad de un grupo de médicos o de un solo individuo, como por ejemplo un administrador? Si se trata de una organización lucrativa, ¿son los accionistas los beneficiarios? ¿Cuál es la naturaleza del servicio o actividad a que se dedica la organización? Las respuestas a estas preguntas determinan las metas de la empresa y ayudan a enunciar el alcance de sus actividades. Definir la naturaleza de la actividad equivale a determinar los tipos de servicios prestados y el tipo de producto que se ofrece. De esta manera, si una organización contesta estas preguntas básicas, puede determinar con exactitud a qué actividad se dedica, cuestiones tales como: cuál es la naturaleza de la organización, qué podemos hacer u ofrecer, qué es capaz la organización de

hacer, cuál es su potencial y qué tendrá oportunidad de hacer.

Es probable que la elaboración de las metas también exija la participación real de los diversos destinatarios. Por ejemplo, las metas de atención de salud de un distrito escolar se deben formular y acordar en colaboración con los diferentes dirigentes y grupos de la comunidad. Se crean grupos de planificación y estudio para elaborar un borrador de las metas, el cual será revisado y analizado cuantas veces sea necesario. El aspecto más importante es la participación. De la misma manera, la elaboración de las metas y objetivos de la organización de atención de salud puede requerir la participación de los diferentes dirigentes de la comunidad, grupos de interés especial que contribuyen financieramente en el desarrollo de la organización y demás grupos de la comunidad, así como las organizaciones profesionales de enfermeras a nivel local, estatal y nacional.

VALORES Y METAS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION O DE LA ADMINISTRACION SUPERIOR

El establecimiento de las metas de la organización constituye básicamente la puesta en práctica de los valores de las personas que ocupan los puestos administrativos más altos, por ejemplo, los miembros del consejo de administración, administradores y jefes de departamento. Los valores son conceptos personales y no existe ninguna estructura ni acuerdo formal que le diga al director qué valores son correctos, cuáles son erróneos o cuáles tienen prioridad sobre los demás. Todos tenemos valores personales y éstos varían de una persona a otra.

Cuando la administración superior determina las metas y los objetivos de la organización, también determina implícitamente sus valores y, al hacerlo, los valores personales desempeñan un papel muy importante. Además, otros dos aspectos, los *valores de los grupos* y los *sistemas de valores múltiples*, también contribuyen en

la complejidad del problema relacionado en el establecimiento de objetivos.

En términos generales, un grupo de personas, que posee cada una individualmente un sistema diferente de valores, determina la mayor parte de los objetivos de la organización. Resulta difícil establecer un sistema de valores colectivos para el grupo; sencillamente, no existe ninguna forma de tomar los valores individuales y crear, tomándolos como base, los valores del grupo. Algunas organizaciones resuelven este problema empleando uno de los tres procesos de toma de decisiones que se mencionan a continuación: aquel en el que deciden los participantes, el parlamentario y el democrático centralista. En los procesos parlamentario y en el que deciden los participantes, teóricamente todos los miembros del grupo pueden ejercer la misma influencia en la toma de una decisión, la diferencia que existe entre estos dos métodos es que el grupo en el que los participantes deciden necesita el consenso de todos los participantes, mientras que el parlamentario exige sólo mayoría de votos. El grupo democrático centralista asigna la autoridad a una persona, cuya decisión tiene carácter obligatorio. Por otra parte, todos tienen dos sistemas de valores, el que se deriva de las preferencias personales y el que surge de la organización. Los dos sistemas desempeñan papeles importantes en la toma de decisiones y en el establecimiento de los objetivos de la organización. A la mayor parte de las personas se motivan por el efecto que pueda tener la organización a la que pertenecen sobre sus propios intereses y promociones futuras, así como la influencia que pueda tener en los resultados exclusivos de la organización. En consecuencia, todas las decisiones tomadas por el administrador de servicios de enfermería y por las personas que ocupan altos puestos administrativos, deben reflejar, hasta cierto punto, sus sistemas de valores personales y aquellos de la organización. El simple hecho de saberlo, debe ser de utilidad para el administrador del servicio de enfermería.

Criterios para determinar metas y objetivos

En este punto, sería conveniente analizar los criterios para determinar las metas y objetivos, más adelante, analizaremos a fondo estas metas y objetivos.

Los objetivos de una organización representan criterios mediante los cuales se seleccionan los materiales, el personal y los especialistas, se delimitan el contenido y el área de desempeño; se elaboran procedimientos instruccionales y se preparan medios de evaluación. Todos los aspectos del programa de una organización constituyen medios para lograr los fines de la misma. Por tanto, si queremos estudiar de manera sistemática el programa de la organización, primero tenemos que conocer hacia dónde se dirigen los objetivos de la organización.

El enunciado de los objetivos debe satisfacer los siguientes requisitos: ser específico, flexible y funcional. El comportamiento final esperado se debe enunciar en términos observables o mensurables. Asimismo, es preciso fijar los criterios del desempeño aceptable.

COMO LOGRAR QUE LOS OBJETIVOS SEAN FUNCIONALES Y ESPECIFICOS

En primer lugar, para que un objetivo sea funcional es preciso determinar el comportamiento final en términos de los resultados esperados. En relación con el comportamiento observable, se trata del comportamiento que tendrá el empleado para demostrar que se están cumpliendo los objetivos. Por ejemplo, al finalizar un programa de instrucción, o de orientación, o ambas cosas, o sobre enfermería en equipo, las enfermeras serán capaces de explicar, ya sea por escrito u oralmente, los conceptos y principios fundamentales de la enfermería en equipo. En segundo lugar, la exposición de los objetivos debe definir el comportamiento final deseado mediante la descripción de las condiciones más importantes en las que se espera que se produzca el comportamiento. Por ejemplo,

en un equipo formado por una enfermera diplomada (ED), una enfermera técnica con licencia (ETL), una auxiliar de enfermería y 12 pacientes, la líder del equipo debe ser capaz de: (1) asignar las tareas y delegar la responsabilidad de la atención de los pacientes en el personal de enfermería más apropiado, y (2) llevar a cabo una conferencia con los miembros del equipo durante el turno de trabajo de ocho horas. En tercer lugar, el enunciado de los objetivos debe especificar los criterios que indican un desempeño aceptable, mediante la descripción de la forma correcta que el estudiante o empleado deben poner en práctica en el comportamiento final para que éste sea aceptable. Asimismo, si el elemento tiempo del objetivo es de vital importancia, la fecha límite para alcanzar el objetivo debe establecerse. Por ejemplo, con 12 pacientes y un equipo de tres miembros (una ED, una ETL y una AE), cada paciente recibirá 3,3 horas de atención directa de enfermería durante un turno de trabajo de ocho horas.

Algunos científicos del comportamiento llaman *cuantificación* a este aspecto empleado en el establecimiento de objetivos (Kast y Rosenzweig, 1970). En otras palabras, cuando se cuantifican los objetivos, se pueden traducir en planes específicos, tales como el número de pacientes tratados, presupuesto y reducción del número de informes sobre accidentes o errores ocurridos. Lo anterior proporciona un marco relativamente bien definido, en torno al cual se pueden organizar las actividades y se puede evaluar el desempeño. El enunciado de metas explícitas y cuantificables brinda una mayor claridad y hace que los objetivos sean funcionales.

Existen dos razones por las que los administradores son incapaces de explicar los objetivos de la organización a sus empleados, la falta de especificidad de los objetivos y la incapacidad de los administradores para hacerlos funcionales.

Cuando se establecen objetivos específicos para cada uno de los puestos de la organización, éstos se vuelven funcionales.

Normalmente, a esto se le da el nombre de *administración por objetivos*, que por lo general se define de acuerdo con el grado en el que el personal participa en el establecimiento de los objetivos.

La administración por objetivos es una técnica de planificación del trabajo, análisis y evaluación del desempeño; no se ocupa de clasificar al individuo de acuerdo con parámetros tales como iniciativa, honestidad y agresividad. El propósito de la administración por objetivos consiste en elaborar y emplear criterios que estén relacionados con los distintos puestos, que se puedan observar, medir o comprobar y que sirvan de base a la evaluación. El empleo de objetivos mensurables, establecidos de manera cooperativa entre el superior y los miembros del personal, permite predecir el comportamiento, determinar la conveniencia de las decisiones en el momento de tomarlas y evaluar el desempeño en el trabajo; asimismo, los individuos pueden analizar sus propias experiencias y determinar los progresos realizados en su desempeño.

COMO LOGRAR QUE LOS OBJETIVOS SEAN FLEXIBLES

En medio del cúmulo de peticiones acerca de la necesidad de esclarecer las metas y objetivos de la organización, es conveniente reflexionar sobre las ventajas que ofrece la vaguedad, en cuanto a flexibilidad. En un medio que tiene un sinnúmero de objetivos, resulta extremadamente difícil concentrar la atención en muchos de ellos al mismo tiempo. Es preciso que las metas a corto plazo y los objetivos con ellas relacionados se determinen con exactitud, mientras que las metas a mediano y largo plazo y los objetivos centrales se deben establecer en términos más flexibles y generales.

Kast y Rosenzweig (1970) hacen hincapié en la necesidad de ser flexibles cuando se establecen metas y objetivos. Si las metas se determinan en términos generales, existe la posibilidad de que las personas que forman parte de la organización proporcionen los detalles de acuerdo con su

propia experiencia y forma de ver las cosas, y de que modifiquen los patrones para que estén más en consonancia con sus propias preferencias. La precisión excesiva puede destruir la flexibilidad, haciendo aún más difícil que los individuos y las organizaciones se adapten a las condiciones cambiantes. El hecho de fijar las metas de manera general también permite lograrlas por diferentes medios. El concepto de resultados finales equiparables, es decir, alcanzar los mismos fines a través de medios diferentes, es un concepto de suma importancia para hacer los sistemas viables. Asimismo, si se toman las medidas necesarias para que haya flexibilidad, se incrementa también la posibilidad de encontrar cosas valiosas por casualidad, que en este caso constituye la consecución accidental de una meta específica de gran valor. Si los objetivos se determinan de manera tal que los individuos tengan flexibilidad para elegir los diferentes medios a través de los cuales los pueden alcanzar, estos resultados se vuelven más y más frecuentes.

A nivel de la organización, la mediación y el compromiso constituyen elementos esenciales para la coordinación de las actividades y la integración de las metas a corto y largo plazo.

Esto no quiere decir que favorezcamos explícitamente este enfoque; consideramos que lo mejor es seguir luchando por obtener la claridad necesaria para que el establecimiento de metas sea funcional, no obstante, también es preciso darse cuenta de que el no poder hacerlo no debe necesariamente constituir una catástrofe.

OBJETIVOS DE LA ORGANIZACION Y DE LOS INDIVIDUOS

En la actualidad existe una gran controversia respecto a la naturaleza de los objetivos de la organización y de los individuos. Algunos autores de literatura reciente sobre administración afirman que el principal objetivo de una organización es obtener utilidades; otros aseguran que éste debe ser prestar un servicio al consumidor o a la sociedad. Algunos autores sostienen que

las mayores recompensas económicas, la reducción de las horas de trabajo y una seguridad adecuada, motivan el comportamiento de los individuos; otros, consideran que el comportamiento de los individuos está encaminado a desempeñar puestos interesantes y útiles, a lograr la oportunidad de progresar dentro de la organización y desarrollar habilidades y capacidades profesionales (Filley y House, 1969)

Objetivos de la organización

Tradicionalmente, los teóricos de la organización clásica consideraban los objetivos de la organización como metas racionales, cuyo total era mayor que la suma de las metas individuales de sus miembros. Los trabajadores están unidos porque comparten una meta común; de esta manera, llegan a considerar la organización misma como un medio para hacer cosas. Por lo tanto, el individuo se identifica con la organización y sus objetivos, y la organización adquiere una identidad específica que la convierte en algo más que un grupo nominal de individuos.

Los teóricos clásicos clasifican los objetivos de la organización en tres categorías: primarios, secundarios y sociales

Los *objetivos primarios* de una organización o departamento perteneciente a una organización son definidos por las personas que reciben los servicios de la organización. Los objetivos primarios se alcanzan proporcionando servicios u ofreciendo productos a los usuarios de la organización. Por ejemplo, en el caso del servicio de enfermería de un hospital, los usuarios son los pacientes, el personal de enfermería y la comunidad. El objetivo primario del servicio de enfermería de cualquier institución dedicada a la atención de salud consiste en proporcionar un servicio de atención de pacientes de alta calidad, creando al mismo tiempo un medio propicio para lograr que la atención que se ofrece a los pacientes sea de la mejor calidad y que se logre la satisfacción del personal. Así pues, es posible rastrear los objetivos pri-

marios hasta el nivel de las tareas laborales de un individuo.

Los *objetivos secundarios* se utilizan para alcanzar los objetivos primarios y son, por lo general, responsabilidad del personal que desempeña tareas complementarias, tales como coordinación, interpretación, facilitación y análisis. Los objetivos secundarios también tienen por objeto que el desempeño de la organización se lleve a cabo de manera económica y eficaz. Por ejemplo, el departamento de personal no contribuye directamente a la atención de los pacientes, sino que lo hace indirectamente contratando empleados (personal de enfermería y auxiliares de enfermería) que, a su vez, proporcionan atención directa a los pacientes. El director de personal contribuye directamente a la consecución de los objetivos secundarios de la organización, que, a su vez, facilitan la consecución de los objetivos primarios (en este caso, atención de los pacientes).

Los *objetivos sociales* se refieren a la contribución que hace la organización a la sociedad. La comunidad impone ciertas condiciones, tales como la salud, la seguridad y prácticas laborales. La institución debe establecer los objetivos sociales necesarios para cumplir las condiciones mencionadas. La organización de atención de la salud puede contribuir al mejoramiento social, educativo y físico de la comunidad proporcionando mejores instalaciones y facilidades para dar la atención de salud, y ayudar al mejoramiento económico proporcionando empleo a los trabajadores dedicados a la atención de la salud.

Como se mencionó anteriormente, los objetivos también se pueden clasificar de acuerdo con el tiempo, pues éste constituye una variable importante y estrechamente relacionada con los objetivos de la organización. En relación con el tiempo, los objetivos de la organización se pueden clasificar en tres categorías: objetivos a largo plazo o proyectivos, objetivos a mediano plazo u objetivos alcanzables y objetivos a corto plazo o inmediatos.

Los objetivos proyectivos son los objetivos últimos o "ideales" de la organización. Podría tratarse de un objetivo que se debe cumplir en 25 años, gracias a los avances tecnológicos. Sin duda, resulta extremadamente difícil establecer un programa para este tipo de metas. Los objetivos a mediano plazo son mucho más alcanzables, se pueden realizar estimaciones exactas del tiempo y los gastos.

La tercera categoría se refiere obviamente al tipo de objetivos que se pueden alcanzar en el presente, sin ningún otro adelanto tecnológico. Por ejemplo, dotar a una unidad de cuatro camas para atención de coronariopatías con cuatro enfermeras especializadas, utilizar los servicios de computación en la planificación de los patrones de dotación de personal para las unidades clínicas o procesar los expedientes de los miembros del personal, estos representan algunos tipos de objetivos inmediatos que se pueden encontrar en los niveles inferiores de las organizaciones complejas. Los niveles superiores de las organizaciones se ocupan más de los objetivos proyectivos. La responsabilidad del administrador descansa en ver que se lleven a cabo todos estos objetivos en los diferentes niveles de la organización.

Se llama reforzamiento mutuo al hecho de que los objetivos de la organización y los objetivos individuales se cumplan simultáneamente. Por ejemplo, las instituciones de atención de salud se benefician cuando ayudan a los individuos a alcanzar sus objetivos; por tanto, son interdependientes. El concepto del reforzamiento mutuo en el logro de los objetivos se basa en *la Ley del afecto* de Thorndike (1911):

De las diversas respuestas posibles a las mismas situaciones, las que van acompañadas o seguidas de cerca por la satisfacción de la voluntad animal o humana, se relaciona, siempre y cuando los demás factores sean iguales, más estrechamente con la situación, de manera tal que cuando ésta vuelve a presentarse, es mucho más probable que se produzca nuevamente, las que van acompañadas o seguidas de cerca por el descontento de la voluntad animal o humana

debilitarán, siempre y cuando los demás factores sean iguales, las relaciones que existen entre ellas y la situación, de manera tal que, cuando ésta vuelve a presentarse, es mucho menos probable que se produzca nuevamente. Cuanto mayor sea la satisfacción o descontento, mayor será el fortalecimiento o debilitamiento de los lazos.

Un número abrumador de pruebas respalda la ley de Thorndike. Las principales generalizaciones que se pueden derivar de esta ley son que las respuestas recompensadas tienden a repetirse en situaciones dadas y que las respuestas no recompensadas tienden a ser discontinuas (DeCecco y Crawford, 1974; Thorndike, 1911).

Cuando los objetivos de la organización y de los individuos se refuerzan mutuamente, la organización prospera y lo mismo sucede con sus miembros. Por supuesto, es necesario que los dos tipos de objetivos sean compatibles, aunque no necesariamente idénticos. Explicaremos más a fondo este aspecto cuando analicemos las relaciones que existen entre los objetivos de la organización y los de los individuos.

En resumen, los objetivos de la organización comprenden diversos aspectos, que es preciso tener en cuenta cuando se trata de establecerlos y ponerlos en práctica. Los objetivos de la organización deben (1) indicar el nivel de la organización al que se aplica el objetivo, (2) indicar la fecha en la que se espera alcanzar el objetivo, (3) incluir criterios que determinen cuál es el desempeño aceptable y (4) estipular en un lenguaje específico, conductista y mensurable el tipo de desempeño, producto o servicio que se debe realizar.

Objetivos individuales

Como una institución de atención de salud es un sistema sociotécnico, los individuos constituyen sus elementos esenciales. Tradicionalmente, los teóricos clásicos (Taylor, 1919) consideraban los objetivos individuales en términos de la tarea y la perspectiva económica. Para ellos, el individuo alcanza su objetivo subordinándolo a los objetivos de la organización. Los teóricos conductistas (Argyris, 1957a; Davis,

1951, Mayo, 1945) consideraban los objetivos de los individuos desde un punto de vista psicosocial. Afirmaban que si las organizaciones integraban los objetivos de los individuos en sus sistemas y fomentaban de manera realista su consecución, la organización podría cumplir mejor sus propios objetivos. El enfoque clásico sostiene que los empleados trabajarán más arduamente si se les conceden recompensas materiales (Taylor, 1919). Chester Barnard (1938) fue uno de los primeros autores que reconocieron la existencia de otros factores de motivación además de las recompensas económicas.

Como hemos visto, los objetivos de un individuo se basan en las necesidades del individuo Murray y sus colaboradores (1938, p. 54) describieron una necesidad como "un proceso hipotético cuya realización se imagina con el fin de explicar ciertos hechos objetivos y subjetivos". Asimismo, definieron más a fondo la necesidad como "una fuerza que organiza la percepción, aperccepción, intelección, conación y acción de tal manera que transforman una situación insatisfactoria existente en un sentido determinado" (Murray y colaboradores, 1938, p. 124).

Existen tres factores fundamentales que afectan el comportamiento de los individuos en respuesta a una necesidad:

1. La naturaleza de la necesidad y cuán intensa sea. Un hambre o una sed intensa pueden exigir que se satisfaga de inmediato la necesidad comiendo o bebiendo.
2. La disposición física y mental o el carácter del individuo, por ejemplo, la fuerza física del individuo, los órganos sensoriales y la sensibilidad de su sistema nervioso, afectan el comportamiento al percibir las necesidades y los medios para satisfacerlas.
3. El medio físico y social del individuo.

Estos tres factores interactúan en diversos grados. Es posible observar que no hay dos personas que reaccionen de la misma manera a la misma situación, tampoco es forzoso que un individuo reaccione de la misma manera en diferentes ocasiones. Por lo

tanto, un factor importante para una organización eficaz es que el administrador de enfermería reconozca que cada una de las enfermeras que se encuentren bajo su supervisión tiene muchas necesidades que cambian constantemente y que afectan y dirigen el comportamiento de la enfermera.

Relación entre los objetivos de los individuos y los de la organización

El alcance total de la relación entre los objetivos de la organización y los de los individuos, puede variar desde un estado de oposición total, en el que la consecución de uno es exactamente opuesta a la del otro y existe un conflicto evidente entre los dos, o la oposición parcial, en la que existe cierto grado de acuerdo entre los dos objetivos, y a una relación neutra, en la que hay indiferencia en el sentido de que uno no perjudica al otro. Sin lugar a dudas, la relación compatible es aquella en la que los objetivos de la organización y los de los individuos están en armonía y la consecución de uno ayuda a la consecución del otro. Los individuos conservan sus identidades diferentes y, al mismo tiempo, respetan la necesidad de cooperación que tiene la organización. El éxito de la mayor parte de las organizaciones depende de la compatibilidad de los objetivos de la organización con los de los individuos. En el otro extremo de la gama, los objetivos de la organización y los de los individuos son iguales. Es posible que los individuos se subordinen por completo a los objetivos de la organización y permitan que ésta los controle. No se trata de una solución deseable, pero, por desgracia, existen compañías que consideran óptima esta situación.

Nuestra recomendación es que en vez de tratar de que los objetivos de la organización y de los individuos sean idénticos, las organizaciones deben tratar de que los objetivos de la organización y de los individuos se encuentren en una relación de colaboración que contribuya al éxito de ambos. Esta relación tiene como fin lograr la compatibilidad, no la conformidad.

Argyris (1957 *a y b*) afirma que existe un conflicto inherente entre los objetivos de la organización y los de los individuos, ya que la organización formal crea situaciones en las que los individuos se vuelven dependientes, subordinados y pasivos, y se les impide utilizar todo su potencial. Los conflictos se podrán evitar si la organización promueve un ambiente en el que se le conceda el mismo tiempo a la realización personal y a la realización de la organización.

Lonsdale (1964) también señaló que, para satisfacer las necesidades de los empleados, la organización ofrece ciertos estímulos o incentivos, esperando que así los empleados se sientan motivados a realizar sus tareas con eficiencia. La satisfacción del trabajo y la productividad que resultan constituyen el espíritu de cooperación.

Davis (1951) llama, mantener la moral u obtener el espíritu de colaboración al hecho de integrar los intereses de los individuos y los de la organización. Este proceso fomenta la independencia del individuo respecto a los objetivos personales y los de la organización. Una forma de lograr dicha integración consiste en incrementar la participación de los miembros del personal en el establecimiento de los objetivos, lo cual proporciona al empleado un sentimiento de valor o pertenencia.

Al igual que Davis, Drucker (1954) y muchos otros autores proponen que se adopte un enfoque participativo para fijar los objetivos. Drucker sostiene que se deben definir las metas del administrador de acuerdo con las contribuciones que cada uno pueda hacer para lograr el éxito de la compañía o departamento del que forman parte. Estos autores afirman que los individuos deben subordinar sus objetivos a los de la organización.

McGregor (1960) indica que esta integración es un reflejo de la manera en que los individuos perciben los objetivos de su organización como un medio para alcanzar sus objetivos personales. Cuanto más estrecha piensen que es la relación entre estos objetivos y los suyos propios, mayor

será su compromiso con la organización. Además, McGregor señala que la integración de los *O_i* y *O_g* depende de esta percepción y compromiso.

Probablemente, la integración comienza con la orientación y se ve fortalecida por la ampliación del trabajo, la dirección orientada hacia el empleado, la dirección democrática, la formación de grupos basados en las necesidades de los empleados y la toma de decisiones participativa. Asimismo, como ya vimos cuando analizamos la filosofía, es de suma importancia la delegación adecuada de autoridad.

Resulta evidente que si una organización conoce y aprecia los objetivos de los individuos, se encontrará en posesión de una herramienta eficaz. Todas las organizaciones existen porque ofrecen recompensas a cambio de las contribuciones que reciben y porque se estructuran de tal manera que proporcionan a los individuos la oportunidad de avanzar hacia la consecución de sus objetivos personales, de forma tal que contribuyen a la consecución de los objetivos fundamentales de la organización.

La mayor parte de las enfermeras afirmarán que se hicieron enfermeras para "involucrarse", para "ayudar a la gente" o por alguna motivación semejante. Dichos intangibles se deben tener en cuenta al planificar la estructura de la organización. Los objetivos no sólo se consideran bases sobre las cuales diseñar la organización, sino también herramientas para fomentar la motivación y el espíritu de trabajo en equipo. (Filley y House, 1969).

Filley y House formularon las cuatro proposiciones siguientes, que resumen lo que las teorías clásicas y modernas de la organización tienen que decir en cuanto a los objetivos:

1. La satisfacción del cliente o consumidor es necesaria para que la organización sobreviva, crezca y funcione como una entidad productiva. Si no es posible brindar ese valor, se obtendrá el efecto contrario, una entidad improductiva. Las investigaciones de Dent (1959) y Healey (1956) respaldan esta proposición. El estudio realizado por Dent reveló

que los administradores de organizaciones de gran tamaño que han crecido y tenido éxito, mencionaron como objetivos el servicio público y los productos de buena calidad con mucha más frecuencia que los administradores de compañías pequeñas que no han crecido ni tenido éxito. Healey estudió 445 compañías y obtuvo los mismos resultados. Levitt (1960) llegó a la conclusión de que las definiciones inapropiadas de los objetivos relacionados con el servicio deterioró la posición en el mercado de muchas industrias norteamericanas, incluyendo la de los ferrocarriles, el cine y el petróleo.

2. Si la organización funciona de modo tal que ofenda constantemente a la sociedad en general o a algunos de sus miembros en particular, tendrá que hacer frente a consecuencias desagradables. La investigación realizada por Bowen (1953) y los estudios de casos efectuados por Nader (1965) apoyan este punto de vista. Bowen estudió la preocupación de los hombres de negocios respecto a su sentido de responsabilidad social y las razones de dicha preocupación, y encontró que, cuando se les persuadía u obligaba a sentirse preocupados, las condiciones se volvían favorables. El estudio de Nader indicó sin lugar a dudas que la industria norteamericana no había sido capaz de reconocer y observar expectativas sociales.
3. El desempeño de los individuos mejora substancialmente cuando saben qué se espera de ellos, lo cual se logra definiendo con toda claridad los objetivos de la organización. El trabajo de autores tales como Raven y Rietsema (1957), Tomekovic (1962), Cohen (1959) y Kahn y sus colaboradores (1964), también respalda este punto de vista. Todos ellos llegaron a la conclusión de que, además de mejorar su desempeño, los trabajadores que comprendían los objetivos de su organización, presentaban un mayor sentimiento de pertenencia al grupo y un mayor compromiso para con las metas de éste, además, estaban mucho más motivados.
4. Cuando la consecución de un objetivo de la organización se considera al mismo tiempo como la consecución de un objetivo personal, será mayor la motivación para trabajar y la satisfacción que se derive del propio trabajo.

El estudio realizado por Thomas y Zander (1959) indicó que los hombres entrenados en la fuerza aérea que comprendían que su su-

pervivencia dependía de lo que aprendieran, alcanzaban un puntaje más alto en motivación, desempeño, fuerza física y espíritu de cooperación y presentaban una reducción en la tensión. Se sentían motivados para alcanzar los objetivos de la organización porque los consideraban un medio para alcanzar su objetivo personal, la supervivencia. Georgopoulos, Mahoney y Jones (1957) obtuvieron resultados similares.

Todos estos estudios indican que los sistemas en los que los individuos y grupos contribuyen a alcanzar el objetivo fundamental de la organización como un subproducto mientras tratan de alcanzar sus propios objetivos, tenían más éxito que los sistemas en los que los empleados subordinaban sus objetivos personales al objetivo fundamental de la organización.

UN EJEMPLO DE OBJETIVOS DE LA ORGANIZACIÓN Y DE LOS INDIVIDUOS

Objetivo central de la organización

Al final de un período determinado de tiempo (año, mes, día o turno) y cuando se cuenta con (1) el sistema de la organización de atención de la salud (estructura, comunidad y medio), (2) las políticas, procedimientos y limitaciones de la institución y (3) los recursos apropiados (financieros y de personal), el departamento de enfermería de un hospital o de cualquier otra institución de atención de la salud será capaz de brindar (1) calidad de atención, directa e indirecta, a todos los pacientes durante las 24 horas del día y (2) un medio físico y conceptual que favorezca la consecución de los objetivos de la organización y de los individuos. Hemos establecido que los criterios de desempeño aceptable para este objetivo primordial son del 85%.

Elegimos este aspecto crítico porque creemos en el desempeño en el nivel de dominio perfecto. Este concepto de aprendizaje o desempeño a nivel de dominio perfecto fue concebido en un principio por Block (1971), Bloom (1971) y Carrol (1963) y se aplicó a un modelo de aprendizaje escolar. El concepto de desempeño o apren-

dizaje a nivel de dominio perfecto postula que, si se concede el tiempo suficiente y se brinda la ayuda adecuada, el 95% de los estudiantes distribuidos de acuerdo con una curva normal (el 5% más alto, más el 90% que le sigue) pueden aprender una materia o realizar una tarea con un alto nivel de perfección. Como no somos tan optimistas como estos investigadores, hemos fijado el nivel de dominio en un 85%.

Antes de mencionar los objetivos que contribuyen, definiremos funcionalmente los términos específicos utilizados en el objetivo primordial.

La atención *directa* del paciente se refiere a las situaciones en las que la atención dada a cada paciente es de primera mano, el paciente y la enfermera tienen contacto directo, por ejemplo, al bañar al paciente, administrarle un medicamento y conversar con él.

La atención *indirecta* del paciente se refiere a las situaciones en las que se realizan tareas lejos de los pacientes, pero en su nombre y para su bienestar, tales como dar un informe a otra enfermera respecto a las condiciones físicas y mentales del paciente, llamar al departamento de rayos X para asegurarse de que están preparados para recibir al paciente para el tratamiento con rayos X, llamar al laboratorio para preguntar los resultados del examen sanguíneo o limpiar el ambiente que rodea el paciente.

La *calidad* de la atención se relaciona con los estándares de la atención que reciben los pacientes todos los días. Se trata de una situación en la que se brinda una atención segura y se satisfacen las necesidades o resuelven los problemas físicos, sociales y psicológicos del paciente. La calidad de la atención también se puede medir en términos del número de horas de atención directa que reciben los pacientes cada día. Asimismo, se trata de la situación en la que los pacientes pueden expresar verbalmente su satisfacción o descontento con el tipo de atención de enfermería que reciben diariamente.

Objetivos contributivos

Para lograr especificidad y claridad, los objetivos contributivos se clasifican en cinco categorías. Estos objetivos no constituyen de ninguna manera una lista completa pero pueden servir de muestra. Cada organización debe adaptar sus propios objetivos y diseñarlos de acuerdo con sus propias necesidades. Estos objetivos corresponden al departamento de enfermería de una institución de atención de salud y, por ende, es responsabilidad del administrador de enfermería lograr que se cumplan

- 1 Objetivos contributivos relacionados con la prestación de la atención de los pacientes
 - a Bosquejar y diseñar la estructura humana mediante la cual se puede obtener la planificación coordinada necesaria para satisfacer las necesidades de atención de los pacientes
 - b Crear y poner en práctica un programa para brindar atención de enfermería de alta calidad a todos los pacientes y fijar las normas para dar servicios de atención de alta calidad, que incluye
 - (1) Establecer políticas y procedimientos por escrito con el objeto de poner en práctica el programa de atención de enfermería
 - (2) Poner en práctica un programa en el que el personal profesional de enfermería elabore, ponga en práctica y evalúe por escrito un plan de atención para cada paciente. El plan de atención deberá actualizarse de acuerdo con los cambios producidos en las necesidades del paciente y deberá incluirse en el expediente del paciente
 - (3) Planificar y dotar de personal todas las unidades clínicas con personal de enfermería calificado (profesional y no profesional), todos los pacientes reciben una atención óptima en cuanto a la proporción entre el número de horas de atención profesional y el número de horas de atención no profesional que recibe cada paciente diariamente.
 - (4) Planificar y poner en práctica un programa en el que una enfermera profesional determine. (a) las necesidades de atención de enfermería, (b) asuma las responsabilidades que exijan capa-

- cidad y criterio profesionales, (c) asigne y supervise la atención que pueden brindar las enfermeras generales y las auxiliares de enfermería y las actividades que puede realizar otro tipo de personal
- c Planificar y asegurar los recursos necesarios (personas, dinero y tecnología) para poder brindar a todos los pacientes una atención de alta calidad
 - d Planificar y conservar el equilibrio del sistema del departamento de enfermería y de los elementos que lo constituyen, controlando y equilibrando los insumos (tales como carga de pacientes, persona, dinero y cambios necesarios) y los productos (tales como atención o servicios prestados a los pacientes y a los empleados) del departamento de enfermería
 - e Planificar y poner en práctica un programa de investigación dedicado a los problemas de la atención de los pacientes y de los servicios de enfermería
 - f Emplear la evaluación del proceso administrativo de los servicios de enfermería para determinar la eficacia del departamento, y utilizar estos datos evaluatorios como mecanismo de retroalimentación para predecir, modificar y establecer nuevos objetivos a fin de mejorar la distribución del servicio de atención de los pacientes y satisfacer con más eficacia las necesidades de los empleados
2. Objetivos contributivos de la organización que orientan la creación de un medio físico
- a Estimar las necesidades del departamento de servicios de enfermería y diseñar un sistema de operación para controlar y utilizar las instalaciones, equipo y suministros. Para lograr este objetivo, el administrador de enfermería debe
 - (1) Desarrollar planes y políticas que aseguren y mantengan la utilización óptima de las instalaciones, equipo y suministros, en beneficio de la atención de los pacientes
 - (2) Proveer recursos monetarios suficientes para que el servicio de enfermería asegure el funcionamiento de su sistema (disponibilidad de recursos para suministros, equipo, salarios e instalaciones educativas)
 - (3) Evaluar periódicamente la calidad de las facilidades para satisfacer las necesidades de los pacientes y del personal
- y para determinar los programas educativos
- (4) Proporcionar y mantener niveles óptimos en las condiciones físicas de trabajo (iluminación, calefacción, seguridad y ventilación) poniendo un énfasis especial en la prevención de accidentes de los pacientes y en que el personal mantenga las prácticas de higiene y rehabilitación
- b Crear una *estructura humana* que sea congruente con los objetivos de atención de los pacientes y de toda la organización de las facilidades de atención de la salud, puesto que la estructura humana representa un aspecto importante del medio físico de una organización
 - c Elaborar un organigrama* por escrito, que sea actual y delimite la responsabilidad, autoridad y relaciones de todos los puestos dentro del departamento de enfermería, describa y defina las relaciones dentro del departamento (relaciones del personal directivo y asesores) y precise las relaciones interdepartamentales e interinstitucionales
 - d Elaborar políticas y procedimientos por escrito para poner en práctica el plan de la organización relativo a las relaciones dentro del departamento, interdepartamentales e interinstitucionales
 - e Establecer un sistema o un canal de comunicación (oral o escrita) que sea congruente con el plan global de la organización y transmita información exacta, tanto vertical como horizontalmente, a las personas apropiadas y en el momento preciso
3. Objetivos contributivos de la organización que contribuyen en el establecimiento de un medio conceptual
- a Crear un ambiente (proporcionando a todos los empleados el tiempo y el lugar) en el que el personal se pueda reunir con el administrador de servicios de enfermería y con sus superiores inmediatos para expresar sus opiniones personales, preferencias, quejas, satisfacción, preocupaciones y recomendaciones que afecten la atención de los pacientes y su propio bienestar y condiciones de trabajo

*Un organigrama es un medio visual que representa el diseño simbólico de la *estructura humana* o de la *estructura de los puestos* e indica la responsabilidad y autoridad

- b Lograr la aceptación y tolerancia de los puntos de vista válidos de los demás, en cuanto a la atención de los pacientes o aspectos específicos de su situación laboral
 - c. Crear un medio que brinde recompensas a los empleados cuando su comportamiento haya sido adecuado, el administrador de enfermería, supervisor o enfermera jefe pueden reforzar positivamente al empleado elogiando o agradeciendo a la persona que haya desempeñado sus funciones de manera óptima y cumplido los objetivos de la organización
 - d Delegar la responsabilidad para la toma de decisiones hasta el nivel más bajo posible
 - e Consultar a los empleados respecto a sus puntos de vista, percepciones y expectativas en lo que se refiere a su función específica, comparados con los de la organización, y determinar cuán compatibles son entre sí
 - f Brindar al patrono la oportunidad de utilizar todo el potencial del empleado
- 4 Objetivos contributivos de la organización que ayudan en la consecución de los objetivos de los individuos.
- a. Desarrollar políticas del personal de enfermería que sean congruentes con las políticas de todo el personal de la institución de atención de la salud, y que (1) definan y describan específicamente las áreas de responsabilidad de cada puesto y (2) protejan y salvaguarden al empleado de los grupos externos de presión.
 - b Explicar a cada uno de los empleados los objetivos y las políticas de la organización y el papel que el empleado desempeña en la consecución de dichos objetivos
 - c. Dar a todos los empleados una copia de la descripción del puesto que ocupan y los objetivos inherentes a ese puesto.
 - d. Explicar a los empleados la descripción de los puestos y los objetivos.
 - e. Utilizar estos objetivos para evaluar con justicia cómo desempeña sus funciones el empleado y para concederle aumentos y promociones.
 - f. Brindar orientación adecuada, entrenamiento en el trabajo y oportunidades de continuar estudiando y aprendiendo, de manera tal que los empleados puedan conservar su competencia como tales, mantenerse al día respecto a los avances actuales de la tecnología relacionada con la enfermería y continuar superándose.
- g Brindar a los diferentes niveles del personal profesional de enfermería la oportunidad de participar en la planificación puesta en práctica, evaluación y revisión de las políticas, procedimientos y programas relacionados con la educación en servicio, que afectan la consecución de los objetivos de la organización (atención de alta calidad a los pacientes) y de los objetivos de los individuos (realización y satisfacción personales).
 - h. Colocar a los empleados en puestos que estén de acuerdo con las características de su personalidad, potencial y capacidad
 - i. Proporcionar seguridad en el trabajo y recompensas materiales que sean equiparables con las que existen en otras partes para puestos semejantes
 - j Establecer programas de salud, bienestar y seguridad en beneficio de los empleados
- 5 Objetivos contributivos individuales
- a Todos los empleados deberán tener una copia de las políticas de personal que se refieren directamente a asuntos tales como contratación, despido, licencia para enfermedad, prima de vacaciones y prestaciones.
 - b Todos los empleados deberán tener una copia de los objetivos de la organización que afectan la atención de los pacientes, el mantenimiento del medio conceptual y físico y a los empleados
 - c Todos los empleados deben tener una copia escrita de los objetivos personales
 - d Todos los empleados deberán tener una copia de la descripción del puesto que ocupen con las consiguientes especificaciones responsabilidades, funciones, tareas y deberes específicos y categorías de salarios.
 - e Todos los empleados deberán demostrar que conocen y comprenden las políticas de personal pertinentes
 - f Todas las personas encargadas de la contratación de personal deberán demostrar, ya sea por escrito u oralmente, que conocen los objetivos de la organización relacionadas con la atención de los pacientes, el medio físico y conceptual y los empleados
 - g Todos los empleados deberán demostrar que conocen y comprenden los objetivos y expectativas personales.
 - h. Todos los empleados deberán demostrar que conocen y comprenden la descripción

del puesto que ocupan en lo que se refiere a responsabilidades, funciones, tareas y deberes específicos y categorías de salarios.

- i Los empleados deberán ser capaces de aplicar los conocimientos adquiridos respecto a las políticas de personal y de la organización a las situaciones de trabajo.
- j El empleado deberá ser capaz de aplicar todos los conocimientos adquiridos en la consecución de los objetivos de la organización tales como el ofrecimiento óptimo de atención a todos los pacientes que se le asignen y empleo eficaz de las instalaciones y equipo del hospital
- k El empleado será responsable de la consecución de los objetivos personales
- l El empleado deberá ser capaz de utilizar los conocimientos adquiridos, en el desempeño de las funciones específicas establecidas en la descripción del puesto; por ejemplo, asumir la autoridad y responsabilidad correspondientes a su puesto y asumir funciones específicas (jefe de equipo, miembro de un equipo o enfermera jefe) en el desempeño de distintas tareas y deberes
- m Todos los empleados tendrán libertad para expresar sus sentimientos y opiniones acerca de (1) políticas tanto de personal como de la organización, (2) objetivos de la organización, (3) objetivos de los individuos, (4) especificación de los puestos, (5) oportunidades de superación personal y (6) satisfacciones e insatisfacciones experimentadas en el trabajo
- n Todos los empleados tendrán la obligación de asistir y participar, cuando se los invite, en los programas de orientación, talleres de educación continua y sesiones de planificación y toma de decisiones

Creemos que establecer las definiciones de metas y objetivos e indicar cómo las pueden utilizar las organizaciones y los individuos, constituye una de las tareas más complejas y absorbentes. No obstante, consideramos que vale la pena realizar la planificación, emplear los esfuerzos y aún la lucha, necesarios para establecer procedimientos como los que hemos presentado en este capítulo. En pocas palabras, el establecimiento de metas y objetivos *funciona* si se hace bien.

BIBLIOGRAFIA

- Argyris, C. The individual and organization some problems of mutual adjustment, *Admin Sci Q* 2 (1) 1-24, 1957a
- Argyris, C. Personality and organization the conflict between system and the individual, New York, 1957b, Harper & Row, Pubs
- Barnard, C. The functions of the executive, Boston, 1938, Harvard Business School Division of Research
- Block, J. H., editor. Mastery learning theory and practice, New York, 1971, Holt, Rinehart & Winston, Inc
- Bloom, B. Learning for mastery. In Bloom, B., Hastings, J. T., and Madaus, G. E., editors. Formative and summative evaluation of student learning, New York, 1971, McGraw-Hill Book Co., pp 43-57
- Bowen, H. R. The businessman's view of his specific responsibilities. In Richard, M. D., and Nielander, W., editors. Readings in management, ed 2, Cincinnati, 1953, South-Western Pub Co
- Carroll, J. A model of school learning, *Teacher's College Record* 64 723-733, 1963
- Cleland, D. I., and King, W. R. Management a systems approach, New York, 1972, McGraw-Hill Book Co
- Cohen, A. R. Situational structure, self-esteem and threat-oriented reactions to power. In Cartwright, D., editor. Studies in social power, Institute for Social Research, Ann Arbor, 1959, University of Michigan Press
- Davis, R. C. Fundamentals of top management, New York, 1951, Harper & Row, Pubs
- DeCecco, J. P., and Crawford, W. The psychology of learning and instruction. educational psychology, ed 2, Englewood Cliffs, N. J., 1974, Prentice-Hall, Inc
- Dent, J. K. Organizational correlates of the goals of business management, *Personnel Psychol* 12 365-393, 1959
- Drucker, P. F. Practice of management, New York, 1954, Harper & Row, Pubs
- Filley, A. C., and House, R. J. Management process and organizational behavior, Glenview, Ill., 1969, Scott, Foresman & Co
- Georgopoulos, B. S., Mahoney, G. M., and Jones, N. W., Jr. A path goal approach to productivity, *J Appl Psychol* 41 345-353, 1957
- Georgopoulos, B. S., and Mann, F. C. The community general hospital, New York, 1962, Macmillan Pub Co., Inc
- Goddard, H. A. Principles of administration applied to nursing service, World Health organization, Monograph Series No 41, Geneva, 1958, Palais des Nations
- Healey, J. H. Executive coordination and control, Bureau of Business Research, Columbus, Ohio, 1956, Ohio State University Press
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snock, J. D., and Rosenthal, R. A. Organizational stress

- studies in role conflict and ambiguity, New York, 1964, John Wiley & Sons, Inc
- Kast, F. E., and Rosenzweig, J. E. Organization and management: a systems approach, New York, 1970, McGraw-Hill Book Co
- Levitt, T. Marketing myopia, *Harv Bus Rev*, July-August 1960, pp. 45-56.
- Lonsdale, R. C. Maintaining the organization in dynamic equilibrium. In Griffiths, D. D., editor: Behavioral science and educational administration, the 63rd Yearbook of the National Society for the Study of Education, Chicago, 1964, The University of Chicago Press, pp 142-177.
- Mayo, E. The social problems of an industrial civilization, Cambridge, 1945, Harvard University Press
- McGregor, D. The human side of enterprise, New York, 1960, McGraw-Hill Book Co
- Murray, H. A. Exploration in personality, New York, 1938, Oxford University Press, Inc
- Nader, R.. Unsafe at any speed, New York, 1965, Grossman Publishers.
- Raven, B. H., and Rietsema, J.. The effects of varied clarity of group path upon the individual and his relationship to his group, *Hum. Relat.* 10(1) 29-45, 1957
- Taylor, F. W.: Principles of scientific management, New York, 1919, Harper & Row, Pubs
- Thomas, E. J., and Zander, A.. The relationship of goal structure to motivation under extreme conditions, *J Individ Psychol* 15:121-127, 1959
- Thorndike, E. L. Animal intelligence, New York, 1911, Macmillan Pub Co., Inc.
- Tomekovic, T. Level of knowledge of requirements as a motivational factor in the work situation, *Hum. Relat.* 15(3) 197-216, 1962.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- Dimmock, M. E.: A philosophy of administration, New York, 1958, Harper & Row, Pubs.
- Duce, L. A. A philosophic dimension of administration, *Hosp. Admin.* 11(3): 6-22, 1966.
- Hicks, H.: The management of organizations: a systems and human resources approach, ed. 2, New York, 1972, McGraw-Hill Book Co
- Mager, R. Preparing objectives for programmed instruction, Belmont, Calif., 1961, Fearon Publishers.
- McGregor, D. The human side of enterprise, New York, 1960, McGraw-Hill Book Co.
- Moore, M. A.: Philosophy, purpose and objectives. Why do we Have them? *J Nurs. Admin.* 1(3):3-14, 1971.
- Palmer, J. Management by objectives, *J. Nurs. Admin.* 1(1). 17-23, 1971
- Selznick, P.: Leadership in administration, New York, 1957, Harper & Row, Pubs.
- Skapura, J. A.: Management by objectives: a systematic way to manage change, *J. Nurs. Admin* 1(2) 52-56, 1971.
- Tosi, H. L., and Carrol, J. S.: Management reaction to management by objectives, *Acad. Man. J* 11(4): 415-426, 1968

4

Proceso administrativo compuesto: actos físicos y conceptuales

Este capítulo trata de los dos tipos de actos administrativos que constituyen el proceso administrativo compuesto: (1) conceptuales (planificación y organización) y (2) físicos (dirección y control) (Fig. 4-1). Estos dos tipos de actos bosquejan las funciones del administrador de servicios de enfermería. Las funciones esenciales para crear el diseño de una organización y formular un plan de acción, establecer el propósito y los objetivos de la organización tomando como base sus recursos y las necesidades del puesto; determinar el tipo de planificación que debe llevar a cabo el administrador para hacer posible el crecimiento, una estrategia inteligente, y poder dar respuesta al "qué", "cómo" y "cuándo" de los servicios que se van a proporcionar; determinar el tipo de estructura que debe tener la organización, así como el personal y la educación necesaria; establecer los tipos de control que debe ejercer el administrador para que la institución no deje de estar actualizada y sea capaz de adaptarse a circunstancias imprevistas y cambiantes, y establecer un mecanismo para evaluar periódicamente todas estas funciones, especialmente cuando la información proporcionada por los mecanismos de control presenta discrepancias desusadas. El elemento fundamental del proceso administrativo es la coordinación.

Es posible instituir un servicio de salud viable si se concentra la atención en el di-

seño básico de una instalación de salud, la dirección que sigue, su esquema de operación y la relación que existe entre sus partes. La clave del éxito radica en el proceso administrativo.

PLANIFICACION

En 1952, Finer escribió: "Ninguna época consideró la planificación con tanto respeto y familiaridad como el siglo XX", hoy en día, casi 25 años después, el énfasis puesto en la planificación es de vital importancia para el buen funcionamiento, y uno se pregunta por qué. Las organizaciones de atención de salud son estructuras complejas y dinámicas, siempre sujetas a presiones ambientales externas, impuestas por las fuentes de recursos económicos, dependencias gubernamentales y organismos de la comunidad, grupos profesionales, sindicatos, proveedores y competencia de otras instituciones semejantes. Por otra parte, cuando el personal y los procedimientos de la organización responden a estas presiones ambientales se crean nuevos factores que propician la adaptación interna.

Como afirmaron Lawrence y Lorsch (1969), cuando una organización existe en un medio sumamente diferenciado y turbulento, caracterizado por complejas interdependencias entre un sinnúmero de organizaciones y dentro de ellas, debe tener una

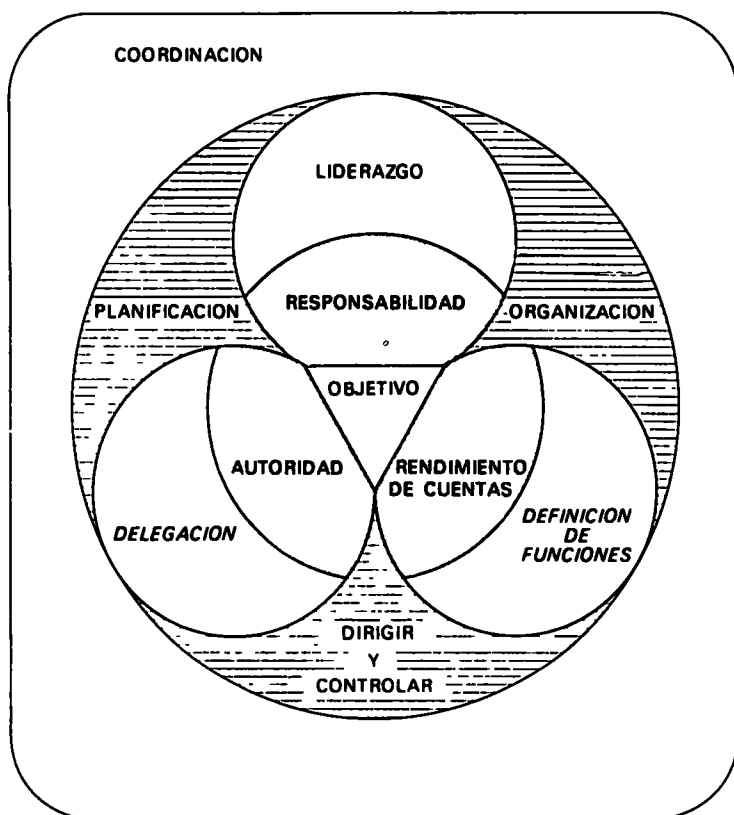


Fig. 4-1. Funciones administrativas

estructura de organización menos formal, pues una estructura menos formal y menos diferenciada le permite responder satisfactoriamente a las presiones ambientales que cambian constantemente. Las organizaciones modernas de atención de salud, existen en entornos agitados y cambiantes, como los que acabamos de mencionar. No pueden funcionar con una estructura codificada; deben ser flexibles y, para ello, es necesario planificar en todos los niveles de la administración. La planificación puede ser formal e informal, se puede llevar a cabo mediante una amplia variedad de mecanismos tales como comités, planificadores profesionales o administradores ayudados por su personal y puede cambiar de acuerdo con la organización. Todos los administradores de servicios de enfermería se encontrarán con una estructura única de organización y tendrán que hacer frente

a las cambiantes exigencias que constituyen los insumos de la planificación. En consecuencia, hacemos hincapié en el proceso de la planificación, basado en los principios fundamentales de la misma.

NATURALEZA DE LA PLANIFICACION

Según Henri Fayol (1947, p. 43): "si la predicción no representa la totalidad de la administración, por lo menos es una parte esencial de la misma. En este contexto, predecir significa evaluar el futuro y tomar las medidas pertinentes para el mismo; es decir, la predicción implica la acción". La planificación es el acto o proceso de interpretar los hechos de una situación, determinar el curso de acción que se seguirá en virtud de todos los hechos existentes y del objetivo buscado, detallar todos los pasos que se deben tomar para seguir el curso de

acción decidido, hacer las provisiones necesarias para llevar el plan a una feliz conclusión y establecer comprobaciones y balances para ver cuánto se aproxima el desempeño al plan.

La planificación es un requisito para el buen funcionamiento del departamento de servicios de enfermería, y es la primera habilidad conceptual que debe poseer el administrador de servicios de enfermería. Sin la planificación, el administrador no puede satisfacer las demandas y los estándares de la organización. La planificación es esencial si se desea evitar los retrasos en los servicios de enfermería, eliminar el desperdicio de habilidades profesionales y equipo, emplear con eficacia las instalaciones físicas y utilizar eficientemente al personal en la atención de los pacientes. La capacidad de planificar constituye uno de los requisitos primordiales de los administradores. Los administradores no merecen la confianza del personal a menos que estén dispuestos a planificar para y con él.

Es posible utilizar una amplia variedad de parámetros para clasificar el proceso y los resultados de la planificación. Algunos conceptos útiles para bosquejar un problema específico de planificación son alcance, nivel, tiempo, materia, grado de detalle, propósito y grado de control (Levey y Loomba, 1973). Dichas clasificaciones son relativas y muy rara vez se excluyen unas a otras. Por ejemplo, los administradores de servicio de enfermería pueden considerar cuatro áreas diferentes de planificación de las que son responsables: (1) extensión y expansión de los servicios de enfermería, (2) mejoría en la recuperación de los pacientes, (3) mayor eficacia en el empleo del personal y (4) incremento de la satisfacción del personal. Probablemente, los planes a largo, mediano y corto plazo impliquen diferentes escalas de tiempo en las distintas áreas de planificación y resulta evidente que habrá una superposición en el alcance de las definiciones de estas áreas.

Tipos de planificación: estratégica y táctica

Existen muchos criterios para clasificar los distintos tipos de planificación, pero existe una clasificación especialmente útil, la diferenciación entre la planificación estratégica y la táctica (Levey y Loomba, 1973). La planificación estratégica es el proceso mediante el cual se determinan las metas y directrices básicas de una organización. La planificación estratégica es a largo plazo y abarca tanto los fines como los medios. Por el contrario, los planes tácticos se ocupan de periodos más cortos, tienen un alcance menos amplio y son más limitados y detallados, asimismo, son más flexibles, mientras que los planes estratégicos precisan grandes asignaciones de recursos y no se pueden alterar con facilidad una vez que se ha comenzado a ponerlos en práctica. Los planes tácticos siempre se crean para respaldar algún plan estratégico más amplio. Un directivo administrador debe posponer la aprobación de un plan si éste no demuestra ser sólido y estable. Si el plan de un administrador no es realista, resulta inaceptable. Las personas designadas para poner en práctica dicho plan pueden criticarlo y sentirse confundidas por la ambigüedad de una proposición cuyos fines son demasiado vagos. Algunos ejemplos de planificación estratégica en el campo de la salud podrían ser la elección del lugar y el diseño de una nueva instalación de atención de salud, y la decisión acerca del grado de relación interinstitucional o el alcance de los servicios de salud en ese momento. La planificación táctica incluye dotar de personal las unidades clínicas para la atención de los pacientes, presupuestar, determinar la admisión y programación de pacientes, efectuar las compras necesarias, controlar el inventario y dar mantenimiento al equipo.

Proceso de planificación

FUERZAS

El servicio de enfermería siempre se ha preocupado por la planificación, pero año

tras año surgen nuevas fuerzas que exigen más planificación y de mejor calidad.

Las fuerzas que participan en la planificación se pueden clasificar convenientemente en dos grupos: fuerzas internas y fuerzas externas. Las fuerzas externas actúan fuera de la institución y se encuentran más allá del control del administrador de servicios de enfermería. Las fuerzas internas actúan dentro de la institución y, por lo general, pueden ser controladas por el administrador.

Las fuerzas externas pueden ser (1) el paciente, el usuario, en un nuevo rol, (2) la obligación de la comunidad y (3) las relaciones de planificación en toda el área. Las fuerzas internas surgen de la responsabilidad de planificar que tiene el administrador de servicios de enfermería.

En los últimos años, los pacientes han adquirido nueva y mayor iniciativa e influencia en la planificación de la atención de la salud y en la evaluación de su calidad. Los medios de los que disponían los pacientes en el pasado para juzgar la atención que recibían eran muy limitados. Hoy en día, la mayor parte de los pacientes admitidos en un hospital han previsto la necesidad que tendrán de atención, mediante alguna forma de pago previo. El paciente potencial no es un intruso en los sistemas de atención de la salud. Los posibles pacientes han iniciado una relación constante con los hospitales y con los médicos. En la actualidad, los hospitales están en contacto íntimo, incómodo, aunque de vital importancia, con pacientes más exigentes, departamentos estatales de seguros, etc., el público hace cada vez más preguntas, exige más explicaciones, participa más y desafía las políticas establecidas en el pasado.

Jenkins (1964) describe al público, con su cambio de actitud respecto a los hospitales, como más complejo y mucho más consciente de lo que desea obtener de los servicios de salud. El público ha llegado a aceptar al hospital como el centro de salud de la comunidad.

En algunas ciudades han surgido instituciones dedicadas a la planificación de hos-

pitales; su función consiste en lograr un empleo más eficaz de todo el personal de salud y de las facilidades existentes en la zona donde se establezcan. La planificación coordinada de salud se considera un factor esencial del desarrollo económico y cultural de una comunidad, comparable con los programas eficientes de transporte, seguridad pública, educación y seguridad social.

Las fuerzas internas de la planificación exigen que se determine la responsabilidad de la planificación y que se la delegue a través del personal directivo de administración. Otra exigencia planteada es que se debe evaluar la planificación; dicha evaluación, a su vez, servirá de pauta para la planificación futura.

El proceso de la planificación comienza con un análisis del sistema, con el establecimiento de los objetivos (metas) de la organización, y culmina con la puesta en práctica y el control de los planes estratégicos y tácticos (Fig. 4-2). Se trata de un proceso continuo caracterizado por siete fases interdependientes, muchas de las cuales se pueden presentar al mismo tiempo. Para emprender un programa de planificación, el administrador de servicios de enfermería considera cada una de ellas, ya sea explícita o implícitamente.

ETAPAS

Etapa 1—análisis y evaluación del sistema. El análisis del sistema existente constituye el primer paso para formular los planes estratégicos. Según Churchman (1968) existen cinco factores fundamentales, inherentes al análisis del sistema como una unidad y son (1) objetivos y medidas de desempeño, (2) el ambiente y las limitaciones permanentes, (3) recursos, (4) actividades, metas y medidas de desempeño de los subsistemas y (5) funcionamiento.

El administrador puede basarse en estos puntos generales para tomar decisiones rápidas y hacer planes conforme sea necesario. De esta manera, el pensamiento sistemático puede comenzar a convertirse en un hábito y el tiempo necesario para realizar un estudio sistemático no representará

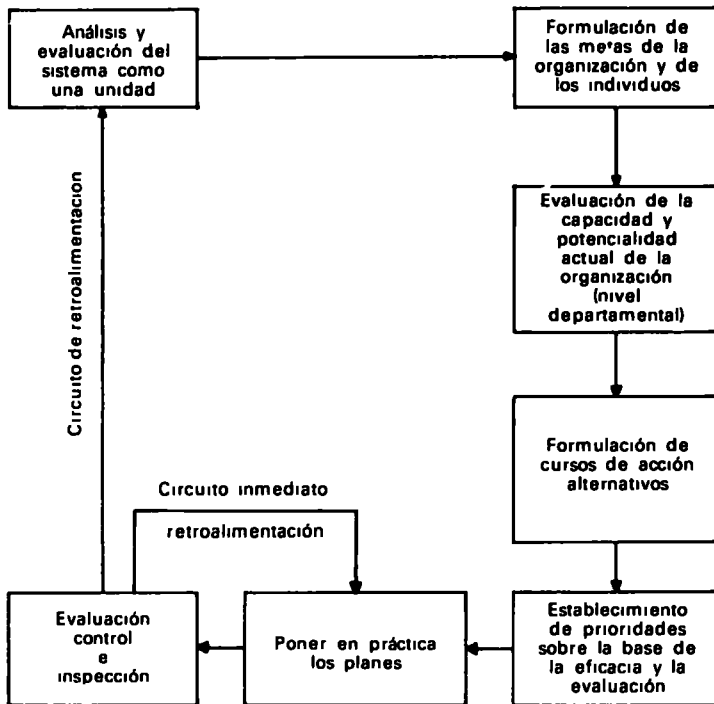


Fig. 4-2. Enfoque de sistemas para el proceso de planificación

ningún problema cuando haya que tomar decisiones correctas e inmediatas.

El estudio general, siempre y cuando se mantenga actualizado, significará que la determinación de objetivos y políticas, así como la evaluación de la situación general existente, serán fases del proceso de planificación que no se detienen e inician una y otra vez, sino que, por el contrario, son estables y confiables. Esta perspectiva le permitirá al administrador de servicios de enfermería y a sus colaboradores concentrar su atención en el diseño y rediseño de las operaciones conforme vaya siendo necesario.

En general, las implicaciones de esta fase de análisis y evaluación del sistema son de tres tipos (1) las implicaciones hacen que los administradores cobren conciencia del sistema como un sistema abierto, de manera que pasan de la planificación táctica a la estratégica, (2) obligan a los administradores a definir el propósito del sistema y las medidas particulares de de-

sempño que se deben asignar al sistema y (3) el análisis de los recursos y limitaciones del sistema proporciona la información necesaria para crear la estrategia de la organización.

Como señalan Levey y Loomba (1973, p. 279), esta etapa responde a la pregunta, ¿dónde nos encontramos en el momento presente? Se trata de una pregunta que es preciso contestar si se quieren obtener respuestas concretas y satisfactorias a otras dos preguntas, ¿Adónde queremos ir? y ¿cómo lo hacemos?

Etapa 2—formulación de las metas de la organización y de los individuos. La segunda etapa ayuda a identificar los fines hacia los cuales la administración desearía que se dirigiera el sistema durante un periodo determinado de tiempo. En esta etapa es preciso definir un programa a fin de cumplir con las metas establecidas. Para elaborar el programa, es necesario evaluar las metas desde tres puntos de vista: la prioridad, el tiempo y la estructura.

La prioridad de las metas no sólo implica que en un momento determinado la consecución de una meta sea más importante que la de otras, sino que también nos dice algo respecto a la importancia de algunas metas sin tener en cuenta el tiempo. Una vez se fijan los objetivos, es necesario enunciarlos con claridad y precisión.

Si el administrador de servicios de enfermería pone sus ideas creativas en términos de objetivos específicos, por ejemplo, (1) sobrepasar las metas de los servicios, dar mayor atención a los pacientes, (2) mayor progreso de los pacientes, mejor atención de los pacientes, (3) empleo más eficaz del personal para lograr los puntos 1 y 2, y (4) mayor satisfacción del personal, es decir, reducción del retiro y entrada de nuevo personal, en especial entre el personal profesional de enfermería de la organización y, si el administrador de servicios de enfermería posee un concepto claro de las metas estratégicas de su organización, podrá comenzar a plantear preguntas tales como, ¿Son el equipo de enfermería y el equipo de salud adecuados para alcanzar la meta? Por tanto, será capaz de comparar las posibles respuestas con estos objetivos específicos

Etapas 3—evaluación de la potencialidad y capacidad actuales de la organización. Un administrador de servicios de enfermería no puede establecer metas ni objetivos realistas si desconoce las capacidades actuales de la organización y, en especial, las de su departamento. En todos los subsistemas y niveles de la organización se debe llevar a cabo una autoevaluación completa, a fin de obtener un panorama exacto de todo el sistema. lo anterior exige una planificación cooperativa por parte de todos los jefes de departamento. A medida que cada departamento funcional de la organización realiza la autoevaluación, la información que se vaya obteniendo indicará las capacidades actuales del sistema. La información describirá (1) los recursos disponibles, (2) los puntos fuertes y débiles y (3) las oportunidades y limitaciones existentes en los medios interno y externo.

El administrador de servicios de enfermería puede generar información relacionada con el personal, equipo y recursos de espacio físico, así como sobre los puntos fuertes y débiles de los patrones de comunicación entre los miembros del personal, programas de atención en el hogar y sistemas de horarios. El administrador de servicios de enfermería también puede generar la información correspondiente a las relaciones entre su departamento y los demás departamentos, así como las de grupos de profesionales o sindicatos, o generar estimaciones de las exigencias del público respecto a la atención de enfermería.

En esta etapa, toda la predicción debe comenzar a corresponder a las realidades de la organización. Resulta sencillo crear el plan ideal, pero dicho plan será inútil si no se dispone de los recursos necesarios para ponerlo en práctica. La verdadera planificación tiene en cuenta todas las limitaciones y recursos de una situación determinada; factores tales como la escasez de equipo y la falta de fondos adecuados se convierten de inmediato en una orden perentoria y en un desafío para la capacidad de improvisación del planificador.

Etapas 4—formulación de cursos de acción alternativos. Esta etapa incluye la determinación de los medios, gracias a los cuales se cumplirán las metas y objetivos de la organización. El administrador de servicios de enfermería puede conceptualizar (1) el hecho de incrementar las enfermeras profesionales en la planta de personal (por ejemplo, las que tengan antecedentes en salud pública pueden trabajar como coordinadoras de la atención en los hogares) y (2) la ampliación del equipo de enfermería a fin de que incluya al equipo de salud. En esta etapa se pueden considerar otros cursos de acción; lo anterior puede significar crear diferentes medios para satisfacer las exigencias y necesidades de los pacientes y de la comunidad, quizá solicitando ideas al personal. Las opciones deben ser evaluadas para determinar su factibilidad y el efecto que tendrán en el estado de salud. Durante esta fase de la planifi-

cación, se pueden analizar todas las alternativas tales como la transferencia del trabajo de oficina que realizan las enfermeras a secretarías, la agrupación de los pacientes que necesitan atención continua y la decisión de emplear auxiliares de enfermería. Es necesario sopesar ciertos factores al elegir entre los diferentes cursos de acción, por ejemplo (1) grado de relevancia respecto a los propósitos y obligaciones de la organización, (2) estimación previa de la relación entre el costo y la eficacia, (3) aceptabilidad por el público, (4) aceptabilidad por el personal, (5) urgencia, relación de tiempo, y (6) el factor de costos extraordinarios, adicionales, que se aplica cuando la participación de la Asociación de Enfermeras Visitadoras u otros grupos en el campo de la organización pueden sentar las bases para otros esfuerzos cooperativos.

Una vez que se han presentado algunas proposiciones, es preciso formular planes que especifiquen los tipos y las cantidades de los diferentes recursos necesarios, la forma en que se adquirirán y los programas y procedimientos necesarios para respaldar la puesta en práctica de estos cursos de acción.

Si el administrador piensa crear un cargo de coordinadora de enfermeras profesionales que brinden atención en los hogares, será preciso catalogar al personal profesional y de apoyo, equipo, suministros y teneduría de libros, necesario para llevar a cabo un programa semejante. Sólo entonces el administrador estará en condiciones de evaluar la eficacia de este plan.

Etapa 5—establecimiento de prioridades basándose en la eficacia y la evaluación. En esta etapa, se proyectan las consecuencias de los diversos planes enumerados en la etapa 4. Esta fase se ocupa fundamentalmente del establecimiento de prioridades. Teniendo en cuenta que el programa que se pretende crear casi siempre superará al personal e instalaciones disponibles, por lo general resulta conveniente establecer prioridades en los diversos aspectos del servicio que se planifica. El grado de prioridad que se asigne dependerá de

1. El impacto esperado del servicio en relación con cuestiones tales como salvar vidas, mejorar la salud, prevenir enfermedades o invalidez, mejorar las prácticas de salud y, por ende, aumentar el nivel de salud.
2. Las obligaciones aceptadas por la organización de atención de la salud, definidas en las leyes o por los estatutos y aplicadas o establecidas en la filosofía de las personas encargadas de formular las políticas.
3. Disposición de la comunidad
4. Efecto en las relaciones públicas

Otro aspecto importante en el establecimiento de prioridades consiste en reconocer que el tiempo es un elemento de vital importancia. A menudo, la organización del tiempo recibe el nombre de periodicidad, planificación del tiempo o establecimiento de objetivos. Cuando se proyectan las consecuencias de un plan, resulta útil tener en cuenta las cuatro secuencias de la actividad de los programas, es decir, (1) tiempo de preparación, (2) periodo inicial de prueba, (3) ajuste de carga máxima y (4) punto de evaluación y de nueva planificación. En la etapa 6, el administrador de servicios de enfermería puede llevar a cabo los planes, cuando después de esta serie de consideraciones, ellos siguen siendo aceptables y descartan por impracticables o por no viables.

Etapa 6—puesta en práctica. Esta fase se ocupa de la asignación de recursos. Por ejemplo, si el administrador de servicios de enfermería ha decidido agregar a su personal una profesional de enfermería como coordinadora de los servicios en los hogares, la tarea de poner esto en práctica implica que los procedimientos de toma de decisiones que afectan a la coordinadora de atención en los hogares se comuniquen en todos los niveles de la organización.

Se trata de la etapa de la acción y la dirección, en este momento, el tiempo y el alcance desempeñan un papel muy importante a medida que se responden las preguntas concretas relativas al qué, quién, cómo y cuándo.

Etapa 7—evaluación, control e inspección. La evaluación o provisión para medir

Cuadro 3. Características principales de la adecuada planificación, según diversos autores

Características de la planificación	Autores				
	Urwick (1947)	Levey y Loomba (1973)	Seckler-Hudson (1957)	Watson (1958)	Nuestra elección
Basada en objetivos claramente definidos	X	X	X	X	X
Clara y específica	X		X	X	X
Proporciona flexibilidad y estabilidad	X	X	X		X
Económica y realista	X		X	X	X
Proporciona lo necesario para la clasificación analítica de las acciones y la definición de estándares de operación	X	X	X	X	X
Anticipa y predice el futuro		X	X	X	X
Con un propósito, racional, equilibrada y justificable en función de las necesidades	X	X			X
Brinda lo necesario para crear el medio sociopolítico de la organización		X			X
Especifica las dimensiones a las que se aplica		X			X

los resultados de servicio en comparación con los objetivos se debe incluir en todos los planes, se necesita planificar desde el inicio del servicio para asegurar que se realicen comprobaciones progresivas periódicas que sean necesarias a fin de introducir las modificaciones convenientes antes del siguiente periodo de planificación. Un componente de evaluación también asegura que se lleven registros a fin de proporcionar la información necesaria para realizar simultáneamente el análisis. El personal administrativo puede tener la certeza de que el programa se está poniendo en práctica de acuerdo con el plan y puede localizar de inmediato cualquier falla que se produzca. La revisión y evaluación de los planes de atención de los pacientes, visitas de supervisión y conferencias de dirección, pueden ser necesarias para comprobar las fases cualitativas del trabajo. Los informes estadísticos y de descripción del servicio proporcionarán diversos grados de especificidad.

Los resultados obtenidos de la evaluación completa y de las medidas de control retroalimentan después a través del circuito

de retroalimentación y pueden tenerse en cuenta en la planificación posterior.

Criterios de evaluación

A causa de la amplia variedad de planes realizados por los diferentes niveles de la administración, la clasificación de los mismos en satisfactorios o deficientes, corre el riesgo de ser demasiado simple y general. No obstante, existen ciertas características que se pueden usar como normas para decidir si un plan es satisfactorio o deficiente. El Cuadro 3 resume las principales características de un plan satisfactorio, que se pueden describir como se indica a continuación.

- 1 El plan debe basarse en objetivos claramente definidos. El propósito del plan se debe enunciar en términos claros, no sólo para el planificador, sino también para todas aquellas personas relacionadas con su puesta en práctica y funcionamiento.
- 2 El plan debe ser claro y sencillo. Si el enunciado de un plan es ambiguo, existe el peligro de que se torne complejo y dé por resultado esfuerzos mal dirigidos y gastos innecesarios. En consecuencia, cuanto más sencillo

sea el plan, tendrá mayores probabilidades de éxito (Urwick, 1947)

- 3 El plan debe ser estable aunque flexible De acuerdo con las premisas de la planificación, las necesidades internas y las influencias externas pueden cambiar con el transcurso del tiempo, los elementos de flexibilidad deben estar contemplados en el diseño mismo del plan En enfermería, quizá más que en ningún otro campo de trabajo, la flexibilidad es esencial y el plan debe ser factible de adaptar, a fin de hacer frente a las emergencias o a los cambios de situación Por otra parte, la estabilidad de los planes representa también un factor de vital importancia, si el plan es demasiado inestable, creará desconfianza
- 4 El plan debe ser económico y realista en lo que se refiere a los recursos necesarios para ponerlo en práctica Siempre que sea posible, el plan debe estipular la utilización de equipo, suministros y personal ya existentes. Se debe hacer hincapié en que la economía en el empleo de personal, materiales y autoridad, es tan importante como la economía en el empleo de fondos Además, si la organización y personal existentes están calificados para hacer el trabajo necesario, resulta demoralizador para el personal que no se le tenga en cuenta cuando se pone en práctica un nuevo plan
- 5 El plan debe sentar las bases para un completo análisis y la clasificación detallada de las actividades, así como para la determinación de los parámetros de evaluación, que se convierten en la base de control El estudio de las diversas actividades para efectuar el trabajo, demuestra casi siempre que es posible simplificarlo Al hacer que un plan sea funcional, es importante tener en cuenta los siguientes puntos (a) ¿Son realistas y congruentes los horarios, la secuencia y la coordinación de las actividades y planes? (b) ¿Se determinaron adecuadamente las prioridades? y (c) ¿Se fijaron las fechas límite en una forma realista? Si faltan los medios y las normas de evaluación del funcionamiento, es muy probable que el plan sea calificado de demasiado teórico o inconcluso y, en realidad, no estará terminado hasta que se establezca algún plan de operación
- 6 El plan debe anticipar y predecir el futuro; ninguna persona o grupo dedicado a preparar un plan puede darse el lujo de tratar exclusivamente con el momento presente. La planificación se refiere al futuro y, por tanto

necesita que se introduzcan en ella una serie de predicciones relativas a variables económicas, necesidades y demandas de los pacientes, utilización de los servicios de salud, medio social y dirección de las fuerzas políticas Es preciso hacer hincapié en que, en el último análisis, el verdadero valor de un plan se mide por la exactitud con que se anticipa el futuro y el grado en el que las especificaciones del plan se basan en tales predicciones (Levey y Loomba, 1973, Seckler-Hudson, 1957)

- 7 El plan debe tener un propósito definido, ser racional y estar justificado en términos de los objetivos de la organización y de los individuos
- 8 El plan debe dar cabida al medio sociopolítico exclusivo de la organización Un importante punto de referencia de la planificación es el perfil actual de capacidad del sistema (Levey y Loomba, 1973)
- 9 El plan debe basarse en aspectos y objetivos claramente definidos

ORGANIZACION

El segundo acto conceptual que necesita realizar el administrador de servicios de enfermería es organizar, poner en práctica los planes para alcanzar los objetivos de toda la organización y del departamento de servicios de enfermería El fin de la organización consiste en crear relaciones que reduzcan las asperezas a un mínimo, centrar la atención en el objetivo, definir claramente las responsabilidades de todos los participantes y facilitar la consecución de los objetivos Lo anterior implica crear una estructura, o una disposición laboral de los puestos, trabajos y funciones de organización, que determine la responsabilidad y las líneas de autoridad de acuerdo con la toma de decisiones y el establecimiento de normas y procedimientos, que servirán de guía a todo el personal del departamento de servicios de enfermería Si bien la creación de esta estructura representa un trabajo ingente, simplificará en gran medida la labor del administrador de servicios de enfermería si constituye la totalidad de la función organizativa. Sin embargo, en las organizaciones complejas no desaparecen lo inevitable ni la necesidad

del cambio sencillamente porque un departamento esté estructuralmente bien organizado. Si se desea que el departamento de servicios de enfermería responda a las necesidades de los pacientes, éste debe ser flexible, adaptable e innovador, además de estar bien organizado; por esto, la creación de mecanismos para la resolución de problemas constituye uno de los elementos más importantes de la organización. Es preciso tener en cuenta las limitaciones y talentos individuales de cualquier grupo de trabajadores. También deben crearse y formarse las necesidades de comunicación, tanto dentro del departamento como a nivel interdepartamental.

Asimismo, es preciso considerar la necesidad de que exista una coordinación con los demás departamentos del sistema de atención de la salud y con la comunidad. Al efectuar su trabajo, las enfermeras cooperan con el personal de otros sectores de la organización y de otras disciplinas. El administrador de servicios de enfermería que supervisa la organización de su departamento sin consultar a los demás departamentos, transfiere indebidamente esa responsabilidad a sus enfermeras y crea malentendidos que quizá las enfermeras no sean capaces de resolver.

En consecuencia, se puede definir la organización como el proceso de agrupar actividades, determinar la autoridad y responsabilidad y establecer relaciones de trabajo, que les permitirán a la institución y a los empleados cumplir sus objetivos mutuos. Asimismo, podemos coincidir con Appley (1952, p. 2): "La organización es la determinación, reunión y disposición de los recursos por función y en relación con el conjunto para alcanzar el objetivo planificado".

Al estudiar las organizaciones que tienen éxito, se ha encontrado que todas comparten las siguientes características, que son esenciales si se desea que la organización funcione eficientemente: (1) una dirección fuerte y recursiva, (2) responsabilidades claramente definidas, (3) fuerza de trabajo cuidadosamente seleccionada, capacitada

y ubicada, (4) métodos normalizados, (5) registros adecuados de costos y demás aspectos y (6) cooperación. Para crear una organización eficiente de atención de salud es necesario observar y aplicar una serie de fundamentos de organización.

Naturaleza de la organización

Stieglitz (1972), quien menciona cuatro elementos que contienen 11 principios de organización, creó una guía útil para la planificación de la organización:

1. Objetivos (a) Los objetivos de la empresa y de los elementos que la constituyen se deben definir con claridad y enunciar por escrito. La organización debe ser siempre simple y flexible.
2. Actividades y agrupación de actividades (b) Las responsabilidades asignadas a un puesto se deben limitar, en la medida de lo posible, al desempeño de una sola función principal. (c) Las funciones se deben asignar a las unidades de la organización, basándose en la homogeneidad del objetivo para lograr la operación más eficaz y económica
3. Autoridad (d) Deben existir líneas claras de autoridad, que vayan de la parte superior a la parte inferior de la organización, y de responsabilidad, que vayan de la parte inferior a la superior (e) La responsabilidad y autoridad de cada puesto se debe definir claramente por escrito (f) La responsabilidad siempre debe ir acompañada de la autoridad correspondiente (g) La autoridad para emprender o iniciar una acción se debe delegar tan cerca como sea posible del lugar donde se realizará la acción (h) El número de niveles de autoridad debe ser lo más reducido posible.
4. Relaciones (i) Existe un límite para el número de puestos que puede supervisar eficientemente una sola persona (j) Los miembros de una organización deben ser responsables ante un solo supervisor (k) La responsabilidad de las autoridades más altas respecto a los actos de sus subordinados debe ser absoluta.

En gran medida, estos principios se derivan de cómo el trabajo y las personas se coordinan de la mejor manera posible para alcanzar un objetivo. En menor grado, algunos principios se derivan del razona-

miento abstracto acerca de la naturaleza de los esfuerzos coordinados. En cualquier caso, los planificadores de la organización que han creado (y, aún más importante, aplicado) principios, hacen hincapié en el hecho de que no existen leyes inmutables. Por el contrario, estos principios representan pautas o advertencias que, de ninguna manera, liberan al administrador de enfermería de tener que usar su discreción y criterio al aplicarlos. En algunos casos el tratar de aplicar estos principios ciega puede producir problemas insuperables de organización. Un buen ejemplo de un problema insuperable de ese tipo podría surgir de la aplicación de dos principios que se repiten con frecuencia: el que se refiere al menor número posible de niveles de autoridad y el que se refiere al alcance limitado del control. Resulta obvio que estos principios no se excluyen mutuamente, ninguno de los principios lo hace. Si se tiene un número determinado de personas para realizar cierta cantidad de trabajo y se desea que el alcance del control sea limitado, se necesitarán más niveles de autoridad y viceversa.

El énfasis puesto en el hecho de que los principios constituyen pautas y no dogmas, surge también del hecho de que muy pocos principios se enuncian en términos absolutos. El principio que afirma que los miembros de una organización deben ser responsables ante un solo superior, es un ejemplo de una orden inequívoca. Empero, las palabras más importantes de casi todos los demás principios exigen una interpretación de acuerdo con el criterio de cada persona. Por ejemplo, en el principio que se refiere al menor número posible de niveles de autoridad, el menor número es cuestión de criterio en una situación determinada.

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

En términos generales, los objetivos básicos de una organización son estabilidad, crecimiento e interacción o, más sencillamente, la capacidad de subsistir. Estos objetivos fundamentales se pueden alcan-

zar mediante la consecución de los objetivos más concretos de producir servicios de calidad y utilizar con eficacia los recursos. En las organizaciones dedicadas a la atención de la salud, los objetivos más específicos se determinan respondiendo a preguntas tales como ¿Se trata de un servicio de salud único y especializado o de un servicio diversificado? ¿A qué comunidad se prestan los servicios? ¿Es la comunidad estable o temporal? ¿Cuál es el total de atención brindada a los pacientes?

A continuación, un sinnúmero de factores ambientales, tales como el nivel de competencia en el campo de la atención de la salud, el grado relativo de cambio de la tecnología necesaria, el medio legal y la disponibilidad de personal, matizan los objetivos definidos por una institución de atención de la salud. Todos estos factores influirán en el tipo de organización que exista a nivel de departamento; delimitarán o ampliarán y modificarán la estructura de autoridad, responsabilidad, el sistema social y las relaciones entre las diferentes unidades de la organización.

La primera función y una de las más importantes de un administrador, como el administrador de servicios de enfermería, consiste en establecer objetivos departamentales claros y factibles, que sean congruentes con el marco general de la organización. Al diseñar estos objetivos, el administrador se puede guiar por su utilidad para ayudarlo a cumplir sus tareas y responsabilidades. El administrador puede utilizar los siguientes cuatro criterios funcionales para seleccionar y definir los objetivos de su departamento:

1. Los objetivos deben constituir la base de la cooperación dentro de la organización; por ende, las metas de la subunidad deben ser compatibles y contribuir a las metas globales, esto es lo que se entiende por *unidad de dirección*. Por otra parte, la relación que existe entre cada una de las submetas y las metas últimas debe ser evidente para todas las personas interesadas, de otra manera, la organización corre el riesgo de ir a la deriva.
2. Los objetivos deben ayudar a determinar los

cursos de acción apropiados, deben ser criterios prácticos de evaluación que propicien las habilidades de toma de decisiones de los miembros de la organización. La evaluación de actividades y procedimientos, tomando como base objetivos bien definidos, debe ayudar a eliminar aquellos que sean menos importantes para la organización.

3. Los objetivos deben establecer normas de control. Las metas bien definidas que se dividen en objetivos, normas de calidad, fechas límite y demás aspectos cuantificables similares del servicio de enfermería, se convierten en estándares inapreciables para medir los logros y el progreso. Al mismo tiempo, proporcionan incentivos y motivación para la realización del trabajo.
4. La definición apropiada de los objetivos hará que el *principio de excepción* sea eficaz. En este enfoque administrativo, sólo se necesita la retroalimentación cuando el desempeño real difiere del desempeño planificado. La atención se dirige a las desviaciones significativas, ya sean positivas o negativas. A continuación se analizan las desviaciones para determinar las posibles medidas correctivas o para volver a definir un objetivo. Un ejemplo sencillo de la administración por excepción es la eliminación de las hojas diarias de jornales devengados y su sustitución por informes menos frecuentes, que indiquen únicamente el ausentismo y el tiempo extra.

Los objetivos específicos que identifique el administrador de servicios de enfermería, determinarán el equilibrio entre la cantidad y la calidad de la atención de los pacientes e indicarán los medios para evaluar los resultados de la atención de los pacientes. Asimismo, determinarán las formas en que las personas se relacionarán unas con otras mientras realizan su trabajo y si se tendrán en cuenta o se ignorarán los objetivos y la superación de los individuos. Todos los objetivos que se formulen tendrán implicaciones personales para cada uno de los individuos que trabajen en favor de ellos. Así pues, una vez se identifica un objetivo es preciso conceptualizarlo para que contenga tanto criterios cuantitativos como cualitativos. La calidad de la vida laboral, así como la atención de los pacientes en el departamento debe ser siempre

una de las principales preocupaciones del administrador, en especial cuando las actividades se diseñan y agrupan para lograr objetivos específicos.

DISEÑO Y AGRUPACION DE ACTIVIDADES

Una vez que se han establecido los objetivos, es necesario organizar para ponerlos en práctica. El administrador de servicios de enfermería debe organizar su departamento para brindar atención a los pacientes mediante la práctica de la enfermería, que es la puesta en práctica o aplicación real de conocimientos, el ejercicio de una profesión. En este contexto, el servicio de enfermería es fundamentalmente un mecanismo administrativo cuya función consiste en proporcionar las condiciones necesarias, incluyendo el personal y el equipo material para la práctica óptima de la enfermería. Asimismo, el administrador de servicios de enfermería es responsable ante la persona que lo contrata, el administrador de atención de la salud, por la calidad de la práctica de la enfermería.

Las condiciones únicas en la que tienen lugar, determinan las actividades que forman parte de la práctica de la enfermería. La comunidad a la que se prestan los servicios y los tipos de servicios que se ofrecen a los pacientes establecen fronteras definidas alrededor de las clases de tareas que deben realizar las enfermeras, al igual que lo hacen el entorno físico, el número y tipo de sus colaboradores, que van desde los médicos hasta el personal de otras disciplinas y de mantenimiento. En consecuencia, las condiciones ambientales de las enfermeras determinan lo que éstas harán o dejarán de hacer profesionalmente. La tecnología específica que las enfermeras practican les ayuda a definir aún más sus tareas. Las enfermeras deben satisfacer diferentes requisitos técnicos, ya sea en el quirófano, en la unidad de cuidados intensivos de cardiología o en la de clínica pediátrica. Cada enfermera pone en práctica un conjunto diferente de conocimientos y habilidades especializados. Junto con las

determinantes ambientales, estos elementos tecnológicos son los que tienen menos probabilidades de cambiar a causa de la intervención administrativa del administrador de servicios de enfermería. La tecnología de la enfermería constituye la materia prima de la práctica de la enfermería.

Al agrupar las actividades para diseñar los puestos, el administrador crea un apoyo social para la práctica de la enfermería. El sistema social está constituido por las interacciones, relacionadas con el trabajo, de las personas, y todas las actividades así identificadas y estructuradas tendrán un elemento social y uno técnico. Es decisión del administrador y de su personal encontrar el empleo más eficaz para los elementos sociales y técnicos de las actividades.

La tarea de planificar una organización de servicios de enfermería impone cada vez más exigencias al administrador a causa de la creciente complejidad tanto de las instalaciones como del funcionamiento de las organizaciones dedicadas a la atención de salud; los servicios más especializados; el mayor refinamiento en la *división del trabajo* o especialización, y las cambiantes metas de las instalaciones de atención de la salud del área.

Enfoque funcional. Una forma de examinar los requisitos de enfermería que determinan las actividades, consiste en identificar una unidad funcional en servicio de la cual se cumplen tareas. Este enfoque funcional establece qué se debe hacer para que tenga lugar la práctica de la enfermería y se preocupa de las funciones de la instalación de atención de la salud desde el punto de vista del propósito de la institución en su conjunto, analiza cada departamento o elemento de las funciones generales que corresponden a los servicios de enfermería y después decide, basándose en los principios administrativos, cómo se debe organizar el servicio de enfermería para realizar estas funciones con el nivel de habilidad necesario. Este enfoque analiza qué se tiene que hacer antes de preparar el plan de organización, en lugar de comenzar por decidir qué deben hacer las

enfermeras profesionales y demás personal de enfermería.

Empleando el enfoque funcional, el administrador de servicios de enfermería comienza por (1) enunciar la función, (2) revisar los principios y las actividades que constituyen una función determinada, es decir, describir lo que se tiene que hacer, (3) determinar el tipo y nivel de conocimientos, habilidades y competencia necesarios para hacer lo que se debe hacer y (4) suministrar lo necesario para que personal con el nivel requerido de habilidad y de acuerdo con las normas establecidas de administración, comunicación, coordinación y control, haga lo que se debe hacer. En otras palabras, los conocimientos y la competencia de la enfermera profesional se comparan con las necesidades del paciente. Las funciones se asignan de acuerdo con la competencia y no de acuerdo con la autoridad jerárquica, ni la que corresponde a un puesto determinado.

Si se analiza primero la función, se pueden sentar las bases para determinar qué clase de personal se necesita, cuándo se deben tomar las decisiones, qué servicios de apoyo se pueden necesitar y qué relaciones es preciso crear. Todos estos factores pueden influir en el diseño de la organización.

En 1968, la Asociación Norteamericana de Hospitales publicó una declaración de las funciones de las organizaciones de atención de la salud que precisan los servicios de enfermeras diplomadas. En 1970, la ANH, usando como punto de partida dicha declaración, hizo los siguientes comentarios en un folleto que hablaba del enfoque funcional para brindar atención de enfermería a los pacientes:

- 1 Planificar la atención de enfermería de acuerdo con el plan de atención médica elaborado por el médico. Evaluar las necesidades de los pacientes en relación con la enfermería y establecer objetivos para las actividades de enfermería sobre una base de continuidad
- 2 Poner en práctica planes de atención de enfermería de acuerdo con los objetivos del plan de atención de enfermería. Organizar, dirigir

- y supervisar al personal de enfermería en el desarrollo de sus funciones. Al asignar el personal de enfermería, las enfermeras diplomadas deben brindar atención a aquellos pacientes que necesiten su competencia y habilidades profesionales
- 3 Evaluar la calidad de la atención de enfermería en términos del grado de cumplimiento de los objetivos del plan de enfermería. Medir la calidad de la atención de enfermería, el desempeño del personal de enfermería y el empleo adecuado del equipo y los suministros al brindar atención de enfermería.
 - 4 Coordinar las actividades de atención de los pacientes. Las enfermeras diplomadas, en virtud de la posición estratégica que ocupan son las figuras que con mayor constancia se relacionan y se comunican con los pacientes y con los miembros del personal profesional que prestan servicios a los pacientes, son responsables de la coordinación de las actividades para lograr, en el mayor grado posible, un enfoque integral en la atención de los pacientes
 - 5 Enseñar al personal de enfermería a dar la atención de enfermería de los pacientes en relación con los objetivos del plan de atención de enfermería. Determinar los conocimientos y habilidades de enfermería que debe aprender este personal

La función de planificación puede incluir la comunicación del plan del médico al personal de enfermería, hacer que el personal de enfermería inicie dicho plan, elaborar el programa de atención de enfermería de acuerdo con el plan de atención médica, consultar con el personal de otras áreas y conceder autoridad para poder adoptar el plan. La función correspondiente a poner en práctica el plan debe incluir la concesión de la autoridad necesaria para tal fin, la elaboración de controles para evaluar el desempeño normal y la coordinación con el personal de otros departamentos que también prestan servicios a los pacientes. La función de evaluación necesita determinar los estándares de evaluación y las expectativas de desempeño; asimismo, es preciso asignar la responsabilidad para poder llevar a cabo la evaluación. La función de coordinación determina las relaciones que existen entre los pacientes y todos los sec-

tores del personal profesional, así como con todas las instituciones comunitarias, tal como la Asociación de Enfermeras Visitadoras. La función de enseñanza puede incluir diversas formas de capacitación en servicio y en el puesto de trabajo, y de educación continua.

Las funciones de enfermería no siempre se excluyen mutuamente ni son independientes unas de otras, constituyen un criterio para agrupar las tareas, a fin de poder hacer descripciones específicas de los puestos. Posteriormente, la administración puede decidir qué tipos y niveles de conocimientos y habilidades se necesitan para desempeñar estos puestos. Estas habilidades no se refieren exclusivamente a la práctica de la enfermería, sino también a las habilidades administrativas e interpersonales. Las actividades que se agrupan por función exigen que haya cierta interdependencia entre los miembros del personal, es decir, al elegir a la persona que ocupará un puesto determinado, el administrador tendrá que hacer coincidir los requisitos sociales y de enfermería del puesto con las características personales de cada empleado. La enfermería como profesión no cree en las definiciones rígidas en términos de tareas o actividades aisladas. Las enfermeras se preocupan por la atención total que reciben los pacientes y la interdependencia de las respuestas fisiológicas y psicológicas a las interferencias reales o en potencia. Esta combinación de los aspectos sociales y técnicos de las actividades se pueden apreciar en la amplia variedad de formas en las que se pueden estructurar las unidades de enfermería para brindar los mismos servicios y realizar las mismas actividades. La elección de cualquiera de estos métodos de enfermería dependerá de la situación particular del departamento de enfermería, las necesidades de los pacientes, la filosofía de la organización, el medio físico y los conocimientos y habilidades del personal. Los métodos de asignación de personal ejemplifican los diferentes enfoques para brindar atención a los pacientes. En la enfermería existen varios métodos

semejantes; el método de equipo es uno de los mejores o de los que más se pueden utilizar. El *método de equipo* emplea a todo el personal de enfermería sin importar el nivel de habilidad. La enfermera profesional es responsable de la atención de los pacientes y asume el papel directivo; debe saber cómo proporcionar atención experta de enfermería, pero también debe ser capaz de dirigir y supervisar el trabajo de los demás miembros del equipo. El enfoque menos favorecido, el *método funcional*, tiende a dividir en compartimientos las habilidades de enfermería, lo cual en muchos casos obstaculiza, por no decir que reduce al mínimo, la relación interpersonal entre la enfermera y el paciente. El *método tradicional de asignación de casos* a menudo se considera poco práctico, pues requiere que el personal sea profesional en su totalidad, no obstante, la enfermera profesional es completamente responsable de la atención de los pacientes durante un periodo de ocho horas. El método de la *enfermería primaria* es un método bastante reciente de atención de los pacientes en el que la enfermera profesional es completamente responsable de la atención de un paciente desde el momento en que éste ingresa en la institución de salud hasta cuando es dado de alta. Este método proporciona una continuidad óptima de la atención individualizada, ya que la enfermera es responsable de toda la atención, y las enfermeras han informado que constituye un servicio muy satisfactorio para el paciente, la enfermera y el médico. La enfermería primaria determina la autoridad y responsabilidad; no obstante, al igual que el método por casos, necesita que todo el personal de enfermería tenga estudios superiores. Algunas organizaciones emplean una combinación de estos dos métodos.

Por supuesto, queda entendido que las anteriores funciones de enfermería no están aisladas y que las enfermeras no realizan sus funciones por separado; una enfermera se hace cargo de más de un paciente. Al planificar y poner por escrito el plan de atención, la enfermera puede también or-

ganizar dicha atención. Las cinco funciones mencionadas se refieren específicamente a la atención de los pacientes y no comprenden todas las funciones del departamento de enfermería, tales como dotar de personal, presupuestar, establecer programas de educación continua, investigar, evaluar y administrar al personal. Empero, si la atención básica se centra en el plan de organización de la unidad de atención de los pacientes (la unidad básica de administración, es decir, paciente, enfermera, médico), se crea un núcleo o fundamento para el diseño de un plan de organización de los servicios de enfermería. El plan global se diseña de tal manera que respalde a las unidades básicas, congruentes con las metas y funciones de la institución de salud.

La forma sigue a la función, o la necesidad determina la forma; en otras palabras, la forma como se diseña una organización de servicios de enfermería es el resultado del uso que se le dará. Desde nuestro punto de vista, los usuarios deciden qué tipo de organización será, es decir, el sistema que recibe los productos de la organización (familias y comunidad) y los utiliza como sus propios insumos, es el verdadero diseñador de la organización de servicios de enfermería. El arquitecto humano, el administrador de servicios de enfermería, es considerado, desde este punto de vista, no como la persona que determina el carácter de la organización, ni siquiera como el planificador de su configuración, sino como el intérprete de las necesidades del usuario (paciente), cuyas necesidades conforman la estructura de la organización.

Descentralización. La descentralización es el término que se emplea para agrupar las actividades de acuerdo con el servicio, producto o función. El término se relaciona más con la autoridad que con la agrupación de actividades y se ha deducido que la autoridad para tomar o iniciar una medida se debe delegar tan cerca como sea posible del punto en el que se llevará a cabo (Stieglitz, 1972).

Las ventajas de la descentralización son, por lo general, decisiones más rápidas y convenientes, desarrollo administrativo, un número reducido de niveles de organización y la liberación de los supervisores de un sinnúmero de tareas, que les permite concentrarse en responsabilidades más amplias. ¿Hasta qué nivel de organización se puede delegar la autoridad? ¿Qué limitaciones, en caso de que las haya, afectan la aplicación de la autoridad descentralizada? Se pueden identificar los tres parámetros que mencionamos a continuación, de los cuales depende la delegación de la autoridad para tomar decisiones

- 1 Competencia La persona a la que se le delega la autoridad debe ser competente para tomar decisiones y su superior debe tener confianza en dicha competencia
- 2 Información La persona encargada de tomar las decisiones necesita información suficiente y confiable en relación con la decisión. De esta manera, la autoridad que toma las decisiones no puede encontrarse por debajo del nivel en el que se dispone de toda la información que afecta a la decisión
- 3 Alcance del efecto de la decisión Si una decisión afecta a ciertas unidades que se encuentran fuera de determinado campo de responsabilidad, la responsabilidad de tomar las decisiones corresponde al administrador responsable de las distintas unidades. Así pues, la autoridad se puede descentralizar hasta el punto en el que el efecto de la decisión sea local. Por lo general no se descentralizan de ninguna manera las decisiones que afectan a toda la organización, por ejemplo, los objetivos, políticas y presupuestos institucionales

En gran medida, el punto relativo al alcance de las decisiones también responde a la pregunta, ¿qué limitaciones, en caso de que las haya, se deben imponer a la descentralización?, ya que, en realidad, las decisiones tomadas en los niveles más altos de la organización, que adquieren la forma de objetivos y políticas, delimitan la autoridad descentralizada. Asimismo, la autoridad garantiza la libertad de actuar o de tomar decisiones únicamente de acuerdo

con los objetivos y políticas globales de la organización.

Para llegar a la descentralización, es preciso que haya existido primero la centralización. Para evitar que la descentralización se convierta en una fragmentación completa, es necesario que una parte del núcleo de control permanezca como elemento unificador.

En consecuencia, la descentralización, en la práctica, se transforma en una cuestión de grado, que se determina estableciendo hasta qué punto inferior se debe delegar la autoridad y cuán estrictos son los límites impuestos a la autoridad. Este hecho ha llevado a afirmar que ninguna organización está totalmente descentralizada, sino que lo está en distintos grados.

ESTRUCTURACION DE LA AUTORIDAD, DEL DEBER Y DE LA RESPONSABILIDAD

La autoridad se basa en la responsabilidad, que se deriva del objetivo. La autoridad se hace sentir a través de la dirección, la cual se multiplica mediante la delegación y se esclarece gracias a la definición funcional (Fig. 4-1). La responsabilidad siempre se relaciona con el deber y la autoridad.

El cargo con su correspondiente investidura de autoridad constituye la unidad fundamental de todas las organizaciones, la autoridad define qué puestos son superiores y cuáles subordinados. Las relaciones de autoridad se institucionalizan, es decir, se caracterizan por normas explícitas, comportamientos predecibles y continuidad de las relaciones. Las personas que ocupan un puesto pueden cambiar, pero permanece la autoridad del cargo.

Definición. Webster define la autoridad como un "poder legal o legítimo; un derecho para mandar o actuar, dominación, jurisdicción". Mary Parker Follet hace una distinción entre el poder y la autoridad: "Podemos conferir autoridad, pero ningún hombre puede dar ni tomar poder ni capacidad"; y también: "No creo que se pueda delegar el poder porque estimo que el poder genuino es capacidad". La señorita

Follet sugiere que en vez de buscar una autoridad externa y arbitraria, debemos encaminar nuestros esfuerzos a encontrar la "ley de la situación" (Metcalf y Urwick, 1941, p 104) Chester L. Barnard (1968, pp. 15-17), ella da otra definición de autoridad

La autoridad es el carácter de una comunicación (orden) en una organización formal, en virtud del cual una persona que participa o un miembro de la organización acepta que dirige el acto que realiza; es decir, que rige o determina lo que debe o no debe hacer en lo que respecta a la organización. De acuerdo con esta definición, la autoridad incluye dos aspectos primero, el subjetivo, el personal, la aceptación de una comunicación como autoritaria, y, segundo, el aspecto objetivo, el carácter de la comunicación, en virtud del cual se acepta

La autoridad es el derecho a mandar o a actuar (Tannenbaum, 1949). De esta manera, una persona que tiene autoridad posee el derecho no sólo de actuar, sino también de esperar que los demás actúen. Empero, ¿cuál es el origen de este derecho?

Origen. Los diferentes niveles de las actividades de acuerdo con las divisiones de la institución de atención de salud, resultan directamente de la magnitud y complejidad de las instituciones modernas. En el nivel superior, se encuentra el cuerpo encargado de elaborar las políticas, es decir, la autoridad patronal. En el siguiente nivel, se encuentra la autoridad operativa, es decir, el funcionario o administrador de más alto rango de la organización. En teoría, este individuo reemplaza al patrón en la relación entre el superior y el subordinado; sin embargo, como es de todo punto imposible que el funcionario de más alto rango conozca y dé instrucciones personalmente a todos los empleados, esta persona, a su vez, delega la responsabilidad a un grupo de individuos que ejercen esa autoridad delegada en la supervisión del trabajo de los demás, este nivel corresponde al supervisor. Este tipo de autoridad se basa en el puesto y en la legitimidad. Cuando la autoridad se considera desde este punto de vista tradicional, recibe el nombre de autoridad

formal. Al final de la cadena de responsabilidad, se alcanza un punto en el que se delega responsabilidad para desempeñar funciones específicas; dichas actividades se conocen como operaciones y comprenden una amplia gama que va desde el desempeño de deberes que exigen un alto nivel de habilidad, hasta aquellos que son simplemente repetitivos. A este tipo de autoridad se le llama autoridad funcional y se basa en los conocimientos técnicos y en las habilidades personales, en otras palabras, en la competencia e influencia. Los dos tipos de autoridad son necesarios para alcanzar las metas y satisfacer las necesidades de los individuos a través de las actividades de la organización; no obstante, la combinación más adecuada y la eficacia como se ejercen siguen siendo problemas que requieren más investigación empírica.

Las divisiones de la autoridad crean diversos tipos de relaciones entre los funcionarios; se pueden distinguir cuatro tipos, como se indica a continuación

- 1 Relación lineal se establece entre un superior y un subordinado, responsable directa e inmediatamente ante ese superior
- 2 Relaciones laterales entre puestos en diversas partes de una empresa, en las que no existe ninguna autoridad directa
- 3 Relaciones funcionales que surgen cuando se dividen las tareas funcionalmente, es decir, cuando una persona ejerce autoridad sobre un asunto determinado a causa de sus conocimientos y habilidades especiales pueden, y, deben coexistir con las relaciones lineales
4. Relaciones de asesoría que surgen cuando los individuos actúan como representantes de los superiores. Estos individuos no están investidos de autoridad por su propio derecho, sino que actúan "en nombre y representación" de las personas que sí están investidas de autoridad. Su función consiste en transmitir e interpretar, a lo que se agrega supervisar que se cumplan las órdenes dadas. A continuación se presentan algunos ejemplos de las relaciones que pueden existir entre los individuos que forman parte de una organización de atención de salud.

Relación	Personal de la organización de atención de salud
Lineal	Administrador de servicios de enfermería con la enfermera jefe
Lateral	Enfermera jefe con el médico, la trabajadora social y la dietista
Funcional	Administrador de servicios de enfermería con el funcionario encargado de las finanzas, enfermera jefe con el administrador de la unidad, enfermera jefe con el instructor clínico, y el supervisor del turno nocturno con el ingeniero
Asesoría	Enfermera jefe que actúa en representación del administrador de servicios de enfermería porque tanto el director como el ayudante están ausentes

Es preciso hacer una distinción entre las fuentes de la *autoridad formal* y las fuentes de la *autoridad funcional*. En general, la autoridad funcional apoya a la autoridad formal; en una relación dada entre un superior y un subordinado, está constituida por la falta de autoridad formal por parte del superior o por la posesión de una mayor competencia, experiencia o habilidad personal por parte del subordinado, que tiende a socavar la autoridad formal. Asimismo, puede existir competencia entre personas del mismo rango, pero que se dedican a diferentes tareas o tienen una especialización distinta; por ejemplo, entre el contralor y el administrador de servicios de enfermería. Por último, puede existir competencia entre la autoridad formal y la funcional cuando los canales jerárquicos son ambiguos, condición que con frecuencia caracteriza las relaciones entre el personal directivo y los asesores.

Uno de los problemas que encaran las organizaciones modernas de servicios de enfermería surge de la divergencia que existe entre las dos bases de autoridad: la autoridad legitimada por el puesto y la autoridad basada en la competencia profesional. Las subunidades de las organizaciones difieren no sólo en cuanto se refiere a la importancia conferida a estas dos bases de autoridad, sino que diferentes tipos de organizaciones en distintas épocas y

culturas también parecen poner énfasis en una u otra. Si bien varios autores han hecho algunos comentarios acerca de la tendencia a depender cada vez más de la competencia profesional, con la consecuente disminución en la apreciación de la legitimidad de la autoridad jerárquica, las pruebas indican que la influencia y la posición estratégica que ocupan las personas que desempeñan funciones jerárquicas, a menudo les permite salir airoso sin necesidad de habilidades especializadas.

Delegación de autoridad. Es fundamental poseer la autoridad para actuar, pero es igualmente importante delegar y utilizar dicha autoridad. La administración moderna reconoce cada vez con mayor frecuencia que el administrador de servicios de enfermería de una organización de atención de la salud, debe abandonar de una vez por todas las pequeñas tareas administrativas y dedicarse por entero a planificar, organizar, dirigir y controlar; debe ahorrar sus energías para los problemas fundamentales o excepcionales de la organización y tiene la obligación de operar no sólo a su propio nivel sino al nivel más alto posible de su capacidad. Por otra parte, lo anterior se debe aplicar a todas las personas que forman parte de la organización. Es posible que el nivel de un asistente no esté de acuerdo con su potencial, pero es obligación del jefe de la organización valorar a los asistentes no sólo por lo que son, sino también por lo que pueden ser.

Si el administrador de enfermería de una organización grande y compleja trabaja a un nivel y velocidad óptimos, necesitará (1) delegar todo el trabajo y responsabilidad que sea posible en su personal de enfermería, siempre de acuerdo, por supuesto, con la capacidad y ambiente de cada uno de los empleados; de hecho, el administrador puede preferir trabajar a su nivel propio más alto, el cual puede cambiar en ocasiones; y (2) delegar la responsabilidad y autoridad tan cerca como sea posible del punto en el que surgen los problemas y es preciso actuar. El administrador de enfermería debe evaluar a su

personal no sólo en términos del desempeño y progreso, sino también de su potencial, de manera que juntos puedan subir a niveles cada vez más altos de responsabilidad y liderazgo. Por tanto, en conjunto toda la dirección de una organización debe llegar a su punto más alto y, a medida que esto suceda, la delegación se puede realizar con mayor certidumbre y confianza.

La delegación de responsabilidad y autoridad sólo se puede evaluar con exactitud si se tiene en cuenta el medio donde trabaja el administrador. En la actualidad, se ha cambiado la forma de representar al administrador en la parte superior de una pirámide que constituye la estructura jerárquica del personal y las unidades o departamentos clínicos. Ese esquema está siendo substituido por una pirámide invertida, en la que el administrador aparece en la parte inferior y tiene ingerencia en todos los puntos de la pirámide en lo que se refiere a las relaciones más importantes. Es posible que el ambiente en la parte superior no esté siempre libre de problemas y es casi seguro que haya en él muchos supervisores que ayuden al administrador de servicios de enfermería. En la "dirección conjunta en el nivel más alto" pueden existir fricciones y tensiones que condicionan lo que el administrador puede hacer dentro de su propia organización. En la base de la pirámide invertida, el administrador está sujeto a todo el "ambiente que se encuentra por encima de él".

Además de las relaciones ascendentes en el medio ambiente de la administración, existen delicadas relaciones horizontales; en especial en las organizaciones complejas de atención de salud, todos los administradores deben mantener relaciones de trabajo armoniosas con las personas encargadas de dirigir programas semejantes, cuyo trabajo y organización condicionan los suyos propios y viceversa. Esta relación horizontal, al igual que la relación ascendente, necesita tiempo, tacto y criterio. Algunas relaciones del ambiente interno del administrador que pueden influir sobre sus actos son (1) el programa, (2) la

organización, (3) el personal, (4) los recursos y (5) las costumbres y tradiciones. En resumen, los factores del medio ambiente que rodean al administrador de servicios de enfermería y que condicionan los límites y la capacidad de delegación dentro de su organización inmediata incluyen:

1. Condiciones institucionales ascendentes
2. Condiciones institucionales horizontales.
3. Condiciones institucionales descendentes, incluyendo las habilidades y capacidades del personal
4. Cultura institucional, incluyendo las costumbres, formas de trabajo, protocolo y expectativas imperantes en la organización.
5. Jurisdicción legal y limitaciones de las instituciones.
6. Medio cultural de la organización y presiones resultantes del exterior.
7. Habilidad, capacidad y filosofía del administrador de servicios de enfermería.

Personal directivo y asesores. Uno de los factores principales relacionados con la autoridad, descrito con suma exactitud por Stieglitz (1972) y Tannenbaum (1949) es el concepto de personal directivo y asesores, términos relativos a la organización, que se emplean para definir las relaciones que surgen entre los elementos de trabajo y autoridad de una organización. Personal directivo y asesores son dos de los términos más inciertos, ambiguos, trillados y excesivamente definidos en el léxico de los planificadores de organizaciones.

Algunas instituciones han tratado de prescindir de ellos, substituyendo personal directivo por operativo y asesores por personal auxiliar o de servicio. No obstante, la substitución de términos resulta de dudosa utilidad cuando se trata de esclarecer las relaciones de organización que se asocian con dichos términos.

Por lo general, tales términos se emplean con significados bastantes diferentes: (1) para distinguir o caracterizar los tipos de

trabajo y (2) para distinguir y caracterizar los tipos de autoridad. La confusión surge de la creencia de que el trabajo de asesoría implica autoridad de asesoría.

En relación con el trabajo, la dirección comprende las tareas, funciones o elementos de la organización que son responsables de llevar a cabo los objetivos económicos y los servicios de la organización. Lo anterior no implica que las unidades de la organización no contribuyan a los ingresos de la misma, pero las unidades directivas se ocupan directa y explícitamente de la producción de los valores, en forma de bienes o servicios, por los que pagará el cliente o usuario.

En relación con el trabajo, la asesoría significa las tareas, funciones o elementos de la organización que son necesarios para suministrar información y servicios a los elementos directivos.

La naturaleza del trabajo de asesoría que se realiza, es de tres tipos:

- 1 **Consejería y recomendaciones.** El personal de asesoría reúne y difunde información, a menudo de carácter especializado, entre las demás personas de la organización. La unidad de asesoría aconseja y hace recomendaciones a los superiores en cuanto a los procedimientos, métodos y sistemas con los que se alcanzarán, de la manera más eficaz, los objetivos de la unidad de la organización. Cuando la unidad de la organización es la institución en su totalidad, las unidades de asesoría aconsejan y hacen recomendaciones al administrador respecto a la planificación de los objetivos y políticas globales de la institución.
- 2 **Servicios.** El personal de asesoría proporciona servicios a las demás unidades, los cuales resultan más económicos si se centralizan. Por ejemplo, se puede crear una unidad para reclutar y examinar a los nuevos empleados, en lugar de que cada una de las unidades reclute y examine por separado a sus candidatos; asimismo, se puede crear un departamento de compras, que se haga cargo de las compras de los diferentes departamentos. En situaciones semejantes, es posible decir que el personal de asesoría libera al personal directivo de algunas tareas rutinarias.

No obstante, en otras situaciones los servicios requeridos son de naturaleza más especializada y no los pueden brindar las unidades directivas. Por ejemplo, las habilidades y conocimientos especiales que se necesitan para negociar un contrato legal o para proporcionar atención médica, originan unidades de asesoría que proporcionan estos servicios especializados.

- 3 **Control funcional.** El personal de asesoría actúa en representación de los superiores para asegurar que las demás unidades se ciñan a ciertos controles, que pueden tomar la forma de objetivos y políticas, presupuestos, planes y procedimientos. En nombre de los superiores, el personal de asesoría inspecciona, evalúa y mide el desempeño de su campo de competencia funcional, en relación con las normas y controles que se han establecido. Respecto a esto, el personal de asesoría trabaja dentro del área de responsabilidad exclusiva que tienen los superiores para planificar y controlar.

En lo que se refiere al personal de asesoría, a menudo su estudio se limita al trabajo del mismo como unidad que aconseja y asesora. Este hecho lleva a un punto de debate cuando el personal de asesoría brinda ciertos servicios o ejerce control funcional, y se convierte en personal directivo. Asimismo, con frecuencia se afirma que el papel tradicional del personal de asesoría consiste únicamente en proporcionar consejos y hacer recomendaciones, punto de vista que desdeña el hecho histórico de que la necesidad de servicios especiales dio origen a algunos de los primeros tipos de unidades de asesoría: departamentos de finanzas, compras, legal y médico. Por otra parte, el control funcional es también una función tradicional, tan tradicional que cuando se habla de control uno piensa inmediatamente en un contralor financiero.

En muchas organizaciones existen unidades de asesoría, cuyo trabajo radica fundamentalmente en aconsejar y hacer recomendaciones, por ejemplo, una unidad de planificación a largo plazo; existen otras unidades que se ocupan primordialmente de brindar servicios, por ejemplo, unidades que se encargan de las compras o de las relaciones con la prensa, y existen unidades

que son exclusivamente unidades de control funcional, por ejemplo, los auditores y contralores. No obstante, se acepta cada vez con mayor frecuencia que las unidades de asesoría desempeñan los tres tipos de funciones. Por ejemplo, la administración de personal aconseja y asesora a la administración superior y a otras unidades respecto a los programas y procedimientos de personal más eficaces; proporciona los servicios de reclutamiento, selección y evaluación de personal, y ejerce un control funcional en nombre de sus superiores al supervisar el cumplimiento de las políticas de personal de la organización.

Cuando se emplea para caracterizar diferentes tipos de trabajo, esta distinción entre personal directivo y asesores, puede provocar cierta confusión en la relación que existe entre las dos unidades cuando se caracterizan en términos de la autoridad. Por lo general se presupone que, por ejemplo, las unidades que desempeñan un trabajo de dirección tienen de manera automática autoridad directiva y que las unidades que realizan un trabajo de asesoría no tienen autoridad sobre el personal directivo y, en consecuencia, no poseen ninguna autoridad directiva. Más explícitamente, a menudo se considera que el trabajo directivo es sinónimo de autoridad directiva y que el trabajo de asesoría es sinónimo de autoridad de asesoría. Quizá la forma más sencilla de esclarecer la relación de autoridad que existe entre el personal directivo y el de asesoría sea expresarla en términos de la responsabilidad en cuanto a los resultados. En todas las relaciones que existen en una organización, la unidad o persona responsable del resultado específico, tiene la autoridad para tomar la decisión necesaria. En este contexto de autoridad, el personal directivo tiene la autoridad para actuar, la autoridad para tomar decisiones.

Por otra parte, el personal de asesoría constituye la unidad o unidades, que suministra los hechos y la información que le permitirán al administrador responsable tomar la mejor decisión. El personal de

asesoría proporciona los servicios diseñados para ayudar al administrador a lograr los mejores resultados, pero el personal de asesoría no puede imponer ni su criterio ni sus servicios al administrador que tiene autoridad directiva.

Estas distinciones entre el trabajo directivo y la autoridad directiva se hacen más obvias en una situación concreta. El jefe de un departamento, que desempeña un trabajo de asesoría, por ejemplo, finanzas, es responsable del desempeño eficiente de dicha unidad. Para aumentar la eficiencia, el jefe del departamento de finanzas puede solicitar al departamento de planificación de toda la organización que analice la estructura de la organización (solicitud de un servicio) y que recomiende una estructura más conveniente (solicitud de asesoría). El jefe del departamento de finanzas ejerce autoridad directiva cuando acepta o rechaza la recomendación del departamento de planificación de toda la organización. Para mejorar aún más la eficiencia del departamento de finanzas, el jefe del mismo puede pedir el consejo del departamento de servicios de enfermería acerca de qué medidas simplificarían los problemas contables. Una vez más, el jefe del departamento de finanzas puede aceptar o rechazar las recomendaciones que haga el departamento de servicios de enfermería. En este caso, el departamento de servicios de enfermería, aunque esté clasificado como directivo en términos de trabajo, actúa como asesor de una unidad considerada convencionalmente de asesoría, también en términos de trabajo, que en ese momento ejerce una autoridad directiva.

De esta manera, cuando se trata el problema de la autoridad, la responsabilidad por los resultados determina dónde reside la autoridad directiva. El ejemplo más evidente de una situación en la que un departamento que realiza un trabajo de asesoría posee en apariencia autoridad directiva, se produce cuando el departamento ejerce control funcional en lo que respecta a los objetivos o políticas globales de la organi-

zación. De acuerdo con una organización: (Stieglitz, 1972, pp. 26-27):

Cuando se crean normas para que sean aplicadas, en toda la organización y éstas se incluyen en una declaración oficial de políticas, o en los casos en que, el ejecutivo, ha dejado en claro, a través de otros medios o métodos, que es preciso observar ciertas normas, el papel del departamento de personal deja de ser de asesoría para convertirse en uno de inspección e informe.

Ámbito del control. El principio del ámbito del control que se emplea normalmente en la actualidad es: Existe un límite del número de puestos que puede supervisar con eficiencia una sola persona. Este principio difiere en gran medida de la afirmación un tanto arbitraria, que todavía emplean unas cuantas personas: El número de personas supervisadas no debe ser mayor de cinco. La modificación se atribuye a la experiencia de las instituciones; en la actualidad se reconoce que existen varios factores prácticos, todos ellos interdependientes, que afectan el alcance del control.

- 1 La competencia del superior y de los subordinados
- 2 El grado de interacción entre las unidades o el personal que se debe supervisar
- 3 La medida en la que el supervisor debe desempeñar tareas no administrativas y las exigencias de otras personas y unidades sobre su tiempo
- 4 La semejanza o diferencia que existe entre las actividades que se deben supervisar
- 5 La incidencia de nuevos problemas en su unidad
- 6 La generalización de procedimientos normalizados
- 7 El grado de dispersión física.

Esta breve lista no agota de ninguna manera los factores que afectan el ámbito del control de un supervisor; no obstante, su análisis ha disuadido a las instituciones de establecer límites arbitrarios respecto al número de personas que se pueden supervisar en un nivel cualquiera. Por ejemplo, una organización de gran tamaño enuncia su principio de ámbito del control en los siguientes términos: Los empleados que

son responsables ante un supervisor no deben exceder del número que se pueda dirigir y coordinar con eficiencia. El número dependerá primordialmente de la magnitud y complejidad de las responsabilidades del personal o de la atención de los pacientes. Otra institución afirma:

No existen reglas fijas para determinar el ámbito del control; el número de empleados que están a las órdenes de un ejecutivo se debe determinar tomando como base la capacidad de las personas que realizan el trabajo y la naturaleza de sus responsabilidades.

CREACION DE RELACIONES LABORALES DENTRO DE LOS SISTEMAS SOCIALES

La medida en que las personas que pertenecen a una organización satisfacen los requisitos impuestos por la misma, determina en gran parte cuán bien funciona.

Determinantes de las relaciones laborales

PROBLEMA DE LA MAGNITUD.

El personal de enfermería de una institución pequeña de atención de la salud se relaciona con facilidad. En cuestión de minutos, un miembro sabe qué están haciendo todos los demás en un momento determinado, y la mayor parte de los demás miembros observa qué hace uno de ellos. Su trabajo de atender a los pacientes es intercambiable, ya que la mayor parte de los empleados es capaz de realizar una amplia variedad de funciones o trabajos conforme surge la necesidad. La organización formal no existe o, por lo menos, es invisible. En resumen, los miembros del personal de las instituciones pequeñas de atención de salud saben qué se debe hacer, conocen la capacidad de los demás y pueden encontrar con facilidad un lugar para sí mismos y comprender cómo se administra el manejo y la atención de los pacientes.

En las instituciones de atención de salud de gran tamaño, los miembros del personal no están en contacto directo unos con otros. Las personas que trabajan en las instituciones de gran tamaño nunca llegan a conocer

a todos los demás ni a descubrir qué trabajo o funciones realizan en cuanto se refiere a la atención de los pacientes. Rara vez alguien sabe qué actividades se están llevando a cabo en otras partes del hospital; cada uno realiza determinada tarea y sabe que de alguna manera ésta se coordina con otras actividades para que los pacientes puedan ser admitidos, tratados y dados de alta.

A menos que los miembros de una institución de atención de salud de gran tamaño desempeñen los mismos tipos de funciones o trabajos, les resulta difícil cambiar funciones y responsabilidades entre ellos. La coordinación de las actividades se formaliza y entre los títulos de los puestos aparecen los especialistas en "coordinación" o "administración". Con frecuencia, las enfermeras son conocidas y llamadas por el título del puesto que ocupan y no por su nombre. Lo más probable es que uno sólo conozca bien a aquellos que "hacen lo mismo que yo" o que "hacen cosas estrechamente relacionadas con las que yo hago"

La magnitud de la operación y el grado de especialización de las funciones, por lo general impide que los miembros del personal de una institución de atención de la salud de gran tamaño comprendan la naturaleza del modelo de la organización en su conjunto y les resulta difícil participar de manera satisfactoria en sus actividades

Esta comparación entre los problemas de organización de los hospitales grandes y pequeños nos lleva a una serie de conclusiones (Goodson y Jensen, 1956, pp. 60-62): (1) a medida que un hospital aumenta de tamaño, la coordinación de sus actividades pasa de la interacción humana simple, concreta y espontánea, a la administración abstracta, ordenada y cuidadosa en las formas como las personas se relacionan unos con otros; (2) los miembros del personal son menos capaces de comprobar la eficacia y lo adecuado de sus contribuciones, lo cual da origen a los especialistas; (3) el especialista en coordinación, a menudo un administrador, se convierte en la persona que determina cuán bien se desempeña el personal, cómo se organiza el hospital y cuál

es el nivel de logro o progreso; (4) es posible que se produzcan distorsiones o percepciones erróneas acerca de qué hacen los empleados y cuán importantes son para la labor de la institución, y (5) a los empleados les resulta cada vez más difícil saber si lo que están haciendo vale la pena y es importante en el proceso de tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

Tarde o temprano, durante el crecimiento de una organización, comienza a tomar forma un patrón de problemas y es entonces cuando los administradores de servicios de enfermería se deben dedicar por entero al diseño cuidadoso y a la conservación de un sistema social que reduzca al mínimo el alejamiento y extrañeza que sienten las personas respecto a sus colegas.

Cuando se trata de estudiar los efectos de la organización humana en un sistema de servicios de salud en la atención de los pacientes, surge otro problema: cómo lograr el equilibrio entre las relaciones formales y las informales que existen entre los miembros del personal. Si bien no existe una fórmula establecida para determinar dicho equilibrio, en todos los sistemas de atención de salud se deben tomar las medidas necesarias para que se den ambos tipos de relaciones.

ASPECTOS FORMALES E INFORMALES DE LOS SISTEMAS SOCIALES. Las tareas que se deben realizar y la necesidad que siente el personal de compartir sus experiencias, determinan el grado de organización formal que se necesita. A causa de la naturaleza exigente de dichas tareas, deben existir suficientes relaciones formales para asegurar que se lleven a cabo, pero sólo esas; la clave radica en la flexibilidad.

Si la organización se estructura formalmente más allá de este punto, se limitan de manera innecesaria las oportunidades que tienen los miembros del personal de compartir sus experiencias profesionales y personales, y se reducen sus posibilidades de manifestar sus sentimientos de insatisfacción, intercambiar ideas en el plano profe-

sional o compartir sus alegrías. El equilibrio entre las relaciones formales e informales contribuye a la seguridad del personal y a un nivel más alto de eficiencia laboral. La necesidad de relaciones informales variará de acuerdo con el tipo de enfermedades a las que el personal tenga que hacer frente en el ámbito de esa institución, la duración de la estadía de los pacientes y el medio ambiente físico. Estas relaciones informales se crean en torno a la estructura formal de la institución. Las personas que integran los sistemas (formales) de la organización, también son miembros de un sinnúmero de grupos más pequeños, vinculados por intereses comunes. Los cambios que trastornan o perturban las relaciones sociales que existen dentro de estos grupos repercuten en amplios sectores de la organización.

Los sistemas sociales respaldan a los individuos y proporcionan un significado al mundo laboral. Las normas del grupo constituyen una medida eficaz de control del comportamiento del individuo. El sistema social es de primordial importancia en todas las organizaciones porque las personas pueden llegar a identificarse mucho con su trabajo y, por ende, con la meta de la organización que se les asignó.

Cuando el administrador de servicios de enfermería piensa en los individuos que constituyen su organización, por lo general juzga cuán adecuados son para desempeñar tareas específicas y, no obstante, encontrará que es incapaz de ignorar la habilidad o falta de habilidad de una persona para relacionarse con él y con los demás. La administración está consciente de que si bien las personas son sensibles a las normas del grupo, también conservan muchos sentimientos individuales. Su comportamiento se ve afectado no sólo por el ambiente del trabajo, sino también por su vida en el exterior. Es posible que los miembros de la sociedad contemporánea sean conformistas en asuntos tales como la forma de vestir, la comida y el entretenimiento, pero aún conservan un alto grado de individualismo en sus creencias acerca de sí mismos, sus motivaciones, expectativas y metas.

ORGANIGRAMA. Por lo general se utiliza el plan global de la organización en forma de diagrama para indicar en qué lugar se encuentran las funciones de autoridad. Un organigrama muestra las relaciones que existen entre los propietarios o patrocinadores de la institución y el consejo de directores o de administración; representa al conjunto de personas que gobierna la institución de salud y del cual emana la responsabilidad legal para el funcionamiento adecuado de la misma. Por lo general entre las personas que forman parte del consejo, se designan varios comités permanentes; el nombre de estos comités indica sus funciones.

Hasta este punto, el organigrama será muy claro para la mayoría de las personas, quienes lo aceptarán sin hacer una gran cantidad de preguntas; no obstante, cuando llegamos al nivel de los jefes de departamento, encontramos que el director de los servicios de enfermería está al mismo nivel que el dietista, el ecónomo y demás administradores de los grupos de servicios. Asimismo, la variedad de puestos de autoridad dentro de cada departamento será más grande y compleja que en los niveles superiores del organigrama. Sobre una base funcional diaria, es probable que las relaciones comiencen a confundirse o perderse a medida que surjan los problemas y los rasgos de las diferentes personalidades empiecen a dejar sentir sus efectos.

En este punto, es preciso esclarecer la relación que existe entre la autoridad y las funciones formales de trabajo y se debe consultar el organigrama: Al personal del departamento le puede resultar útil examinar las relaciones formales que tienen con los demás, a fin de determinar si las funciones de los servicios de enfermería se han definido y distribuido de la manera más eficaz y eficiente. Como en todos los departamentos de la organización se producen y acumulan a diario cambios imperceptibles, el análisis de las operaciones de un departamento puede revelar que lo que era una estructura de trabajo formal eficaz, ya no lo es.

Las actividades, las tareas y el personal del departamento pueden haber cambiado gradualmente, de tal manera que lo que antes era un conjunto de relaciones formales que funcionaban adecuadamente y eran eficientes, se convierte en inapropiado y difícil de manejar y quizá cree una tensión emocional innecesaria. El estudio frecuente del organigrama le permite al personal de servicios de enfermería darse cuenta de los cambios que se están produciendo dentro del departamento y le ayuda a tomar de decisión de volver a examinar y cambiar su estructura formal de trabajo, en función de las condiciones existentes y de las tareas que es preciso realizar.

El organigrama también puede ayudar al personal de servicios de enfermería si éste lo usa para descubrir cómo se relaciona su trabajo con el del personal de otros departamentos. En especial en las organizaciones de atención de salud de gran tamaño, el personal de enfermería necesita contar con una percepción global de las operaciones de la institución. En la mayoría de los casos, las fallas en la ejecución del trabajo se pueden atribuir a la incapacidad de coordinar en una secuencia adecuada las funciones correspondientes a los diferentes puestos y cargos. Dicha incapacidad surgen cuando las personas de distintos departamentos no están conscientes del patrón secuencial que integra sus esfuerzos con los de las personas de otros departamentos. Los organigramas pueden suministrar un panorama general que permita al personal de servicios de enfermería comprender todas las operaciones de la institución.

Cuando personas nuevas ingresan a un departamento, la orientación se puede iniciar con el funcionamiento de la organización mediante el organigrama y una descripción precisa de su relación personal con el mismo. Si todo el personal utiliza constantemente el organigrama como un instrumento, éste será evaluado y actualizado de manera continua y constituirá una ayuda inapreciable para todas aquellas personas que necesitan comprender cómo funciona el servicio de enfermería.

Para enriquecer el organigrama, se pueden elaborar otros diagramas que representen los diferentes tipos de relaciones que existen además de la jerarquía de la autoridad. Por ejemplo, se puede hacer un esquema del personal en relación con una función determinada que traspase los límites departamentales, tal como la atención directa de los pacientes, extensión a la comunidad, evaluación y capacitación. Asimismo, puede ser de utilidad diseñar un diagrama con el paciente en la parte central y el personal colocado en círculos concéntricos a la distancia apropiada del paciente. Sólo aquellas personas que tengan trato directo con el paciente se encontrarán en el círculo más cercano a éste, y los que tengan una responsabilidad menos directa con el paciente aparecerán en los círculos siguientes, de acuerdo con el alcance del control que ejerzan.

En resumen, la relación que existe entre las funciones y responsabilidades laborales formalmente delegadas, se puede determinar y expresar gráficamente a medida que evolucionan los servicios de enfermería. La naturaleza de esta relación exige mecanismos de supervisión muy minuciosos, porque es muy probable que el espíritu de cooperación y la motivación ocasionen problemas.

RELACIONES ENTRE LAS FUNCIONES DE TRABAJO FORMAL Y LAS FUNCIONES DE AUTORIDAD. La forma como los supervisores o coordinadores, enfermeras jefes y enfermeras generales se relacionan entre sí en el departamento de servicios de enfermería, pone de manifiesto la relación que existe entre la estructura de trabajo formal y la estructura de autoridad de la institución. El supervisor o coordinador tiene una tarea difícil y de gran responsabilidad, tomar las decisiones que coordinen apropiadamente las actividades de las personas que supervisa; asimismo, se trata de una tarea que tiene una gran cantidad de funciones de autoridad. El papel de la enfermera general es de gran responsabilidad en cuanto al desempeño de los servicios de enfermería

que necesitan los pacientes y tiene muchas funciones de trabajo formal.

Un estudio indica (Beard, 1965) que la incongruencia de los juicios acerca de los valores de la enfermera jefe y de la supervisora, que determinan lo que cada uno espera de la función de la enfermera jefe, representa una fuente de conflictos para esta enfermera, le genera sentimientos negativos (insatisfacción) en relación con el trabajo y un desempeño ineficiente. Asimismo, se supuso que el desempeño ineficiente es una consecuencia de la insatisfacción en el trabajo.

En la medida que las funciones de autoridad del supervisor y de la enfermera jefe alteran la forma cómo las enfermeras de planta desempeñan sus funciones de trabajo formal, se afecta el tipo de atención que reciben los pacientes. En consecuencia, la naturaleza de las relaciones entre los dos tipos de funciones afectan la recuperación de los pacientes. Cuando esa relación se vuelve incompatible, aumenta la tensión del personal y disminuye la productividad de los servicios de enfermería. ¿Cómo se debe medir la compatibilidad entre los dos tipos de funciones? La experiencia con los fenómenos de las organizaciones han llevado a la formulación de varias conclusiones bastante confiables en lo que respecta a las relaciones que es preciso mantener entre las funciones de autoridad y de trabajo formal (Goodson y Jensen, 1956):

1. La coordinación de los dos tipos de funciones se debe realizar de tal manera que no se interrumpa la atención de los pacientes cuando sea preciso decidir entre las posibles opciones para llevar a cabo el trabajo del departamento de enfermería.
2. Las funciones de autoridad o de toma de decisiones que se le asignen al director de servicios de enfermería, supervisor, enfermera jefe o enfermera de planta, deben limitarse a las que se relacionen y sean necesarias para llevar a cabo el trabajo del departamento.
3. No debe existir ninguna superposición ni conflicto en las funciones de autoridad asignadas.
4. Todo el personal del departamento de servicios de enfermería debe comprender con suma claridad qué funciones de autoridad han

sido asignadas a qué puestos o tareas de los servicios de enfermería

SATISFACCION EN EL TRABAJO Y DISTRIBUCION DE LAS FUNCIONES DE AUTORIDAD Y DE TRABAJO FORMAL. La forma como se distribuyen las funciones de autoridad y de trabajo formal entre los diversos cargos del departamento de enfermería, es de suma importancia para determinar la satisfacción que el personal del departamento obtendrá al desempeñar sus respectivos trabajos. Algunas personas lograrán una mayor satisfacción al desempeñar funciones de trabajo formal; es probable que estas personas prefieran estar cerca de los pacientes la mayor parte del tiempo, y que obtengan una gran satisfacción al ver cómo éstos se recuperan. Les gusta sentir que sus actividades contribuyen a dicha recuperación; les agrada sentir que cada vez comprenden mejor los problemas de la medicina y enfermería y que se vuelven cada día más expertas para hacer frente a tareas difíciles de enfermería. Estas personas comenzarán de inmediato a sentir insatisfacción si se les asigna una tarea de enfermería cuyas funciones, en su mayoría, no se relacionen directamente con la atención de los pacientes.

El personal del departamento de servicios de enfermería tendrá diferentes actitudes respecto al deseo de participar en el proceso de toma de decisiones del departamento. Algunos sentirán una gran necesidad de participar en el proceso de toma de decisiones; pero otros no, siempre y cuando la decisión que se tome no interfiera con el desempeño de sus funciones de trabajo formal.

La distribución de las funciones de trabajo formal y de autoridad entre las diferentes tareas del departamento de servicios de enfermería es importante porque cada una de las personas que realizan las tareas tiene necesidades de personalidad que se satisfacen a través de dichas tareas; esto significa que la distribución de las funciones de autoridad y de trabajo formal entre los diversos miembros del personal, debe

satisfacer las necesidades de las personas que realizan las tareas. Cuando las funciones del departamento no tienen en cuenta las necesidades de las personas que llevan a cabo las tareas, el departamento sufrirá un gran desasosiego y habrá una disminución en la eficiencia de la atención que reciben los pacientes. Esta situación hace necesario que se vuelvan a definir las funciones o que se asigne otro personal a las mismas.

En resumen, la situación de la organización humana de una institución de atención de salud se puede diagnosticar contestando las siguientes preguntas:

1. ¿El análisis de la estructura de trabajo formal indica que se han asignado todas las tareas necesarias?
2. ¿Las diversas tareas se llevan a cabo en un orden tal que faciliten el proceso de recuperación de los pacientes?
3. ¿Se coordinan las funciones de autoridad y de trabajo de tal manera que la necesidad de tomar una decisión no interrumpa la atención de los pacientes?
4. ¿Están todos los empleados conscientes de qué autoridad entraña cada puesto?
5. ¿Son los límites de responsabilidad claros y, por ende, no existe ningún conflicto ni superposición entre las relaciones de autoridad de los diversos miembros del personal?
6. ¿Se satisfacen las necesidades de relaciones informales que tienen los miembros del personal?
7. ¿A todos los miembros de la fuerza de trabajo se les ha asignado el puesto o tarea que les proporciona una mayor satisfacción?

COMUNICACION. Un administrador no puede emprender la tarea de crear un ambiente social que apoye positivamente la labor de los individuos que trabajen en él a menos que exista un sistema adecuado de comunicación, a través del cual se pueda transmitir la información. Por lo general, el sistema formal de comunicación de cualquier departamento de servicios de enfermería se define mediante la estructura de autoridad jerárquica del departamento; el administrador se encuentra en la parte superior de una pirámide y sus asistentes, jefes de unidad, enfermeras y

auxiliares de enfermería, ocupan los lugares correspondientes debajo de él. De esta forma, el sistema formal de comunicación es, en su mayor parte, vertical y une estos niveles de autoridad en una red bien establecida y sumamente clara. El sistema formal emplea una amplia variedad de canales, tales como reuniones programadas, formatos estandarizados, registros y memorandos.

Por otra parte, todas las unidades de trabajo crearán canales informales para comunicar la información. Todas las interacciones espontáneas y no registradas que se producen entre los individuos ayudan a crear este sistema informal, a través del cual se transmite mucha información importante relacionada con el trabajo, junto con otro tipo de información que puede tener un significado más social que técnico. La comunicación informal facilita la liberación de tensiones y la creación de respaldo y armonía emocionales. Las características específicas de todos los sistemas informales de comunicación están determinadas en parte por el entorno social y geográfico que forma parte de los puestos y, en parte, por las combinaciones únicas de personalidades que se producen en cualquier ambiente de trabajo.

Como las relaciones de trabajo entre los individuos y grupos cambian constantemente en respuesta al flujo de pacientes y a los cambios de personal y de procedimientos, el hecho de depender únicamente de la comunicación formal puede resultar problemático. El sistema formal de comunicación evoluciona lentamente y muy raras veces responde a las relaciones únicas que se originan entre los individuos. El administrador debe también reconocer y utilizar el sistema informal, de tal manera que el trabajo se realice en forma eficiente y se mantenga al mismo tiempo la moral o espíritu de cooperación del personal.

El administrador de servicios de enfermería y su personal de supervisión, deben buscar formas de propiciar una superposición de los sistemas formal e informal de comunicación; pueden identificar los cana-

les o líneas ya existentes, a través de los cuales fluye la información por el departamento, y además pueden ampliar los tipos y cantidad de información que pasa por ellos. Si las enfermeras de una unidad clínica determinada son capaces de coordinar sus horas de comida y descanso por medio de un canal informal bien establecido, entonces quizá ese mismo grupo de enfermeras pueda comenzar a hacerse cargo de otras funciones de coordinación y programación que, anteriormente, eran realizadas de manera independiente por un supervisor, quien se las comunicaba indirectamente por medio de memorandos y avisos. En este caso, la ampliación del sistema de información hará que la toma de decisiones relacionada con las actividades de cuidado de los pacientes esté más cerca de las personas que participan directamente en la atención de los pacientes. Asimismo, fortalecerá el equipo de trabajo que el grupo ya ha empezado a crear.

Mientras los sistemas de comunicación formal necesiten que personas con diferentes niveles de autoridad, prestigio y posición intercambien información, el sistema siempre tendrá limitaciones en cuanto a la cantidad de información que transmita, en especial cuando se trata de una institución de atención de salud, en la que la interdependencia y la cooperación son inevitables. Se sabe que toda comunicación está matizada por las necesidades y motivaciones personales de los individuos que participan en ella, y que a menudo estos factores humanos cobran gran importancia en las relaciones basadas en la autoridad. Con frecuencia, la necesidad de seguridad personal, que genera gran parte del comportamiento autodefensivo, define la forma como nos relacionamos con alguien que tiene más autoridad, prestigio o una posición mejor que la nuestra. Así pues, tendemos a establecer comunicación con aquellas personas que nos ayudan a sentirnos más seguros. Las investigaciones realizadas han demostrado que en una organización es mucho más fácil que los empleados se comuniquen con personas que

se encuentran por encima de ellos que con personas que están por debajo de ellos, y que dicha comunicación con los superiores tiene por objeto disminuir la amenaza de perder el puesto que ocupan. Lo anterior significa que cualquier persona que tenga autoridad y responsabilidad respecto al personal, recibirá información que ya ha sido examinada y codificada; de manera que los individuos que se comunican con ella puedan sentir que han hecho patente que son competentes y merecen el puesto que ocupan en la actualidad y cualquier puesto más alto al que puedan aspirar. La misma necesidad de seguridad evita que los individuos se comuniquen con las personas que se encuentran por debajo de ellos, ya que sus subalternos no son capaces de satisfacer en forma directa esta necesidad. En realidad, muchas personas consideran que transmitir información a los subordinados representa una amenaza para la autoridad y seguridad personales. Si retienen y censuran la información que les transmiten, las personas pueden utilizar sus conocimientos para mantener a los demás en la ignorancia y que sigan dependiendo de su autoridad, asegurando así que sus puestos no serán ocupados por ninguno de sus subalternos.

Estas actitudes constituyen un peligro constante para la comunicación y, si no se les hace frente, la mayor parte de la información circulará únicamente a través de los canales informales, tales como las relaciones de amistad, en las que existe cierta base para que haya confianza entre dos individuos y no se ponen en riesgo las necesidades personales de seguridad. Si se desea tener una comunicación abierta y que no constituya amenaza alguna a través de las líneas más formales de la organización, es preciso realizar un esfuerzo consciente. Ninguna persona estará dispuesta a discutir sus problemas, temores y fracasos, a menos que esté segura que se tendrá en cuenta su franqueza y que la información no se usará en su contra. Desde su más tierna infancia, las personas sienten un gran temor a revelar sus carencias o insu-

ficiencias porque piensan que pueden ser castigadas. Para eliminar estas barreras humanas y establecer la comunicación de una información completa y exacta, es necesario que el departamento se dedique a la tarea de resolver algunos problemas Jackson (1964) identificó los cuatro problemas siguientes de los cuales la comunicación deficiente no es más que un síntoma

- 1 Falta de confianza entre los individuos
- 2 Diferentes metas y sistemas de valores que crean conflictos entre las personas en lugar de fomentar la interdependencia
- 3 El problema de distribuir equitativamente las recompensas para propiciar el flujo libre de las ideas
- 4 El problema de comprender y estar de acuerdo con la estructura social de la organización

Los problemas de organización son universales y reflejan las tensiones que las estructuras burocráticas imponen a las interacciones humanas. El administrador de servicios de enfermería puede suministrar un entorno en el que estos problemas se reduzcan al mínimo, puede dedicarse al perfeccionamiento del personal, a la capacitación y demás medidas positivas que fortalezcan el sistema social dentro de su departamento. Además, el administrador de servicios de enfermería también puede crear un modelo de comunicación para su personal de supervisión, de tal manera que la información que descende se reciba y utilice efectivamente. Esta es una de las responsabilidades primordiales de las personas que tienen autoridad. A continuación se mencionan algunas características de la comunicación eficaz del supervisor. Describen un estilo de trabajo que el administrador de servicios de enfermería y su personal supervisor pueden emplear cuando hacen lo necesario para brindar los servicios de enfermería y satisfacer las necesidades de los individuos ante quienes son responsables

1. La relación que existe entre el supervisor y el subordinado se caracteriza por la confianza mutua y las expectativas compartidas. Los subalternos sienten la se-

guridad de que el supervisor no entenderá mal ni ignorará sus necesidades.

2. Los supervisores son capaces de establecer apoyo e interdependencia entre los grupos de personal. La información se comprende y se utiliza mejor cuando se da colectivamente a un grupo de trabajo que cuando se da individualmente, por separado, a los miembros del grupo. Se sabe que los canales horizontales de comunicación dentro de un grupo suelen tener mucha fuerza y satisfacen las necesidades emocionales de los miembros. Los supervisores pueden servirse de estos canales y mantenerlos abiertos, pero es preciso que transmitan información importante relacionada con el trabajo, que el grupo pueda emplear para coordinar sus actividades, de lo contrario, a través de estos canales comenzará a fluir una información, o "ruido", menos útil y en última instancia contraproducente

3. Los supervisores deben codificar la información, de tal modo que sea útil para su personal. Es muy probable que los cambios de políticas que afecten a todo el departamento tengan que ser repetidas, para aplicarlas a una situación específica de trabajo y a un determinado grupo de empleados. Conforme la información pasa a través de las fronteras entre los subgrupos, las necesidades de cada grupo que la reciba alterarán la forma adecuada del mensaje. Si bien es cierto que los supervisores o administradores pueden sostener excelentes relaciones con el personal, los que no comprendan y transmitan información en el código de sus unidades de trabajo pensarán que los demás no están actuando de acuerdo con la información que les transmitieron. Quizá se trate de un simple problema cognoscitivo que resulta del hecho de que el mensaje se codificó de tal forma que su aplicación a situaciones reales de trabajo no pudo ser bien comprendida por las personas que lo recibieron. Si los supervisores piden retroalimentación directa a su personal, pueden comenzar a evaluar y mejorar este elemento de su estilo de comunicación

4. Los supervisores manejan diferentes clases de información que pueden transmitir a sus subordinados, y su eficiencia como personas que dirigen se reflejará en la cantidad y variedad de información que pongan a disposición de ellos. Katz y Kahn (1966) identificaron cinco tipos de información que se transmite en forma descendente en las organizaciones: (a) instrucciones de trabajo, (b) principios y análisis de trabajo, (c) procedimientos y políticas, (d) retroalimentación y (e) adoctrinamiento sobre las metas. En el ambiente de un hospital, que está lleno de presiones, las instrucciones de trabajo (la información directiva necesaria para que las personas lleven a cabo las tareas inmediatas que corresponden a sus puestos) son una de las principales responsabilidades del supervisor. La obligación del supervisor es que las personas sepan qué tienen que hacer y conozcan los procedimientos y políticas de la organización para que puedan tomar las decisiones correctas cuando tengan que hacer frente a las variaciones que suelen presentarse dentro de sus tareas. Con frecuencia, el supervisor pensará que el ritmo y la carga de trabajo hacen que sea prácticamente imposible transmitir todas las instrucciones de trabajo que debe comunicar a sus subalternos. Así pues, quizá el supervisor considere que la comunicación se ha transformado en un flujo constante de instrucciones, políticas y procedimientos, y muy poco más. Katz y Kahn (1966) afirman que si se alcanza cierto equilibrio entre la transmisión de instrucciones de trabajo y de principios de trabajo, llegará un momento en que los supervisores den menos instrucciones, a medida que los miembros del personal comiencen a comprender cómo encajan sus trabajos en un sistema más amplio. Si las enfermeras reciben un panorama general de las relaciones que existen entre las diferentes partes del departamento de servicios de enfermería y de los otros departamentos, así como del concepto de atención integral de los pacientes y del papel que desempeñan en ella, comenzarán a comprender los prin-

cipios más amplios que sustentan sus funciones y el diseño de sus puestos. Esta comprensión permitirá disminuir la cantidad de órdenes e instrucciones que necesitan para realizar su trabajo. En última instancia, el hecho de tomar el tiempo necesario para que el supervisor transmita a los subalternos la información relativa a los principios del trabajo, permitirá que este canal quede abierto a otras funciones, como la retroalimentación y el establecimiento de metas. Un supervisor que siempre está dando órdenes y no tiene tiempo de realizar la retroalimentación con su personal ni de emprender la tarea de establecer objetivos y planes a largo plazo, no está dando el apoyo necesario para que el personal realice mejor su trabajo.

DIRECCION

La estrategia fundamental de una organización se da a conocer mediante la función de dirección del acto físico. Después de concebir y organizar un plan, la función de dirección se hace cargo del mismo; el fin de esta función consiste en poner en práctica los planes organizados a través del empleo de recursos y la traducción de estrategias en tácticas.

En sentido estricto, la función de dirección es semejante o igual a la de supervisión. No obstante, en un sentido más amplio comprende los siguientes elementos interdependientes: (1) delegación, (2) supervisión, (3) coordinación y (4) control (Dimock, 1958).

La relación que existe entre estos cuatro elementos esenciales de la dirección se puede describir de la siguiente manera: Delegamos para asignarle a cada uno una tarea específica y para relacionar todo el trabajo con una organización, estructura y personas determinadas. Supervisamos para enseñar a los demás a ayudarse a sí mismos y a comprender que si se utilizan las técnicas adecuadas, la estrategia se puede llevar a cabo de la mejor forma posible. Coordinamos todo lo que hemos delegado para evitar dejar cabos sueltos, y ejerce-

mos un control administrativo interno sobre este programa, a fin de estar seguros que todo se realiza de acuerdo con el plan, oportunamente y con una eficacia establecida de antemano para lograr unidad y simetría. Estos elementos relacionados constituyen el proceso de dirigir y los une la filosofía de la administración por objetivos.

Proceso de dirigir

DELEGACION DE AUTORIDAD

La delegación implica la asignación y descentralización de la autoridad, pues impone responsabilidades y deberes y asigna tareas hasta los niveles más bajos de la organización donde haya suficiente competencia e información para tomar decisiones y llevar a cabo tareas con eficiencia (Dimock, 1958). La administración por objetivos significa que todos los miembros de la organización de servicios de enfermería participan en el establecimiento de objetivos, en el diseño y desarrollo de planes y políticas y en la formulación de planes detallados de operación. Cuando los individuos han ayudado a determinar las condiciones, por ejemplo, si se les incluye en las reuniones y consultas de personal, se puede obtener la máxima utilización de sus talentos.

Después de aclarar los objetivos del programa, el siguiente paso del grupo de servicios de enfermería consiste en explicar detalladamente qué debe hacer cada unidad clínica y qué se espera que realice cada individuo. Las personas que trabajan en la oficina de personal elaboran la clasificación y descripciones de los puestos del departamento. Este es el único medio de determinar con claridad los objetivos de los individuos, delegar responsabilidades y dar a todos los empleados una orden precisa respecto al trabajo que deben realizar, implica no sólo el análisis de los puestos, sino también el hecho de considerar las habilidades que requieren las personas que los ocuparán. Lo anterior permite aprovechar y perfeccionar todo lo posible la

fuerza y el potencial de cada enfermera profesional y también tener en cuenta los puntos débiles de cada individuo. A todas las enfermeras de la cadena de mando se les debe dar todo el poder discrecional que puedan absorber, en consonancia con las preferencias y mentalidad, y con el beneficio de la organización en su conjunto.

El departamento de servicios de enfermería podrá evitar que le acucen de favoritismo y fomentar las relaciones armoniosas de trabajo si trata a todas las personas con equidad e igualdad. Por ejemplo, cuando hay dos enfermeras en el mismo nivel y el supervisor administrativo desea darle más libertad a una de ellas, el superior debe apegarse a los principios y dar más autoridad a la enfermera más capacitada profesionalmente; no obstante, al mismo tiempo el supervisor debe tomarse el trabajo de explicar a todos los interesados, y en especial a la persona a la que se le negó la misma autoridad, por qué se decidió aumentar la responsabilidad y autoridad de la otra enfermera. La condición indispensable para que la administración por objetivos tenga éxito es que el administrador de enfermería y su personal supervisor actúen con objetividad y asuman una actitud positiva en todo momento.

Este tipo de delegación en el proceso de dirigir representa ventajas fundamentales para el administrador de servicios de enfermería que lo emplea; alivia su propia carga de responsabilidades pequeñas, de manera que pueda disponer de más tiempo para utilizar sus habilidades intelectuales para planificar, conservar la vitalidad de la institución y fomentar el cambio y la investigación; asimismo, ayuda a desarrollar el potencial de las demás personas en quienes delega autoridad. Este último grupo es fundamentalmente responsable de dirigir la administración de servicios de enfermería, es decir, la población que actúa o media, tal como supervisores, subdirectores y enfermeras jefes. Todos los miembros de la organización de servicios de enfermería poseen un potencial que se puede determinar aproximadamente.

Si en una organización de servicios de enfermería existen 20 supervisores y la calidad del desempeño medio aumenta diez puntos en cada uno, habrá una mejora total de 200 puntos, pero si hay un administrador a quien le falta previsión, que todo lo concentra en sí mismo, y un solo supervisor para todo, si la calidad del desempeño de este administrador aumenta 20 puntos, habrá una pérdida neta de 180 puntos. Con el tiempo, el beneficio real al desarrollar los potenciales de 20 supervisores será aún mayor la ganancia gracias al efecto multiplicador que tendrán en el trabajo. Incluso si el administrador de servicios de enfermería se encuentra cerca de su límite de eficiencia, otras personas, que se encuentran en diferentes etapas de sus carreras, quizá puedan crecer y, de esta manera, continuar perfeccionándose si la organización respalda su perfeccionamiento (Dimock, 1958)

Una vez que se han establecido los objetivos y delegado la autoridad a todo lo largo de la línea, el siguiente paso consiste en dar al personal la máxima libertad profesional y autonomía con el objeto de que pueda crear los medios adecuados para alcanzar los fines de los cuales es responsable. Lo anterior es necesario porque le hace saber a los miembros del personal que el administrador y los supervisores tienen confianza en ellos y esperan que se perfeccionen en el trabajo, que reconocen que existe más de una forma correcta para hacer las cosas y que el personal asignado puede tener varias formas que le parezcan más adecuadas, dependiendo de sus conocimientos, criterios y demás factores

No obstante, si la forma de actuar de una enfermera no es satisfactoria o cuesta más de lo que ayuda al paciente, entonces es preciso informar a dicha enfermera de que existen formas más convenientes, resultado de la supervisión apropiada y de la educación continua. Los administradores y supervisores de servicios de enfermería deben saber que, como parte de la dirección dinámica, tienen la obligación de dar órdenes en algunas ocasiones. No existe ningún

conflicto entre el liderazgo firme y la autonomía del personal, por el contrario, en proporción correcta las dos son responsables del equilibrio necesario, siempre y cuando las órdenes no sean conminatorias ni se den con mala intención ni innecesariamente cuando puede esperarse que una enfermera use su propio criterio.

Saber dónde se encuentra con certeza esta línea divisoria constituye una verdadera prueba de la capacidad administrativa y supervisora, y se deriva más de una filosofía correcta que de una gran experiencia

Es preciso tener en cuenta que una organización de servicios de enfermería en la que se valúa explícitamente el desarrollo de los individuos, fomenta el mantenimiento de la moral, el espíritu de cooperación y la satisfacción. En consecuencia, el programa es más atractivo para el personal profesional de enfermería y contribuye a la supervivencia de la institución y a la excelencia de la atención de los pacientes

Dos factores importantes que afectan la calidad de la dirección de los servicios de enfermería son la resistencia del personal administrativo a la delegación de autoridad y el hecho de que los colaboradores eviten asumir la responsabilidad. Las enfermeras supervisoras que son conscientes y muestran niveles sobresalientes de desempeño, se sienten tentadas a realizar por sí mismas todas las tareas que pueden llevar a cabo mejor que sus colaboradores; basan su elección sólo en la diferencia de calidad con que ellas o sus colaboradores realizarán la tarea específica, en lugar de comparar el mejoramiento en el desempeño que resultaría de hacer el trabajo ellas mismas, con los beneficios que experimentaría toda la operación si dedicaran su atención a las funciones de planificación y supervisión que sólo ellas están en posición de desempeñar. Sólo después de que las enfermeras acepten emocional e intelectualmente la idea de que su trabajo exige que otras personas realicen la mayor parte de las tareas, podrán utilizar plenamente la delegación de autoridad.

La falta de habilidad para dirigir representa otra barrera para que la delegación tenga éxito. Las enfermeras deben ser capaces de comunicar a sus colaboradores, a menudo con bastante anticipación, lo que se debe hacer; esto significa que tienen la obligación de: (1) pensar y visualizar con anticipación la situación de trabajo, (2) formular los objetivos y los planes generales de acción y después (3) comunicarlos a sus colaboradores.

La falta de confianza en los colaboradores es otro obstáculo para la delegación. En este caso, las enfermeras dudan en permitir que sus colaboradores realicen las tareas porque "Ellos pondrán atención a los detalles, pero se les escaparán los puntos importantes", o "Tienen buenas ideas, pero no las siguen hasta el final".

Cuando este tipo de situación es evidente y reconocido, el remedio es claro; se puede iniciar la capacitación de inmediato o, si resulta impráctico, es preciso buscar a otra persona.

Con frecuencia la situación no es, de ninguna manera, tan clara. La falta de confianza en los demás puede ser una percepción sumamente subjetiva y casi inconsciente; en este caso, el administrador o supervisor de servicios de enfermería quizá agrave el problema aparentando estar de acuerdo con la delegación, pero, en realidad, retirándole su confianza a una persona de cuya percepción no está segura. En tal caso, el administrador debe convertirse en modelo para el resto de la organización; en lugar de permitir que la falta de confianza en un colaborador quede sin resolver, el administrador tiene la obligación de iniciar la comunicación, obtener más información y explicar con toda claridad la delegación de autoridad a la persona en cuestión.

Otra barrera es la carencia de controles selectivos, que puedan dar la alarma acerca de dificultades inminentes. Pueden surgir problemas que vayan más allá de la delegación y es natural que el supervisor desee que no lo tomen desprevenido. Por tanto, el supervisor responsable necesita obtener retroalimentación sobre lo que está suce-

diendo; dicha información también es útil para realizar consultas con el personal y para evaluar los resultados finales.

Si bien es preciso tener cuidado de que el sistema de control no socave la esencia misma de la delegación, también es cierto que el supervisor no puede abandonar por completo las responsabilidades. A menos que el supervisor tenga confianza en la idoneidad de los controles, la delegación de tareas deberá llevarse a cabo con sumo cuidado.

Es probable que el supervisor se vea limitado por una aversión emocional a correr un riesgo; incluso cuando cuenta con instrucciones claras, colaboradores adecuados y controles selectivos, sin embargo, mantiene la posibilidad de que algo salga mal. El supervisor que delega corre un riesgo calculado; en un tiempo determinado, espera que los beneficios derivados de la delegación compensen con creces los problemas que surjan. El supervisor se mostrará renuente a delegar hasta que aprecie esta característica de su trabajo y se adapte a ella, tanto emocional como intelectualmente.

Los obstáculos de la delegación eficaz se relacionan con las actitudes del supervisor, el administrador, la enfermera o cualquier otra persona que realice la delegación. Por suerte, existen medios para reconocer y cambiar determinadas actitudes. Si se mantienen abiertas las líneas de comunicación por medio de reuniones y consultas constantes, existe la oportunidad de llevar a cabo una asesoría personalizada, destinada a cambiar actitudes específicas. Asimismo, existe la posibilidad de ayudar a toda una unidad de trabajo a fomentar las habilidades de delegación, ofreciéndole algunas ideas acerca de la creación estructurada de un equipo o alguna experiencia en el campo de las relaciones humanas. Así pues, cuando se debe hacer frente a una situación en la que en realidad no se está delegando la autoridad como debiera, el administrador de servicios de enfermería puede examinar en primer lugar por qué existen razones para mostrarse renuente a

transmitir autoridad; a continuación se puede determinar un método para hacer posible el cambio.

La delegación es una relación de doble vía; incluso cuando el supervisor puede y está preparado para transmitir autoridad, tal vez haya razones para que el colaborador no quiera aceptarla. Algo dentro del colaborador o en la relación que existe entre éste y el supervisor puede convertirse en un obstáculo.

A menudo los trabajadores consideran que es más fácil preguntar al supervisor cómo deben manejar un problema, que decidir por sí mismos. La toma de decisiones es un trabajo mental difícil y las personas tratan de encontrar la forma de evitarla. Además, la toma de decisiones implica que uno es responsable de los resultados. El hecho de preguntar al supervisor es una forma de compartir, por no decir trasladar, esta carga. Estas actitudes, cuando se repiten durante cierto tiempo, fomentan que se dependa del supervisor y no de la enfermera.

El temor de ser criticada por errores cometidos impide que la enfermera asuma la responsabilidad. Gran parte depende de la naturaleza de la crítica; las críticas negativas causan con frecuencia resentimientos, mientras que las positivas suelen ser aceptadas. Las críticas negativas o poco razonables, expresadas públicamente y de tal forma que avergüencen a la persona delante de algunos colaboradores agrava el problema. Dichas críticas tienen un efecto adverso en la disposición de esa persona para asumir una responsabilidad. La enfermera será muy cautelosa y no correrá ningún riesgo; los sentimientos de la persona serán: "¿Por qué debo arriesgarme por el supervisor?"

Otra razón para evitar la responsabilidad es la falta de información y de recursos para realizar un buen trabajo. Es posible que una persona acostumbrada a trabajar entre una serie interminable de limitaciones presupuestarias y personales, acepte una responsabilidad con pleno conocimiento de que cada medida tomada impli-

cará una verdadera lucha. No obstante, por lo general las frustraciones que acompañan a la falta de información y a los recursos insuficientes crean en la persona una actitud que rechaza otras tareas.

Otro obstáculo es, sencillamente, que quizá el colaborador ya tenga más trabajo del que puede hacerse cargo. Lo cierto es que tal vez esa sobrecarga sea culpa del propio supervisor; por ejemplo, es posible que no emplee bien su tiempo o que sea incapaz de contratar ayudantes capacitados y competentes aunque tenga autoridad para hacerlo. Empero, desde el punto de vista de su disposición para aceptar una responsabilidad, el exceso de trabajo no es lo más importante; si ya existe un sentimiento de exceso de trabajo, es probable que el supervisor trate de huir de nuevas tareas que exijan pensar o tener iniciativas.

Otra razón para evitar la responsabilidad es la falta de confianza en uno mismo; por ejemplo, el supervisor estima que la enfermera puede hacer el trabajo y está dispuesta a correr con el riesgo de los resultados, pero la enfermera se siente insegura y no quiere aventurarse. La confianza en sí mismo se puede desarrollar haciendo que la persona adquiriera experiencia en resolver problemas cada vez más difíciles, a fin de ayudar a la persona a apreciar su propia capacidad.

Los incentivos positivos suelen ser inadecuados. Como se mencionó anteriormente, el hecho de aceptar más responsabilidades por lo general implica más trabajo mental y presión emocional; existe el riesgo de fracasar, que no es agradable. A causa de esto, debe haber recompensas positivas para las personas que acepten una nueva responsabilidad, dichos incentivos pueden adoptar un sinnúmero de formas, tales como aumentos de salario, mejores oportunidades de obtener una promoción, un nuevo puesto, mejor posición y condiciones más agradables de trabajo. Lo importante es que el colaborador afectado por la delegación debe recibir un incentivo positivo apropiado.

A fin de poder analizar y evaluar la distribución y empleo de la autoridad dentro de una organización, ofrecemos el siguiente cuestionario, que no comprende todas las preguntas posible. Muchas de las preguntas no pueden y, con frecuencia, no deben ser contestadas con un simple *sí* o *no*. Las organizaciones y los administradores de las mismas pueden, y deben, ser diferentes.

1. ¿Es clara la delegación de autoridad y responsabilidad dentro de la organización? ¿Por la división, por la subdivisión, por los individuos?
2. ¿La delegación de autoridad es comparable con la responsabilidad asignada al puesto o a la persona en particular? ¿Están bien definidos los límites de la responsabilidad?
3. ¿Están los diferentes aspectos de delegación de autoridad de la organización tan correlacionadas y comprendidas, que las personas responsables pueden apreciar su función en el plan global?
4. ¿Existen conflictos con la delegación de autoridad?
5. ¿Se puede confiar en las delegaciones? ¿Son relativamente estables?
6. ¿La delegación de autoridad se realiza de tal manera que no se pierda la unidad de mando, ni la unidad de propósitos?
7. ¿Las delegaciones específicas de autoridad y responsabilidad se relacionan con las aptitudes y talentos específicos del personal?
8. ¿Tiende la delegación de responsabilidad a respaldar actividades homogéneas?
9. ¿Asegura la delegación la probabilidad de que se lleven a cabo las tareas que se asignan?
10. ¿Se han establecido controles para asegurar una adecuada rendición de cuentas sobre las responsabilidades asignadas?
11. ¿Respaldan todas las delegaciones de autoridad la idea fundamental de la política general? ¿Ayudan a coordinar todos los esfuerzos hacia la consecución de dicha meta?
12. ¿Hay excesiva delegación de autoridad y responsabilidad?
13. ¿La delegación de autoridad y responsabilidad proporciona un espacio adecuado de control?

SUPERVISION

El supervisor de enfermería se distingue por adaptar intereses y valores de tal ma-

nera que se cree una estrecha afinidad entre las metas de la institución y las de los individuos que trabajan para ella. Según Tead (1951), los seres humanos tienen un interés doble: la integridad de sí mismos y su relación adecuada con su entorno global. Si pueden encontrar su forma de vida y la individualidad en su trabajo, serán mucho más felices que si se ven obligados a funcionar en dos esferas diferentes e incluso hostiles, es decir, el mundo dividido de las personas que pertenecen a una organización.

La solución propuesta por Tead constituye la clave para resolver el problema de cómo lograr que los empleados sean profundamente leales a la organización de la que forman parte. Además, procura la consecución de dicho fin sin utilizar la reglamentación, ni la manipulación por ningún otro medio deficiente y antisocial, como los que hicieron que W. H. Whyte (1952) afirmara que a fin de conservar su individualidad y dar a la organización la crítica que necesita, las personas deben oponerse a las influencias deshumanizadoras que impone la vida institucional.

Peter Drucker (1954) llama principio último a esta mezcla de los valores institucionales y los valores individuales. El desafío del supervisor consiste en mezclar todo el alcance de los puntos fuertes y responsabilidades del individuo en una dirección común, en crear un ambiente en el que sea posible el trabajo espontáneo en equipo y en armonizar las metas de los individuos con las del grupo.

La investigación psicológica moderna ha confirmado los puntos de vista de Tead y Drucker. Daniel Katz (1950, p. 4) del Michigan Survey Research Center, enuncia este principio de la siguiente manera

Cuando se les da cierto grado de libertad en relación con la forma como realizan su trabajo, se motiva a las personas con mayor eficiencia que cuando todos los actos se prescriben con anticipación. Cuando pueden tomar algunas decisiones relativas a su trabajo, su desempeño es mejor que cuando alguien más toma todas las decisiones por ellos. Cuando se las trata como

personas, responden de forma más adecuada que cuando se las considera engranajes de una máquina

Estas opiniones son especialmente válidas cuando se trata de personal profesional, incluyendo a las enfermeras. Si bien este análisis se puede aplicar a cualquier profesional del área de la atención de salud, nos concentraremos en la enfermera profesional. Una característica distintiva de las enfermeras profesionales es la gran necesidad que tienen de decidir por sí mismas. Las enfermeras profesionales se motivan a sí mismas para ingresar y dedicarse a la profesión, y realizan sus actividades diarias de tal manera que satisfagan sus objetivos personales. Las organizaciones de atención de salud y sus administradores y supervisores asumen la responsabilidad del desempeño de los profesionales. Los administradores y supervisores llevan en sí mismos un potencial ilimitado de conocimientos y motivación profesionales, pero a menudo el desempeño de la organización no está a la altura de ese potencial. La insatisfacción, la indiferencia, fricción, irresponsabilidad incuestionable o la resistencia abierta, pueden socavar seriamente el desempeño de una organización de profesionales. Con frecuencia, lo que hace falta es supervisión.

El trabajo de un supervisor consiste en motivar a la enfermera profesional para que tenga un desempeño óptimo, creando el ambiente adecuado de dirección. La obtención de este ambiente depende en gran medida del grado en el que el personal acepte como suyas las metas de la organización y trabaje para lograrlas, esto depende, a su vez, del ambiente de supervisión en el que trabajen, es decir, la manera como el supervisor ejerza su autoridad e influencia, utilice su sistema de control y permita que los miembros de la organización obtengan satisfacción personal de su trabajo, determina la eficiencia global de la organización

A medida que las organizaciones crecen, se vuelven más impersonales y formales. En éstas, el supervisor debe dedicar más tiempo a los problemas de motivación los

cuales en las organizaciones más pequeñas se pueden resolver informalmente a través del contacto personal. Se supone que cuando la organización es pequeña, la interacción cotidiana de todas las personas, incluyendo los administradores de servicios de enfermería, supervisores, enfermeras jefes y personal asesor, le permite al supervisor detectar oportunamente los focos de descontento y crear un clima en el que los miembros estén bien informados y se sientan razonablemente seguros y satisfechos.

Cuando el trabajo se divide tanto que pequeños grupos o equipos son responsables de la atención de los pacientes, los supervisores pueden detectar con facilidad el descontento tanto en las organizaciones grandes de atención de la salud como en las pequeñas. De esta manera, el tipo de trabajo que las personas realizan en los hospitales y demás instituciones de salud y el tamaño de las organizaciones, les otorgan ventajas inherentes, que se derivan de grupos pequeños y estrechamente unidos que colaboran en proyectos que consideran como propios

Además, el hecho de que la mayor parte de las enfermeras de los hospitales y otras instituciones se identifiquen con la profesión, les da a estas instituciones una ventaja que no poseen las demás. Las enfermeras profesionales se motivan a sí mismas para hacer todo lo que pueden, incluso en condiciones adversas. La supervisión adecuada de los profesionales implica crear oportunidades para que las personas hagan lo que ya estaban dispuestas a hacer desde el momento cuando eligieron la profesión de enfermeras. En ambos casos, la actividad de los pequeños grupos y los intereses de sus empleados, permiten a las organizaciones de atención de salud gozar de algunas ventajas inherentes, que la supervisión adecuada puede explotar al máximo. No obstante, es preciso tener cuidado de no dar siempre por sentada la motivación de la enfermera profesional. Un ambiente dictatorial de supervisión, puede destruir todos los beneficios que resultan de la creación de relaciones humanas armoniosas.

Es erróneo suponer que la comunicación se dará en forma automática por el simple hecho de que los miembros del grupo sostienen buenas relaciones y que las relaciones informales o casuales pueden ser un sustituto eficaz de la supervisión y organización. La imagen que tienen las enfermeras profesionales de sí mismas, puede ser destruida por experiencias que ellas no consideren profesionales; por ejemplo, un exceso de tareas no relacionadas con la enfermería, demasiado trabajo de oficina, una supervisión estrecha en lugar de libertad de acción, esperar que obedezcan ciegamente en vez de pedirles un consentimiento razonable y darles una información limitada acerca del sistema como un todo, son prácticas de supervisión que contradicen directamente la imagen que tiene el profesional de sí mismo, la cual es de suma importancia para la motivación.

Además del ambiente adecuado de dirección, existen dos factores que afectan la motivación para desempeñar una tarea, los cuales dependen de la calidad de la supervisión. Uno de los factores son los objetivos de la organización. Los empleados se comprometerán a alcanzar aquellos objetivos cuya consecución les proporcione recompensas se dirigirán y controlarán a sí mismos para lograr los objetivos con los que se comprometieron. Es indudable que la necesidad de ganarse la vida induce a las personas a buscar un empleo, o a permanecer en uno, pero rara vez los motiva a dar lo mejor de sí mismos. La motivación se deriva más de principios psicológicos que de principios lógicos. El hecho que una persona trabaje para una institución determinada de atención de salud, depende del salario que perciba, pero la dedicación que ponga en su trabajo dependerá de los sentimientos que abrigue respecto al valor de ese trabajo. Para la persona dedicada y motivada, el trabajo vale más que el dinero.

Durante los últimos años, las organizaciones de atención de salud han logrado mejorar los sistemas de sueldos y salarios y otras prestaciones, y pueden relacionar estas compensaciones financieras con el

desempeño. No obstante, en la actualidad el verdadero reto consiste en suministrar un ambiente físico y conceptual que propicie la práctica de la enfermería profesional. El supervisor debe descubrir constantemente la forma de manejar las necesidades menos tangibles, aunque en apariencia más importantes, de las personas.

El otro factor que motiva a las personas a trabajar con eficiencia, se relaciona con la satisfacción de las necesidades sociales y personales, la cual se manifiesta en las actitudes y sentimientos de las personas que consideran que la organización a la que pertenecen es un buen lugar para trabajar, porque es justa y considerada (en especial gracias a los esfuerzos del supervisor) y porque ofrece un buen grupo de trabajo y un equipo ganador. Básicamente, expresan la satisfacción de las necesidades sociales (formar parte de una organización y un grupo de trabajo satisfactorios) y de las necesidades personales (respetto por uno mismo, reconocimiento, reputación, creatividad, realización, un grado razonable de libertad y dignidad humana). Es preciso obtener reconocimiento por el desempeño satisfactorio; si los objetivos son legítimos y valiosos, la calidad de la supervisión determinará el grado de compromiso que mantienen los miembros del personal para cumplir los objetivos de la organización.

Como los objetivos de la organización ya están dados y las necesidades personales de cada uno son diferentes, no hay razón para suponer que el hecho de trabajar en la organización satisfaga todas las necesidades de cada uno de sus miembros. Sin embargo, cuanto más "profesional" es una persona, más se convertirá su trabajo en una forma de vida. Por ende, una organización de profesionales de atención de la salud brinda un sinnúmero de oportunidades para que las personas obtengan muchas de las satisfacciones que brinda la vida a través del trabajo. Mientras la organización sea incapaz de canalizar esta motivación hacia el desempeño satisfactorio en el trabajo, no podrá alcanzar sus propios objetivos.

A causa de las diferencias individuales, la motivación es todavía algo situacional y es necesario que el supervisor aplique criterios adecuados en cada caso específico. Asimismo, los profesionales de atención de la salud como grupo, no son diametralmente diferentes de los demás profesionales. No obstante, en términos generales, se puede decir que las necesidades primordiales de un profesional en cuanto a su trabajo, se limitan a las que le obligaron a dedicarse a dicha profesión; es posible que éstas tiendan a poner más énfasis en la satisfacción de necesidades que van más allá de la seguridad económica, tales como las necesidades egoístas de autoestima y reconocimiento, y que también pueden ser verdad cuando se trata de empleados que evitan la profesión.

No existen reglas fijas en relación con la motivación de los profesionales, ya sea que trabajen en el campo de la atención de la salud o en otra área totalmente diferente, sin embargo, algunas pautas pueden ser útiles:

El supervisor eficiente presta más atención al perfeccionamiento del personal, dándole educación y experiencia continuas, en lugar de gastar energías en dar órdenes y mantener a la gente "bajo control". El supervisor debe satisfacer la necesidad que tiene el profesional de saber la razón por la que se deben hacer las cosas, lo cual puede lograr mediante la libre comunicación, tanto formal como informal.

El supervisor también debe satisfacer la necesidad que tiene el profesional de ser creativo y realizarse, asignándole tareas que representen un reto y permitiéndole ejercer su criterio y su individualidad en la forma de decidir cómo va a realizar la tarea. El supervisor debe pedir la opinión de su personal al establecer las metas y los objetivos; imponer normas de calidad, fijar fechas límite, y solicitar retroalimentación constante acerca del desempeño. Empero, es preciso dar al personal la mayor libertad posible para que estructure el método y programe los esfuerzos que conducirán a la consecución de las metas.

El supervisor tiene que atender las necesidades del profesional relativas a las satisfacciones psicológicas y sociales, que hacen que la vida tenga valor para él, creando grupos de trabajo compatibles y armoniosos y reconociendo formal e informalmente el trabajo realizado y las metas alcanzadas tanto por los individuos como por los grupos. El supervisor tiene la obligación de ofrecer ayuda y apoyo constructivos cuando se produzcan fallas, de fomentar otros tipos de reconocimiento por medio de asociaciones profesionales fuera del trabajo y del perfeccionamiento del personal.

Como los profesionales piensan que la relación de trabajo es una relación entre colegas y no una relación entre un superior y un subordinado, el supervisor tiene que reconocer la interdependencia que existe entre el superior y el subordinado y consultar con toda libertad al personal, con la mayor anticipación posible respecto al momento cuando se deba llevar a cabo una tarea y sobre los asuntos que lo afecten directamente. Por otra parte, el supervisor debe fomentar la comunicación ascendente, honesta y libre, tanto de sentimientos como de actitudes, y propiciar las críticas y sugerencias constructivas. La relación a nivel de colegas sólo se puede producir cuando se cuenta con una gran experiencia en la supervisión congruente, que convence al personal de que no debe temer ninguna represalia aunque sepa que el supervisor es la persona responsable por todos los miembros del personal.

Cualquiera sea la forma como una persona llegue a tener responsabilidades de supervisión, ya sea que forme parte de la profesión o que provenga del exterior como especialista en supervisión, tendrá la obligación de mostrar a los demás miembros de la organización un desempeño óptimo en el trabajo que, en última instancia, es responsable. Cuando los otros miembros de la organización son profesionales y especialistas, el supervisor tiene que hacer frente a algunos problemas que constituyen verdaderos retos y a algunas oportunidades extraordinarias. El hecho de pasar por alto

estos desafíos y de ser insensible a las necesidades de las personas de la organización humana, implica no sólo que el supervisor no está supervisando sino también que la organización no está sacando el mayor provecho posible de sus recursos humanos. Si se enfrentan estas oportunidades y se crea una dirección que motive a los profesionales, se puede mejorar notablemente el desempeño de la organización, proporcionando al mismo tiempo satisfacción al supervisor.

COORDINACION

Si se desea que la administración y supervisión sean eficaces, es preciso coordinar la labor de los especialistas. Una vez que ha logrado la cooperación, el supervisor de enfermería tiene una base excelente para lograr la coordinación. Para conservar los beneficios que suministran los especialistas, es preciso que en algunos puntos de la organización se lleven a cabo la recolección y combinación cuidadosas de las partes para poder darles significado y estructura.

En las organizaciones existen diversos factores de coordinación, la mayor parte de los cuales se puede clasificar como división del trabajo, especialización o interdependencia. La división del trabajo, aunada a la especialización de funciones, crea la base inicial de la coordinación, aunque en las organizaciones la condición de interdependencia funcional constituye la necesidad básica para la coordinación. Como indica Hawley (1950), todas las especialidades de un sistema contienen un conjunto único de funciones y ritmos. No obstante, los diferentes conjuntos de funciones especializadas sólo cobran significado y utilidad cuando se unen de acuerdo con un principio organizador o con el fin de ayudar a cumplir los objetivos del sistema. Esta unión ilustra el concepto de interdependencia funcional.

La interdependencia funcional significa que los diferentes puestos, habilidades y actividades de una organización deben entrar en funcionamiento en el momento y lugar apropiados y en un orden determinado

para que la organización pueda alcanzar sus objetivos. Los distintos conjuntos de funciones de las partes especializadas del sistema deben complementarse o suplementarse entre sí, de forma tal que se eleve al máximo la convergencia de los diferentes esfuerzos en un blanco determinado y se reduzcan al mínimo las interferencias o interrupciones en el proceso. Al considerar los pasos necesarios para atender un caso de emergencia en un hospital, desde el momento de la admisión hasta la salida del paciente o todo lo necesario para practicar una cirugía a un paciente, uno se da cuenta de inmediato de la interdependencia que existe y de la secuencia de acontecimientos que entraña dicha interdependencia, secuencia que exige la programación y ordenamiento del flujo de trabajo, en la que algunas cosas tienen prioridad sobre otras y todas las cosas están articuladas en una estructura coherente.

En las organizaciones industriales, la mayor parte de la programación, espaciamento y articulación de las actividades se logra mediante el empleo de máquinas, es decir, por medio de la coordinación mecánica. Sin embargo, las organizaciones que tienen niveles más bajos de repetición y mecanización, tales como los hospitales, necesitan una cantidad considerable y constante de esfuerzo humano para lograr y mantener una coordinación adecuada. En este tipo de organizaciones es difícil evaluar cuán bien funciona el sistema, y lo es aún más si no se cuenta con un sistema bien desarrollado de coordinación. La motivación para evaluar la eficiencia del sistema y sus partes constituye una base más bien débil de la coordinación. En muchos casos, la única forma de evaluar el desempeño de las diversas partes del sistema consiste en relacionarlas y compararlas entre sí y en evaluar la contribución relativa de cada una. Otra base para la coordinación se deriva del hecho que es imposible evitar que determinadas partes del sistema tengan mayor influencia que otras. Como indica Hawley (1950), el diferente grado de influencia que tiene las partes y grupos de la

organización es característica de casi todas las organizaciones, y se deriva del hecho en el cual ciertas partes del sistema tienen mayor control que las demás sobre la asignación de recursos y facilidades. Pero, cuando se desarrolla una jerarquía semejante de las partes, basándose en el tipo y cantidad de los recursos que controla cada una de ellas, también surge la tendencia de que las partes menos dominantes se alineen con las más dominantes. Esta tendencia, aunada a la motivación que tienen las partes dominantes para estructurar el sistema con el fin de exagerar sus propios objetivos, vuelve imprescindible la coordinación de la organización para impedir que el sistema pierda el equilibrio. La necesidad de efectuar verificaciones y balanceos implica una actividad coordinadora.

La variedad de métodos y mecanismos mediante los cuales las organizaciones de gran tamaño pueden lograr la coordinación es casi infinita. El proceso de coordinación puede ser formal o informal y, en cualquier caso, con o sin intención. Las organizaciones de atención de salud crean puestos, comités administrativos y de enlace cuyo propósito fundamental es la coordinación. De hecho, algunos hospitales han ido mucho más allá en este sentido y han creado el puesto de coordinador de unidades clínicas. De igual forma, algunos hospitales cuentan con lo que se ha dado en llamar comité mixto de discusión, constituido por miembros del consejo de directores, médicos y administradores de servicios hospitalarios y de enfermería, para quienes la coordinación constituye una de sus principales funciones. En otros casos, se les asigna una gran responsabilidad coordinadora a diversas tareas funcionales de la organización, tales como la tarea de la enfermera diplomada en el hospital. En ocasiones, como se mencionó anteriormente, algunas partes del sistema se alinean con otra más importante sin que haya ningún esfuerzo intencionado de coordinación.

El acta constitutiva, los estatutos y demás documentos escritos de la organización, también se pueden utilizar como ins-

trumentos de coordinación. Otros medios de coordinación podrían ser las reuniones, las conferencias e intercambios de ideas, formales e informales entre los miembros de la organización que realizan actividades relacionadas de una u otra manera. El sistema de relaciones entre el superior y los subordinados constituye, entre otras cosas, un mecanismo para coordinar las actividades. Por último, uno de los medios de coordinación menos evidentes, aunque más importantes, se puede encontrar en las actitudes y valores de los miembros de la organización. Probablemente, la mejor garantía de que se puede crear y mantener una coordinación adecuada es la elaboración de normas comunes, expectativas compartidas y entendimiento mutuo entre las diferentes personas que forman parte del sistema. Estos aspectos informales importantes, aunque a menudo olvidados, se encuentran en el mismo nivel que los planes y directrices administrativos, las normas y reglamentos escritos y todos los demás aspectos de la estructura formal de la organización.

Sin importar los métodos de coordinación empleados en una organización determinada, el comportamiento coordinado suele variar de acuerdo con su esfera de acción, los objetivos a los que se dirige y las motivaciones que le sirven de fundamento. Por ejemplo, es posible que la actividad coordinada se inicie como respuesta a un problema existente, para evitar que surjan determinados problemas, o se origina sin necesidad de que se refiera a ningún problema definido, por ejemplo, para poner en práctica un nuevo plan. En consecuencia, es posible y conveniente agrupar las actividades coordinadas en diversos tipos. En su estudio, Georgopoulos y Mann (1961) mencionan cuatro tipos fundamentales de coordinación correctiva, preventiva, reguladora y promotora. La mayor parte de las organizaciones emplean los cuatro tipos de coordinación en un momento u otro, sin importar cuál sea el que prevalezca en una organización determinada. Los cuatro tipos tienen como finalidad or-

ganizar la información de manera adecuada, lo cual no implica que todos los fenómenos de coordinación de una organización sean únicamente correctivos, preventivos, reguladores o promotores. Como dispositivos analíticos, suelen ser instrumento de gran importancia, pues lo que hace que la coordinación de un tipo determinado sea satisfactoria no necesariamente hace que la coordinación de otro tipo lo sea también. Por ejemplo, es probable que la coordinación promotora, apropiada requiera algunas cosas que no sean necesarias para la coordinación correctiva adecuada y viceversa.

Hemos clasificado las actividades de coordinación en cuatro tipos, pero también es posible hacer otras distinciones y las publicaciones en este campo ya les está prestando atención. Todas las actividades coordinadas de una organización se pueden clasificar en dos amplias categorías: las que incluyen programación y las que no lo hacen (véase Georgopoulos y Mann, 1961).

La coordinación programada se concentra fundamentalmente sobre los medios de coordinación mencionados cuando se habló de la planificación y no pone mayor énfasis en la importancia de las fuerzas sociales y psicológicas, tales como la motivación, comprensión mutua y expectativas de los miembros de la organización que se complementen entre sí. Sigue programas establecidos de antemano y se basa en la especificación de las funciones relacionadas con las diferentes tareas de la organización. Por tanto, las actividades se programan, es decir, se regulan los plazos y se establecen y articulan las relaciones entre las diferentes tareas del sistema para que se adapten al programa correspondiente.

La coordinación general permite llevar a cabo los ajustes requeridos para satisfacer las necesidades de la organización, que surjan del funcionamiento diario del sistema, necesidades que no se pueden satisfacer mediante la planificación formal anticipada. En la mayoría de las organizaciones, la actividad no es bastante predeci-

ble para que se pueda confiar en forma exclusiva, o incluso predominante, en la coordinación apropiada. Por tanto, las organizaciones utilizan los dos tipos de coordinación.

CONTROL DE LA SUPERVISION

Cada vez que un administrador de servicios de enfermería delega una tarea en un supervisor o éste delega una tarea en una enfermera, surge el problema de saber si la tarea se llevará a cabo en forma satisfactoria y, en consecuencia, la delegación trae consigo inevitablemente el problema del control. En determinadas situaciones, el supervisor guía y observa el trabajo mientras se está realizando, no obstante, cuando aumenta la cantidad de trabajo delegado, el control mediante la observación directa se vuelve imposible. Así pues, cuando se delega una gran parte de la planificación y de las operaciones, surgen nuevas complicaciones, ya que si un administrador trata de controlar las decisiones de su personal, ¿no niega acaso la delegación de la planificación que hizo en un principio?

Esta pregunta molesta a muchos administradores, conocen los beneficios que pueden derivarse de un grado más alto de descentralización, pero están conscientes de que su obligación no termina nunca. A menudo desean que la descentralización sea completa, siempre y cuando puedan hacerlo "sin perder el control". El control cambia a medida que aumenta la descentralización (Cuadro 4).

Es preciso que un administrador no pierda el control cuando delega cierta cantidad de planificación, pero debe estar preparado para cambiar sus controles. En primer lugar, cambian los tipos adecuados de normas de control. Cuando las decisiones están centralizadas, el administrador establece normas más bien detalladas en cuanto se refiere al método y a los resultados de cada etapa del trabajo. Sin embargo, a medida que delega cada vez más autoridad para planificar y decidir, el administrador debe dejar de prestar atención a los detalles operativos y se concentra en los resultados

Cuadro 4. Efectos de la descentralización del control

Grado de descentralización	Naturaleza del control (tipo de norma o estándar)	Frecuencia de la evaluación
Centralización de todo, excepto las decisiones de rutina	Especificaciones detalladas acerca de cómo se debe realizar el trabajo y acerca de los resultados obtenidos por cada persona	Diariamente respecto al producto; cada hora respecto a la continuidad de los métodos y a la calidad
Libertad de acción dentro de las políticas, programas y métodos normales, empleo del principio de excepción	Resultados de cada etapa de las operaciones, índices de gastos, índices de eficiencia, y rendimiento, movimiento de personal	Semanal a diariamente respecto al producto; mensualmente respecto a los índices y demás información operativa
Descentralización	Resultados generales y algunas señales clave de alarma	Mensualmente respecto a los resultados principales y a las señales de alarma, trimestral o anualmente respecto a los demás resultados

obtenidos. No se trata de hacer un cambio brusco; a medida que se delegan distintos grados de autoridad en relación con una amplia variedad de asuntos, las normas también abarcan más o menos detalles. No obstante, por lo general el administrador abandona el control personal de los detalles y confía cada vez más en la evaluación de los resultados.

Asimismo, cambia la frecuencia de las evaluaciones; como el administrador ya no trata de supervisar las actividades específicas, puede eliminar la mayor parte de los informes diarios. A causa de la creciente descentralización, la atención del administrador se concentra más y más en los resultados globales y, en consecuencia, se puede ampliar el periodo que abarcan los informes. En lo que se refiere al departamento de servicios de enfermería que funciona con un programa establecido y mensurable de calidad y cantidad de atención a los pacientes y con un presupuesto anual, se pueden pedir informes quincenales o mensuales; la frecuencia queda a discreción del administrador.

Conservación de garantías. El cambio de informes de control frecuentes y detallados a informes periódicos de evaluación

general, no impide que se utilicen algunos controles que pongan sobre aviso al administrador. El administrador que ha delegado cierta cantidad de autoridad, probablemente querrá contar de manera regular con un tipo de señales de advertencia. Empero, a medida que aumenta la descentralización de autoridad, por lo general se espera que el supervisor mantenga informado al administrador acerca de las dificultades inminentes y no que lo moleste con datos de control cuando las condiciones son satisfactorias. Es posible que un administrador pida que se le notifique cuando las desviaciones de la norma excedan cierto límite, aplicando de esta manera el principio de excepción al control y a la planificación.

Por otra parte, es común utilizar un control previo respecto a ciertos puntos importantes, como la designación de personal clave o el gasto de capital. Una vez más, el número de proposiciones que tendrán que ser confirmadas disminuirá a medida que aumente la descentralización.

Otro tipo de garantía consiste en insistir en que las enfermeras jefes utilicen métodos específicos de control, aunque el supervisor no establezca las normas ni reciba informes sobre el desempeño. Por ejemplo,

quizá un subdirector encargado de la atención de los pacientes esté sumamente interesado porque se utilice un plan confiable de supervisión de la calidad, aunque tal vez no participe personalmente en la operación del mismo. Espera tener a mano suficiente información de control en caso de que surja la necesidad de determinar la causa de algún problema.

Importancia del autocontrol. A medida que el administrador de servicios de enfermería delega cada vez más autoridad a las enfermeras, hace que el control pase de los detalles de cómo se realiza el trabajo a la evaluación de los resultados globales y aumenta la responsabilidad de control por parte del personal. Sigue siendo necesario vigilar los detalles, pero con este fin se da mayor confianza a las enfermeras que ocupan puestos inferiores; las enfermeras deben controlar sus propias actividades.

El control es en parte un asunto de actitudes y hábitos. En una situación en la que la práctica tradicional ha sido el control centralizado, las enfermeras que ocupan puestos superiores confían de manera natural en los supervisores y en el administrador de servicios de enfermería para detectar errores y tomar medidas correctivas. Si después se les da autoridad, deben crear una nueva actitud. Asimismo, tal vez sea preciso cambiar la dirección del flujo de información a fin de que las enfermeras cuenten con los elementos necesarios para ejercer su propio control.

Como los administradores de servicios de enfermería ya no tratan de seguir los detalles de las operaciones diarias ni de resolver un sinnúmero de problemas inmediatos, es natural que den menos órdenes.

En lugar de dirigir, los administradores cultivan una relación de asesoría entre ellos y las enfermeras. Si las normas se establecen en función de los resultados, las enfermeras, supervisores y administradores de enfermería, saben qué se espera obtener. Por otra parte, en forma ideal están completamente de acuerdo en la conveniencia de lograr estos resultados e interpretarán la información del control desde el mismo

punto de vista, en especial si las enfermeras han ayudado a establecer las normas y los métodos para evaluar el desempeño. En estas condiciones, el administrador o supervisor puede convertirse con facilidad en un asesor; en vez de dar órdenes, aconseja a las enfermeras acerca de cómo obtener los resultados deseados. El mecanismo de control (normas, evaluaciones e informes) se limita a señalar las necesidades y el supervisor, actuando como asesor, trata de ayudar a las enfermeras a satisfacerlas.

En esta situación, idealmente son las enfermeras las que deben tomar la iniciativa en cuanto a las medidas correctivas. Para fomentar una relación en la que el personal no se muestre renuente a solicitar consejo en situaciones difíciles, el administrador. (1) evita dar la impresión de pensar que admitir la existencia de dificultades es un signo de debilidad y (2) tiene cuidado de no tomar decisiones unilaterales que, de hecho, le quitan al personal la autoridad que se le había dado anteriormente.

Preparación del ambiente. Los tipos de control que estamos analizando y las relaciones que se asocian con ellos, sólo florecen en un clima favorable. Con el fin de crear un medio de ese tipo, debemos formular un conjunto claro de objetivos para las tareas que se delegan y establecer métodos para evaluar la consecución de dichos objetivos. Asimismo, es necesario comprender con toda claridad las políticas, organización, métodos de administración y demás normas institucionales que se deben seguir al pie de la letra, y las que se deben considerar únicamente como prácticas recomendadas. Además, es preciso definir con exactitud las acciones que requieran la aprobación previa del supervisor. Aparte de la gran cantidad de planificación y esclarecimiento organizativo que acabamos de mencionar, para la descentralización en gran escala se necesitan personas apropiadas. Es preciso seleccionar, orientar y motivar a las enfermeras capaces de desempeñar las tareas que se desea delegar. Los supervisores mismos deben ser capaces de modificar y adaptar su comportamiento y

estar dispuestos a hacerlo, y las dos personas que participan en cada delegación de autoridad deben ser compatibles y tenerse confianza. Si se elimina o reduce significativamente cualquiera de estos aspectos de una situación operativa, se producirá una reducción equivalente en el grado de descentralización que se puede obtener sin perder el control.

Aspectos importantes del control. Todos los métodos empleados para medir los resultados pueden unificar o dividir, unificarán si reúnen las expectativas comunes, si proporcionan a todas las personas los instrumentos necesarios para mejorar el desempeño, si no tratan de aumentar lo que no se puede evaluar y si no se convierten en fetiches ni tiranos. El control más eficaz se ejerce en el nivel del trabajo, en el que su objetivo consiste en mejorar el desempeño de las personas que trabajan en él.

Sin embargo, cualquier sistema de control dividirá si es remoto o misterioso, si produce una uniformidad aplastante y si la mayor parte de las personas no participan en su diseño, operación y perfeccionamiento. En estas condiciones, "El hecho de controlar las situaciones mediante la 'mensurabilidad' suele ser tan ineficaz como controlar a las personas haciendo uso del puesto que se ocupa" (Barnard, 1968).

Otro aspecto conflictivo se refiere a la función apropiada de las normas y reglamentos. Un número excesivo de normas y reglamentos por escrito debilita la delegación de autoridad, tiende a restringir las áreas de autonomía administrativa y de flexibilidad de procedimientos, crea un ambiente de legalismo y timidez y es una de las principales causas de la burocracia, en sentido negativo.

En consecuencia, el plan ideal debe ser tan claro y preciso como sea posible en lo que respecta a los objetivos y políticas, pero también permitir que las decisiones se tomen, en la medida de lo posible, sobre la base de estos objetivos y políticas y no sobre la base de la costumbre. Es preciso reducir al mínimo las normas y reglamentos; de lo contrario, se obstaculiza el razo-

namiento, la flexibilidad se dificulta y la administración por objetivos se vuelve prácticamente imposible.

Existe un sinnúmero de argumentos a favor de la ampliación de las normas y reglamentos, quizá ésta sea la razón de que estén tan difundidos. Las normas y reglamentos refuerzan la igualdad de trato restringiendo las decisiones autónomas, suelen servir para proteger los derechos de procedimientos e incluso las libertades civiles, reducen las áreas de ambigüedad y, por ende, permiten que las personas con menos escolaridad o inteligencia sigan una guía específica, y ayudan a los administradores, cuyos conocimientos en estos temas se convierten en bienes inapreciables.

Estos argumentos no hacen que nos retractemos de la posición que mencionamos anteriormente. Si hay una necesidad real de proteger los derechos humanos, se justifica de sobra la admisión de dichas normas en el selecto círculo de las necesidades mínimas. Si los empleados no están motivados, se les puede educar para que lo estén.

La política que se aplica a las normas y reglamentos es análoga a la que debe aplicarse al aumento de tamaño de una empresa; justificable si es producto de la tecnología, si no, es preciso evitarlo. Lo que queremos decir es que algunas normas y reglamentos no son sólo necesarios, sino que pueden ser indispensables. No obstante, dichas normas son en realidad enunciados de políticas y objetivos y, en la mayoría de los casos, se pueden expresar mejor de esa manera.

Todas las tareas de supervisión que se realizan de manera notable, llevan consigo un sentido de lucha; los mejores administradores y supervisores son aquellos que salen airosos de la violenta lucha de presión y competencia entre los miembros del grupo, de los problemas imprevisibles que someten a prueba el temple de las personas y que logran utilizar la agudeza, personalidad y persuasión, todo su ser, para alcanzar objetivos valiosos. Los administradores y supervisores emplean una estrategia semejante a la estrategia política; el políti-

co trata de obtener votos, los administradores y supervisores de servicios de enfermería tratan de alcanzar los objetivos institucionales. El líder político formula políticas y se las explica a los votantes; los administradores y supervisores formulan políticas y se las venden a sus colaboradores y jefes administrativos.

Las tácticas son semejantes a las estrategias, sólo que forman parte de un problema más grande, una acción dentro de una cuestión más amplia. Las habilidades del estratega y del táctico tienen muchas cosas en común, aunque sin duda todos podemos pensar en individuos que tienen más éxito con unas que con otras. Parece que en la táctica hay más intuición que en la estrategia; dicho de otra manera, el elemento intelectual de la estrategia es mayor que el de la táctica. Empero, ambas tienen que ser internamente congruentes y de una sola pieza. A menudo, las tácticas poco previsoras sólo logran enajenar a aquellos que, de otra forma, respaldarían los planes generales de uno. Cuando hablamos de estrategia y táctica para los administradores y supervisores de servicios de enfermería, queremos decir que existe un proceso intelectual lógico en el que uno debe establecer los objetivos y decidir cómo alcanzarlos. Por ejemplo, cuando los administradores de servicios de enfermería se reúnen con el personal para resolver problemas, siempre tienen ante sí las mismas preguntas, ya que el proceso de resolución de problemas no cambia mucho: ¿Cuál es el problema? ¿Cuáles son las distintas soluciones posibles? ¿Cuál parece ser la mejor solución? ¿Se están pasando por alto algunos factores? ¿El plan de acción es totalmente factible? Si se analizan concienzudamente estas preguntas y a todos los presentes se les permite expresar sus opiniones, se obtendrá un verdadero consenso. Si el administrador de servicios de enfermería tiene una solución al problema antes de comenzar la reunión, en la mayor parte de los casos resultará ser una ventaja, siempre y cuando el administrador admita que la solución tentativa puede ser mejorada. En tales

condiciones, aumentará en gran medida la eficacia de las reuniones con el personal, así como la influencia del administrador y el afecto y respeto que sientan por él los miembros del personal.

El uso excesivo de la autoridad inherente al puesto no resuelve ningún problema, sólo crea más. La cooperación se obtiene cuando el administrador de servicios de enfermería prevé la pregunta que piensan invariablemente las enfermeras, ¿Qué significa esto para mí? Los administradores de servicios de enfermería saben que no pueden hacer el trabajo por sí mismos y pueden esperar que las personas de su propio departamento vean los problemas de manera diferente. La mejor solución que es posible dar a estos obstáculos consiste en consultar a su personal y asegurarse de que se comprendan sus comunicaciones.

CONTROL

La cuarta función administrativa es el control, el empleo de la autoridad formal para asegurar, en la mayor medida posible, la consecución de los fines a través de los métodos y procedimientos establecidos (Tannenbaum, 1949).

La utilidad que tiene el marco de referencia de sistemas para los administradores de enfermería, es que los obliga a prestar atención a las operaciones que supervisan. Los induce a considerar la prestación de la atención de enfermería como el control institucional de procesos que transforman personas enfermas en personas sanas. Quizá más importante sea el hecho que los obliga a examinar concienzudamente la naturaleza de los métodos de control que utilizan (Fig 4-3).

Al tomar ciertas medidas para alcanzar las metas establecidas, es necesario describir las medidas en relación con el efecto esperado que tendrán en dichas metas. Las medidas se pueden describir en un sinnúmero de formas útiles, en función de la responsabilidad, en términos cuantitativos, cualitativos y de comportamiento. El administrador de servicios de enfermería debe tener en cuenta tres factores: (!) la natura-

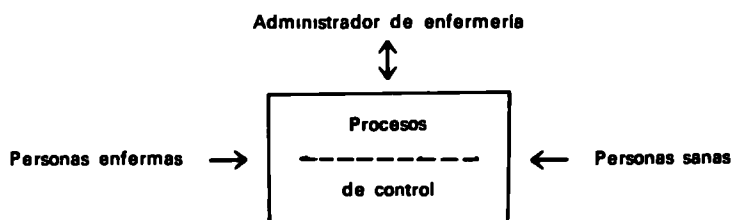


Fig. 4-3. Distribución de la atención de enfermería, considerada como un proceso institucional.

leza del problema, (2) la necesidad de recopilar y analizar información cuantitativa y cualitativa sobre la atención de los pacientes y (3) la idoneidad de las medidas respecto a las metas elegidas. ¿Cómo puede un administrador de servicios de enfermería conservar el control en medio de un flujo de información que aumenta rápidamente? ¿Cuáles son los elementos más importantes de este servicio, en especial en relación con las metas que debe controlar el administrador de servicios de enfermería? Por lo general, es posible suministrar, total o parcialmente, la mezcla de información especial requerida sobre los servicios, costos y comportamiento. El administrador de servicios de enfermería es responsable de la selección de la información; dicha responsabilidad, si no se delega adecuadamente, puede restar eficacia al control.

El administrador de servicios de enfermería debe reunir información acerca de la atención de los pacientes y el comportamiento humano de la organización. Algunos ejemplos de información sobre los cambios producidos en el servicio son: estadísticas sobre la calidad y cantidad de los cambios producidos en la atención de los pacientes, rotación de enfermeras y afluencia de enfermeras recién egresadas.

Algunos administradores de servicios de enfermería tienen gran habilidad para evaluar las normas de atención de los pacientes y del comportamiento, pero necesitan la colaboración de los expertos, tales como supervisores y administradores de personal, quienes tienen el tiempo y la habilidad para interpretar la calidad de la atención de los pacientes y las realidades del comportamiento de la organización. Los ad-

ministradores de servicios de enfermería deben llamar la atención de sus ayudantes sobre la necesidad de aprender a evaluar las normas de la atención y a escuchar y apreciar la importancia de los patrones de comportamiento en situaciones específicas, así como la manera de efectuar modificaciones en dicho patrón por medio de cambios específicos.

La escuela de la administración científica hace énfasis en la función de control. Urwick sintetizó los estudios realizados anteriormente por Fayol (1947), Mooney y Reily (1931) y Taylor (1947) y obtuvo un marco de referencia para analizar la función de control. Según Urwick (1947), el resultado que se espera obtener del control administrativo es una fuerza estable de trabajo que desempeñe las actividades planificadas correspondientes con espíritu de iniciativa y un sentido de unidad. Los medios para alcanzar este fin incluyen dotar a la organización con administradores competentes y seleccionar y contratar personal calificado de enfermería y de otras áreas; estos medios se pueden reforzar empleando estímulos y sanciones. Los partidarios de la administración científica hacían hincapié en los medios estructurales para obtener el control, pero destacaban que la competencia de la administración determina los resultados de los esfuerzos realizados para obtener el control.

Davis (1951) amplió el concepto básico de control, y para tal fin lo dividió en varias subfunciones, cada una de las cuales tenía que ver con el concepto total. Asimismo, el control se puede articular con la planificación, la dirección y la organización. Finalmente, es posible demostrar la relación

que existe entre algunos métodos de control, bien conocidos y difundidos, tales como el control contable, financiero y de servicios, con el método de control empleado por la administración científica

Esta función administrativa incluye todas las actividades que los administradores de enfermería llevan a cabo para asegurar que las operaciones reales estén de acuerdo con las operaciones planificadas. Donnelly, Gibson e Ivancevich (1972) y la National League for Nursing (1967) afirman que para poner en práctica, en forma satisfactoria los métodos de control, se requieren tres condiciones básicas: (1) es preciso establecer estándares, (2) es necesario suministrar información que compare los resultados reales con los estándares y (3) debe ser posible tomar medidas que corrijan cualquier desviación que surja entre las normas o estándares y los resultados reales. La lógica es obvia: sin estándares, no puede haber una base para evaluar la suficiencia del desempeño real; sin información, no habrá forma de conocer la situación; si no se pueden tomar medidas para corregir las desviaciones, todo el proceso de control se convierte en un ejercicio sin razón de ser

Los estándares se derivan de las metas y tienen muchas de sus características. Al igual que las metas, los estándares son objetivos; los cuales para que sean efectivos, es preciso enunciarlos con claridad y relacionarlos lógicamente con las metas más amplias de la unidad. Constituyen los criterios con los cuales se deben comparar las acciones futuras, presentes o pasadas. Se evalúan en infinidad de formas, incluyendo términos físicos, monetarios, cuantitativos y cualitativos.

Es preciso suministrar información acerca del desempeño real, que permita compararlo con las normas; dicha información se obtiene con mayor facilidad de actividades que tengan resultados específicos y concretos, tales como los resultados de la atención de los pacientes. En este sentido, a causa de la naturaleza de sus actividades, es bastante difícil evaluar el desempeño del depar-

tamento de enfermería, de la unidad de investigación y desarrollo y del departamento de personal

Las medidas para corregir las desviaciones surgen del descubrimiento de la necesidad de tomar una acción y de la capacidad de poner en práctica las medidas convenientes. Las enfermeras responsables de llevar a cabo las medidas correctivas deben saber que en realidad son responsables y que se les ha asignado la autoridad necesaria para tomar dichas medidas, esto se debe especificar en la descripción de los puestos.

Por tanto, la función de control incluye poner en práctica los métodos que suministran respuestas a tres preguntas básicas. ¿Cuáles son los resultados planificados y cuáles los esperados?, ¿Por qué medios se pueden comparar los resultados reales con los resultados planificados? y, ¿qué medidas correctivas son apropiadas y quien es la persona autorizada para tomarlas?

Tipos de control

La función de control se puede dividir en tres tipos:

1. El control preventivo se dedica a la tarea de impedir que surjan desviaciones con la calidad y cantidad de los recursos empleados en la institución. Los recursos humanos deben satisfacer los requisitos de los puestos, definidos por la estructura de la organización, el personal de enfermería debe ser capaz, física o intelectualmente, de realizar las tareas que se le asignen. El equipo material debe satisfacer niveles aceptables de calidad y estar disponibles en el lugar y momento precisos. Además, se debe contar con el capital necesario para asegurar el suministro satisfactorio de equipos e instalaciones. Por último, es necesario que los recursos financieros estén disponibles en las cantidades adecuadas y en el momento oportuno. Existen varios métodos que permiten a los administradores poner en práctica el control preventivo.

2. El control simultáneo supervisa la marcha real de las operaciones para asegurar que se cumplan los objetivos. El medio principal para poner en práctica el con-

trol simultáneo, son las actividades de dirección o supervisión de los administradores. La enfermera administradora determina, a través de la observación personal directa, si el trabajo de los demás se realiza en la forma establecida por las políticas y procedimientos. La delegación de autoridad otorga el poder de usar incentivos financieros y de otra índole para reforzar el control simultáneo. Las normas que orientan el desarrollo de las actividades se derivan de las descripciones de los cargos y de las políticas que resultan de la función de planificación.

3. Los métodos de retroalimentación del control se concentran en los resultados finales. Este tipo de control obtiene su nombre del hecho que los resultados pasados determinan las acciones futuras.

CONTROL PREVENTIVO

Los procedimientos de control preventivo incluyen todos los esfuerzos que hace el administrador con el objeto de aumentar la probabilidad de que los resultados reales del futuro semejen favorablemente con los resultados planificados. Desde este punto de vista, es posible apreciar como las políticas son por naturaleza, pautas para la acción futura. No obstante, queremos hacer una distinción entre el establecimiento de las políticas y su puesta en práctica. El establecimiento de las políticas corresponde a la función de planificación, mientras que ponerlas en práctica corresponde a la función de control. De la misma manera, podemos incluir la descripción de los puestos en la función de control, ya que éstas determinan las actividades que deben cumplir las personas que ocupan los puestos. Sin embargo, también deseamos hacer la distinción entre la definición de la estructura de las tareas y el proceso de dotar de personal para cumplirlas. La definición de la estructura de tareas corresponde a la función de organización, y la dotación de personal es parte de la función de control.

La estructura de la organización define los requisitos del trabajo y determina las habilidades que deben poseer las personas

que ocupen los puestos. Según la naturaleza de la tarea, estos requisitos tienen diversos grados de especificidad. En el nivel de la enfermera general, los requisitos de habilidades se pueden especificar en función de los conocimientos, habilidades y actitudes, así como en función de los atributos físicos y de la destreza manual. Por otra parte, los requisitos de los puestos de administrador y personal consultivo de enfermería resultan más difíciles de definir en términos concretos.

Este control preventivo se lleva a cabo a través de procedimientos que incluyen la selección y colocación de personal administrativo y no administrativo. Es preciso hacer una distinción entre los procedimientos que tienen por objeto obtener personal calificado de enfermería, y los que tienen por objeto obtener administradores calificados y establecer qué personas serán operativas (selección y colocación). Los procedimientos y objetivos básicos son esencialmente los mismos; sin embargo, la teoría clásica hace esta distinción porque le da mayor importancia a la competencia administrativa como determinante fundamental para el éxito de la organización.

Los candidatos a ocupar los distintos puestos se pueden reclutar dentro o fuera de la institución, y se debe elegir al solicitante más prometedor de la lista de candidatos. La decisión de selección se basa en la compatibilidad de las habilidades y características personales del solicitante con los requisitos del puesto. Al candidato elegido se le debe orientar en los métodos y procedimientos más adecuados para el trabajo, responsabilidad administrativa que Taylor (1947) definió en el marco de la teoría clásica. Las organizaciones de enfermería más modernas han elaborado procedimientos para brindar educación y orientación continuas.

El equipo y material que emplea el personal de enfermería debe satisfacer las normas de calidad; asimismo, es necesario mantener cantidades suficientes de reservas a fin de mantener una oportuna provisión que satisfaga las necesidades de las

enfermeras para dar la atención a los pacientes. Las instalaciones modernas de atención de salud cuentan con departamentos especiales, encargados del equipo y de los suministros los cuales reciben la colaboración del personal de enfermería.

La adquisición de capital surge de la necesidad de reemplazar el equipo existente o de ampliar la capacidad de servicio de la institución. Las adquisiciones de capital se controlan estableciendo normas de servicios potenciales, que es preciso satisfacer antes de que se autorice la propuesta.

El principal medio para controlar la disponibilidad y costo de los recursos financieros es la preparación de presupuestos, en especial los presupuestos de efectivo y de capital de trabajo. Los presupuestos anticipan el aumento y la disminución de las actividades de atención de los pacientes, en las que se compran equipos y suministros, se producen servicios de enfermería y se reciben ingresos. Este ciclo de actividad origina un problema de programación, la disponibilidad de dinero efectivo para cumplir con las obligaciones.

CONTROL SIMULTANEO

El control simultáneo comprende los métodos que permiten supervisar la ejecución real de los planes. En la mayor parte de los casos, el centro de interés del control simultáneo es el trabajo de la población que actúa o media y de las enfermeras profesionales. Las fases de dirección y supervisión de la función de control comprenden todas las actividades del personal de enfermería. La responsabilidad del personal administrativo al dirigir y supervisar al personal de enfermería es (1) interpretar las políticas y ayudar e instruir al personal de enfermería, según sea necesario, acerca de los métodos y procedimientos que se deben emplear, y (2) asegurar que el personal de enfermería siga las políticas e instrucciones establecidas, dentro de una flexibilidad aceptable.

La función de dirección sigue la línea de autoridad formal y el empleo de la influencia, puesto que la responsabilidad de cada

supervisor consiste en comunicar e interpretar con la presentación del personal las políticas establecidas por las autoridades institucionales.

El alcance y contenido de la función de dirección varían dependiendo de la naturaleza del trabajo específico de enfermería y del personal que se esté supervisando. También podemos mencionar otros factores que establecen diferencias en la forma de dirigir; por ejemplo, si aceptamos que la dirección es fundamentalmente el proceso de la comunicación personal, podemos afirmar que la cantidad y claridad de la información son factores importantes. El personal de enfermería debe recibir suficiente información y comprenderla para llevar a cabo la tarea que se le asigne. Por otra parte, el exceso de información y detalles puede resultar perjudicial, en especial para las enfermeras profesionales. Asimismo, tenemos que admitir que las maneras y el tono de expresión empleado por el administrador influyen en gran medida en la función de dirección.

LA RETROALIMENTACION DEL CONTROL

La característica distintiva de los métodos de control a través de la retroalimentación es que presta especial atención a las medidas correctivas de los resultados pasados, los cuales utiliza para corregir acciones futuras; por ejemplo, los estados financieros de una institución de atención de salud se utilizan para evaluar la admisibilidad de los resultados obtenidos en el pasado y determinar la conveniencia de efectuar cambios en las adquisiciones futuras o en los procedimientos de funcionamiento del servicio de enfermería. En las instituciones de atención de la salud se emplean con mucha frecuencia los tres métodos siguientes de control a través de la retroalimentación: (1) control de calidad, (2) análisis de los estados financieros y (3) análisis de los costos estándar.

Control de calidad. Los administradores de servicios de enfermería, en colaboración con su personal, deben especificar las

características de la práctica de la enfermería que se consideran más importantes para la atención de los pacientes. Lo anterior se puede evaluar por el número de horas de atención directa de enfermería que proporciona el personal profesional; por la norma que determina la calidad alcanzada, y por el grado en el que se ha satisfecho las necesidades físicas, emocionales e individuales, que se han hecho explícitas en los planes individuales de atención.

Análisis de los estados financieros. Una de las principales fuentes de información a partir de la cual los administradores pueden evaluar los resultados obtenidos en el pasado, es el sistema contable de la institución de atención de salud. El administrador recibe periódicamente los informes sobre los estados financieros que incluyen un balance general, un estado de ingresos y un estado de origen y empleo de los recursos. Estos informes resumen y clasifican los resultados de las transacciones en función de los activos, obligaciones, participación de los accionistas, ingresos y gastos, que constituyen los principales elementos de la estructura financiera de la institución.

Análisis de costos estándar. Los sistemas contables de costos estándar se remontan a la época de la administración científica y son considerados como una de las contribuciones más importantes de dicha escuela. Un sistema de costos estándar proporciona información que le permite al administrador comparar los costos reales con los costos determinados con anterioridad (estándar). Después de analizarlos, los administradores pueden tomar las medidas correctivas adecuadas o asignar a otros la autoridad para hacerlo. El primer uso de la estimación de costos estándar fue controlar los costos de fabricación, pero en los últimos años se ha aplicado a los gastos generales y administrativos. Nuestro estudio se refiere a los costos estándar de los servicios.

Los tres elementos de los costos estándar de los servicios son: mano de obra directa, materiales directos y costos indirectos. Es necesario realizar una estimación

del costo del elemento por unidad de producto, para cada uno de estos elementos; por ejemplo, el costo por unidad de producto (por paciente) de la mano de obra directa, está constituido por la utilización estándar de la mano de obra (trabajo de enfermería) y el precio estándar de la mano de obra. La utilización estándar se deriva de estudios de tiempo que fijan el producto esperado por hora/hombre; el precio estándar de la mano de obra se fija por medio de la escala de sueldos correspondientes al tipo de trabajo necesario para producir el producto. Algo semejante se hace para determinar los costos de los materiales directos.

Política de control

A continuación se presenta un bosquejo del control que debe ejercer el administrador de servicios de enfermería:

1. Determinar qué información necesitarán los diferentes niveles de administración para (a) evaluar el desempeño, (b) relacionar el progreso con los planes y los programas y (c) llevar registros de los recursos financieros (es decir, llevar cuentas), personal, equipos e instalaciones, suministros y materiales
2. Establecer un sistema para evaluar el trabajo y proporcionar la información necesaria
3. Desarrollar, siempre que sea posible, normas de costo, calidad y producción, para cada una de las operaciones de producción.
4. Establecer un sistema de registros de control e informes para recopilar y resumir esta información, de forma que pueda ser utilizada para fines administrativos.
5. Establecer un sistema de auditorías operativas, que sirva como método continuo de control
6. Determinar qué información es preciso obtener acerca del efecto del programa en la comunidad y tomar las medidas necesarias para recopilar dicha información
7. Tomar las medidas necesarias con objeto de recopilar la información necesaria para la planificación

RESUMEN

Las principales herramientas del planificador y conceptualizador que se dedica a la organización de una parte, o de toda

una institución, son los principios y conceptos. Muy pocos planificadores, tal vez ninguno, han tenido la oportunidad de organizar una institución desde sus comienzos; la mayor parte de las veces, se reorganiza una institución ya existente. El cambio puede ser promovido por una amplia variedad de factores externos que contribuyen a modificar o ampliar las instalaciones existentes, o por factores externos relacionados con el personal y su trabajo. La reorganización puede ser un intento de corregir una situación deficiente o de mejorar una situación que ya es satisfactoria. La reorganización puede ser grande y afectar muchas unidades de la institución, o pequeña y limitada a un solo departamento.

Existen pasos ya identificados y ciertas prioridades, que los planificadores tratan de seguir cuando se hacen cargo de una reorganización, y éstos son: (1) determinación de los objetivos, (2) análisis de la organización existente, (3) preparación de la estructura ideal a largo plazo, (4) determinación de los métodos de cambio, (5) preparación de planes por etapas y (6) ejecución.

Por supuesto, poner en marcha la reorganización implica cambios reales de personal, reagrupación de las actividades y los cambios en autoridad y responsabilidad que exige el plan para cada fase. Esta parte del proceso se encuentra en manos de los administradores que ocupan puestos directivos y no en las de la unidad de asesoría en planificación. En muchas instituciones, el planificador y organizador de la etapa de poner en práctica se convierte tanto en un maestro como en una persona encargada de la conservación: un maestro porque da a conocer al personal los conceptos de la organización y planificación en general y del plan específico que se vaya a adoptar en particular; una persona encargada de la conservación porque mantiene actualizados los organigramas, manuales y guías de los puestos de la institución. Sin embargo, la función del administrador durante la etapa de poner en marcha el proyecto consiste en estudiar todos los cambios en la organi-

zación para asegurarse de que estén de acuerdo con el plan a largo plazo o de que no obstaculicen la consecución del plan ideal.

Poner en práctica la organización a corto plazo, tiende a ser sumamente pragmática, ya que, en este caso, la institución debe hacer frente al problema de adaptar la realidad a los planes y los planes a la realidad. Los planificadores de una organización, tales como el administrador de servicios de enfermería, afirman que la puesta en práctica no es más que otro paso de un ciclo continuo, y no el último paso del proceso de organización. Es muy raro que se alcance el ideal, ya que es probable que a través de la retroalimentación, evaluación y adaptación constantes, la institución descubra que a medida que se acerca al ideal, éste se convierte en otro plan parcial hacia la consecución de un nuevo plan ideal.

BIBLIOGRAFIA

- Appley, L. A. A current appraisal of the quality of management, General management series no. 156. progressive policies for business, New York, 1952, American Management Association
- Barnard, C. I. The functions of the executive, Cambridge, Mass., 1968, Harvard University Press
- Beard, E. M. A study of the relationships between congruence of value judgments in role expectations and job satisfaction, Master's thesis, U.C.L.A. School of Nursing, 1965
- Churchman, C. W. The systems approach, New York, 1968, Delacorte Press
- Davis, R. C. The fundamentals of top management, New York, 1951, Harper & Row, Pubs.
- Dimock, M. E. A philosophy of administration, New York, 1958, Harper & Row, Pubs
- Donnelly, J. H., Gibson, J. L., and Ivancevich, J. M. Fundamentals of management, Austin, Tex., 1972, Business Publications
- Drucker, P. F. The practice of management, New York, 1954, Harper & Row, Pubs
- Fayol, H. General and industrial management, London, 1949, Sir Isaac Pitman & Sons, Ltd
- Finer, H. Administration and the nursing services, New York, 1952, Macmillan Pub. Co., Inc
- Georgopoulos, B. S., and Mann, F. C. The community general hospital, Survey research center and department of psychology, the University of Michigan, New York, 1961, Macmillan Pub. Co., Inc
- Goodson, M. R., and Jensen, G. E. Organizing nursing services in the hospital, Nurs Outlook, special yearly issue, pp 60-62, 1956.

- Hawley, A H Human ecology, New York, 1950, The Ronald Press Co
- Jackson, J M The organization and its communication problems In Leavitt, H I, and Pondy, I R, editors Readings in managerial psychology, Chicago, 1964, University of Chicago Press
- Jenkins, S S Community obligation in planning, Hosp Prog 45(3) 82-86, 1964
- Katz, D, and Kahn, R L The social psychology of organizations, New York, 1966, John Wiley & Sons, Inc
- Lawrence, P R, and Lorsch, J W Developing organizations diagnosis and action, Mento Park, Calif, 1969, Addison-Wesley Pub Co, Inc
- Levey, S, and Loomba, N P Health care administration a managerial perspective, Philadelphia, 1973, J B Lippincott Co
- Metcalf, H C, and Urwick, L editors Dynamic administration the collected papers of Mary Parker Follet, New York, 1941, Harper & Row, Pubs
- Mooney, J D, and Reily, A C Onward industry, New York, 1931, Harper & Row, Pubs
- National League for Nursing A self-evaluation guide for nursing services in hospitals and related institutions, New York, 1967, The League
- Seckler-Hudson, C Organization and management theory and practice, Washington, DC, The American University Press
- Stieglitz, H Concepts of organization planning In Frank, H E, editor Organizing structuring, New York, 1971, McGraw-Hill Book Co
- Tannenbaum, R The manager concept a rational synthesis, pamphlet no 8, Los Angeles, 1949, University of California at Los Angeles
- Taylor, F W Scientific management, New York, 1947, Harper & Row, Pubs
- Tead, O The art of administration, New York, 1951, McGraw-Hill Book Co
- Urwick, L The elements of administration, rev ed, London, 1947, Sir Isaac Pitman & Sons, Ltd
- Watson, E T Diagnosis of management problems, Harvard Business Review, 36(1) 69-76, 1958
- Whyte, W H, Jr Is anybody listening? New York, 1952, Simon & Schuster, Inc
- LECTURAS COMPLEMENTARIAS**
- Abdellah, F G, Beland, I L, Martin, A, and Matheney, R V New directions in patient-centered nursing guidelines for systems of service, education, and research, New York, 1973, Macmillan Pub Co, Inc
- Anderson, E H, Bergersen, B S, Duffey, M, Lohr, M, and Rose, M H, editors Current concepts in clinical nursing, vol 4, St, Louis, 1973, The C V Mosby Co
- Banaka, W H Training in depth interviewing, New York, Harper & Row, Pubs
- Bergersen, B S, Anderson, E H, Duffey, M, Lohr, M, and Rose, M H, editors Current concepts in clinical nursing, vol 2, St, Louis, 1969, The C V Mosby Co
- Bernard, H M Psychology of learning and teaching, ed 2, New York, 1965, McGraw-Hill Book Co
- Bjorn, J C, and Cross, H D Problem-oriented practice, Chicago, 1970, Modern Hospital Press
- Bridgman, P W The way things are, Cambridge, Mass, 1959, Harvard University Press
- Bross, I Design for decision, New York, 1953, Macmillan Pub Co, Inc
- Brown, J A C Techniques of persuasion, Baltimore, 1963, Penguin Books, Inc
- Bruner, J S, Goodnow, J J, and Aushi, G A A study of thinking, New York, 1956, John Wiley & Sons, Inc
- Byrne, M L, and Thompson, L F Key concepts for the study and practice of nursing, ed 2, St Louis, 1978, The C V Mosby Co
- Costello, R, and Zalkind, S Psychology in administration, Englewood Cliffs, N J, 1963, Prentice-Hall, Inc
- Deese, J C, and Hulse, S The psychology of learning, ed 3, New York, 1967, McGraw-Hill Book Co
- Duffey, M, Anderson, E H, Bergersen, B S, Lohr, M, and Rose, M H, editors Current concepts in clinical nursing, vol 3, St Louis, 1971, The C V Mosby Co
- Dunlap, K Habits, their making and unmaking, New York, 1932, Liveright, Reprinted 1972
- Faust, J Body language, New York, 1970, M Evans & Co, Inc
- Fiedler, F E A theory of leadership effectiveness, New York, 1967, McGraw-Hill Book Co
- Fulcher, G S Common sense decision-making, Evanston, Ill, Northwestern University Press
- Garrett, A Interviewing, its principles and methods, New York, 1942, Family Service Association of America
- Guyton, A C Textbook of medical psychology, ed 4, Philadelphia, 1971, W B Saunders Co
- Hague, J H, and Johnson, M, editors Practical approaches to nursing service administration, The American Hospital Association 9(2), Spring 1970
- Haire, M Psychology in management, ed 2, New York, 1964, McGraw-Hill Book Co
- Hall, E T The silent language, New York, 1959, Doubleday & Co, Inc
- Hamilton, W P, and Lavin, M A Decision-making in the coronary care unit, ed 2, St Louis, 1976, The C V Mosby Co
- Harvery, O, and Ware, R Conceptual systems and personality organization, New York, 1961, John Wiley & Sons, Inc
- Hight, G The art of teaching, New York, 1950, Alfred A Knopf, Inc
- Hill, W F Learning, a survey of psychological interpretations, rev ed, Scranton, Pa 1971, Intext, Educ Pubs
- Hodnett, E Art of problem solving, New York, 1955, Harper & Row, Pubs
- Hurst, W Problem oriented system, New York, 1972, Medcom Books, Inc

- Johnson, M M, Davis, M L C, and Bilitch, M. J Problem solving in nursing practice, Dubuque, Iowa, 1970, Wm C Brown Co, Pubs
- Kahn, R, Wolfe, D M, Quinn, R P, and Snoet, J. L Organizational stress, New York, 1964, John Wiley & Sons, Inc
- Karlins, M Conceptual complexity and remote-associative proficiency as creativity variables in a complex problem-solving task, *Id of Personality and Social Psychol*, 1967
- Karlins, M, and Abelson, H J Persuasion, ed 2, New York, 1970, Springer Publishing Co, Inc
- Katz, D Industrial conflict, New York, 1950, McGraw-Hill Book Co
- Katz, R L Skills of an effective administrator, *Harvard Business Review* 33(1) 33-42, 1955
- Kiesler, C, Collins, B E, and Miller, N Attitude change a critical analysis of theoretical approaches, New York, 1969, John Wiley & Sons, Inc
- Kintzel, K C, editor Advanced concepts in clinical nursing, Philadelphia, 1971, J B Lippincott Co
- Koontz, H, and O'Donnell, C Principles of management, New York, 1964, McGraw-Hill Book Co
- Kron, T The management of patient care, putting leadership skills to work, Philadelphia, 1971, W B Saunders Co
- Kron, T Communication in nursing, ed 2, Philadelphia, 1972, W B Saunders Co
- Leavitt, H J Managerial psychology, Chicago, 1958, University of Chicago Press
- Leininger, M Nursing and anthropology two worlds to blend, New York, 1970, John Wiley & Sons, Inc
- Little, D E, and Carnevali, D L Nursing care planning, Philadelphia, 1969, J B Lippincott Co
- Lockerby, F K Communications for nurses, ed 3, St Louis, 1968, The C V Mosby Co
- Luck, G M Patients, hospitals and operational research, New York, 1971, Barnes & Noble Books
- Macgregor, F C Social science in nursing, New York, 1960, Russell Sage Foundation
- Maslow, A H Motivation and personality, ed 2, New York, 1970, Harper & Row, Pubs
- Mednick, S A Learning, Englewood Cliffs, N J, 1973, Prentice-Hall, Inc
- Mitchell, P H, editor Concepts to nursing, New York, 1973, McGraw-Hill Co
- Nursing Development Conference Group: Concept formalization in nursing, process and product, Boston, 1973, Little, Brown & Co
- Orens, D E Nursing concepts of practice, New York, 1971, McGraw-Hill Book Co
- Peabody, R L Perceptions of organizational authority a comparative analysis, *Admin. Science Quarterly* 6(4) 12-14, 1962
- Pohl, M L Teaching function of the nursing practitioner, Dubuque, Iowa, 1968, Wm C Brown Co, Pubs
- Pollack, J The patients' new role in planning and evaluating, *Hosp Prog* 45(3) 78-81, 1964
- Reorem, C R Operation of a hospital planning agency, *Hosp Prog* 45(3) 87-91, 1964
- Ruisch, J, and Kees, W Nonverbal communication, Berkeley, Calif, 1956, University of California Press
- Schein, E H Organization psychology, ed 2, Englewood Cliffs, N J, 1970, Prentice-Hall, Inc
- Schroeder, H, Driver, M J, and Streufert, S Human information processing, New York, 1967, Holt, Rinehard & Winston, Inc
- Sengelaub, M M Fixing responsibility for planning, *Hosp Prog* 45(3) 92-96, 1964
- Summer, C E, Jr The managerial mind, mimeographed, Cambridge, Mass, Harvard University Graduate School of Business, n d
- Traxler, R N The administrator's dilemma-the need for conceptual skills, *Hosp Admin* 9(1) 6-15, 1964
- Weed, L L Medical records, medical education and patient care, Cleveland, 1971, Press of Case Western Reserve Univ Wooddruff, A D Basic concepts of teaching, San Francisco, 1961, Chandler Pub Co
- Zimbardo, P, and Ebbesen, E Influencing attitudes and changing behavior, Reading, Mass, 1969, Addison-Wesley Pub Co, Inc

5

Medio Ambiente

En el capítulo 4 se explicó cómo funciona el proceso compuesto de actos conceptuales (*Ac*) y actos físicos (*Af*) y de qué manera contribuye a la siguiente fase de nuestro modelo, el medio ambiente

El concepto de medio ambiente en un principio obvio y fácil de identificar, pero al igual que sucede con los demás elementos de nuestro modelo, el medio implica mucho más de lo que parece a simple vista. Una parte fundamental del medio ambiente total es el medio conceptual, que es mucho menos tangible

Después de analizar el ambiente en general y de examinar someramente su función, considerado desde una perspectiva y un marco conceptual diferentes, definiremos el medio físico y el medio conceptual, demostraremos cómo funcionan conjuntamente y hacen sentir sus efectos, tanto dentro como fuera del sistema

El diccionario define al medio ambiente como los alrededores, la suma de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de una organización

Cuanto más grande sea la compatibilidad entre el sistema y su ambiente, mayor será la eficacia del primero, de ahí la importancia de nuestro estudio del medio ambiente

Von Gilmer (1966, p. 383) define el ambiente como "un contexto de condiciones que tiene un efecto más o menos general sobre las operaciones de los sistemas".

Un ejemplo obvio es la ubicación. Observe cuán diferentes son los hospitales de acuerdo con el lugar donde se encuentran, ya sea en un área urbana, una población pequeña, cerca de una carretera principal o en una universidad. Todas las manifestaciones del ambiente afectan el número y tipo de clientes, el personal y su rotación, la duración y distribución de las horas de emergencias y los períodos de espera. ¿Cómo puede un hospital tomar las medidas necesarias para atender los accidentes provocados por la lluvia o la nieve? La planificación de contingencias debe tener en cuenta las diferencias en la entrada y la salida de pacientes, de acuerdo con la ubicación del hospital.

Aspectos internos y externos del ambiente

El medio ambiente es complejo y a menudo cambia rápidamente con diversas relaciones internas y externas. Al estudiar las adaptaciones, las diferencias ambientales y la forma como las organizaciones suelen hacer frente a las incertidumbres, Thompson (1967) sugiere que las organizaciones presten especial atención a su localización geográfica y a su composición social.

March y Simon (1958) clasificaron el medio ambiente en favorable y hostil. Dill (1958) hace una distinción entre los ambientes homogéneos y los heterogéneos, los que son estables y los que cambian rápidamente.

Emery y Trist (1965) crearon una clasificación de ambientes, que va desde el plácido hasta el turbulento, y afirmaron que los medios turbulentos tenían una mayor influencia en los procesos de integración interorganizacional e intraorganizacional.

El ambiente incluye la imagen o carácter de la organización que se estudia. Wolf (1966), al diagnosticar el carácter de las organizaciones, afirmó que las organizaciones reflejan su medio más amplio y, por lo tanto, algunas características ambientales, tales como el clima, la cultura, la política y organización económica de la sociedad, afectan su carácter. Las organizaciones existen porque colaboran con este medio más amplio, que proporciona los recursos: instrumentos, capital, tierra, mano de obra y combustible. Otros aspectos del ambiente incluyen las normas establecidas y los usos comerciales, así como las costumbres legales, religiosas y morales, que afectan la especialización, delegación, autoridad, comunicación e incentivos dentro de la organización. En resumen, para comprender cualquier organización, es preciso relacionar sus actividades con el medio que la rodea.

Antes era muy común considerar las funciones internas de las organizaciones como algo independiente y apartado del medio ambiente más amplio. Schein (1970) exploró muchos aspectos del ambiente y afirma que todas las organizaciones existen dentro y como parte de un medio externo; para que puedan sobrevivir como organizaciones, es necesario que cumplan una función útil, participen en determinadas actividades sociales y culturales y se relacionen con otras organizaciones.

Schein explica además que en la organización, todos los empleados, clientes y visitantes constituyen parte del ambiente externo. Posiblemente, cada individuo es miembro de varios grupos que, a su vez, imponen diferentes exigencias, expectativas, criterios e influencias en dicho individuo. Las personas demuestran esto analizando la forma como los problemas psicológicos de los individuos afectan el medio interno y

la adaptación que realiza una organización cuando tiene que hacer frente a cambios técnicos, sociales y políticos que se producen en el medio externo.

Resulta difícil definir las fronteras entre el medio externo y el interno, lo cual, de acuerdo con Schein, constituye un problema para las organizaciones que tienen varios fines y una gran cantidad de funciones, porque una institución que alberga diversos consultorios clínicos en un solo edificio probablemente recibe clientes que vienen de diferentes medios; por ejemplo, los toxicómanos y los niños autistas llegan al hospital provenientes de diferentes áreas de la comunidad.

Argyris (1964) coloca la adaptación al medio externo en el tercer lugar de las actividades fundamentales de una organización; las otras dos son la consecución de los objetivos y la conservación del sistema interno.

FUNCION DEL MEDIO AMBIENTE, CONSIDERADO DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS

En una época, muchos autores compararon las organizaciones con máquinas u organismos, sin embargo, a diferencia de los organismos biológicos, las organizaciones carecen de mecanismos homeostáticos integrados. Con el objeto de mantener la estabilidad o el equilibrio, se han creado métodos para controlar y dirigir las actividades y, en cierto grado, para planificarlas y organizarlas. A fin de obtener los mejores resultados, la respuesta de la organización a las fuerzas ambientales debe ser dinámica, pues las organizaciones necesitan una adaptación y anticipación constantes. Las organizaciones deben contar con medios para adquirir energía para los insumos y para obtener productos, dichos medios se pueden convertir en subsistemas. En consecuencia, es posible observar que las *teorías física y biológica* son limitadas y están siendo substituidas por teorías de sistemas, en especial de los sistemas clasificados como abiertos.

El Instituto Tavistock de Londres creó dos conceptos importantes la ideal del sistema sociotécnico y el concepto de sistema abierto. La obra de Trist describe las interacciones que se producen cuando los elementos clasificados como técnicos (metas, medios y ambiente físico) se combinan con los elementos del sistema social (agrupaciones y relaciones entre las personas) (Trist y colaboradores, 1963).

Rice (1963) contribuyó a nuestras ideas de insumo, transformación y exportación hacia y desde el medio ambiente; su modelo de sistema abierto ha sido un concepto de gran utilidad.

Si se combinan estas dos ideas, es posible demostrar la importancia de los cursos de acción e interacciones múltiples que existen entre la organización y el medio ambiente. El administrador tiene que hacer frente a las exigencias y restricciones, es necesario considerar las nociones preconcebidas de los empleados, ya sea modificándolas mediante actos administrativos o volviéndolas inocuas mediante la naturaleza de la estructura de la organización.

Homans (1961) fue más allá de los hallazgos del Instituto Tavistock y creó un modelo más diferenciado y complejo, basado en un medio constituido por tres elementos físico, cultural y tecnológico. El medio impone a la organización las actividades e interacciones que necesita; en respuesta a ellas, la organización genera actividades, interacciones y sentimientos que afectan a las personas que forman parte de la organización y al medio mismo. Este modelo emplea dos sistemas: el externo y el interno. Las actividades, interacciones y sentimientos interdependientes que tienen lugar entre una organización y su medio, constituyen el sistema externo. Los cambios que se producen dentro de la organización, que no son determinados por el medio, generan un nuevo modelo dentro de la organización al cual Homans llamó sistema interno.

El modelo descrito por Homans admite en forma explícita una serie de interdependencias, permite que se efectúen pre-

dicciones relativas al efecto de los cambios producidos en una variable determinada y explica gran parte de los fenómenos relacionados con los equipos de enfermería. En este mismo capítulo, al estudiar el ambiente conceptual, se examinarán los equipos y los grupos.

Si dos personas tienen sentimientos mutuos de carácter positivo, tendrán un alto grado de interacción, pero si los sentimientos son negativos, la interacción será escasa. Si las personas se ven obligadas a interactuar continuamente durante un largo periodo de tiempo, crearán sentimientos positivos. Una implicación importante de lo anterior es la aparente paradoja de que si se obliga a dos personas que se odian a sostener una interacción continua, el odio disminuirá. Existe una amplia gama de sentimientos entre el amor y el odio, simpatía, amistad, aceptación, afinidad, así como sus sentimientos contrarios están presentes en diversos grados.

Homans describe cómo los grupos pueden crear intereses, compartir sentimientos, opiniones y actitudes y cómo los miembros pueden participar en la consecución de una meta común. Se tienen en cuenta los factores intrínsecos, tales como los motivos de irritación, curiosidad, fracaso, pereza y autoestima, es imposible ignorar tales características sociopsicológicas de las personas.

El modelo de grupos superpuestos de Likert (1961), incluye además dos puntos importantes: la organización en un sistema de grupos engranados con "alfileres de gancho", que unen a los grupos relacionados, y en los cuales dichos alfileres de gancho son los individuos que están asociados con ambos grupos. Las relaciones que existen entre la organización y el ambiente se estudian a través de este concepto de alfileres de unión. Los suprasistemas, sistemas y subsistemas se explican mediante las relaciones que existen entre ellos y las que existen con sus respectivos ambientes.

Kahn y sus colaboradores ampliaron el modelo de Likert empleando el concepto de los conjuntos de roles. De esta manera,

esclarecieron las fronteras internas y la naturaleza de las uniones. Los conjuntos de roles que se relacionan y superponen, pueden trascender las fronteras de la organización (Kahn y colaboradores, 1964). Los diferentes comportamientos de los individuos se interpretan en términos del conflicto de roles y de la ambigüedad de funciones.

Los teóricos más recientes, los neoestructuristas, subrayan la importancia del diseño de la organización, las actitudes y respuestas de los miembros y las interdependencias ambientales (Burns y Stalker, 1961, Dalton y colaboradores, 1959, Lawrence y Lorsch, 1967).

Un texto de Huse y Bowditch (1973) presenta la historia de las teorías de organización desde el concepto primitivo de "una mejor manera" hasta los conceptos de adaptación y enfrentamiento, basados en la tecnología y el medio. Se ha demostrado que las ideas neoestructuristas, más orientadas a las relaciones humanas, son adecuadas para los ambientes que presentan un alto grado de incertidumbre e inestabilidad.

La estructura de contingencia de la organización se basa en la diferenciación e integración que, según Lawrence y Lorsch, ocurre en cuatro dimensiones (Lawrence y Lorsch, 1967, Galbraith, 1969)

- 1 Orientación hacia los objetivos
- 2 Orientación hacia el tiempo
- 3 Orientación interpersonal
- 4 Formalidad de la estructura

Estos conceptos son muy semejantes a nuestros actos conceptuales. La coordinación e integración se tornan cada vez más difíciles a medida que las unidades de la estructura se vuelven cada vez más diferenciadas.

La interdependencia que existe entre la organización y su ambiente, exige que al hacerle frente esté dispuesta a adaptarse. Schein (1970, p. 120) enumera seis etapas del ciclo afrontar-adaptarse. La organización

1. Detecta un cambio en alguna parte del ambiente interno o externo.
2. Introduce la información pertinente sobre el cambio a aquellas partes de la organización que pueden actuar sobre él
3. Cambia los procesos de transformación dentro de la organización de acuerdo con la información obtenida
4. Estabiliza los cambios internos, al mismo tiempo que reduce y domina los subproductos inconvenientes
5. Exporta nuevos productos y servicios que están más en consonancia con los cambios detectados originalmente en el medio
6. Obtiene retroalimentación acerca del estado de éxito del medio externo y el grado de integración del medio interno

Schein subraya que para aumentar la eficiencia de la organización durante el proceso afrontar-adaptarse, la organización debe poseer buena comunicación, flexibilidad, creatividad y un verdadero compromiso psicológico. Estos conceptos son semejantes de alguna manera a nuestros actos conceptuales, medio conceptual y a la vez, al medio ambiente físico. Las influencias ambientales constituyen partes intrínsecas de una organización y no deben ser ignoradas ni omitidas cuando se trata de planificar las actividades del sistema o del subsistema. Por el contrario, el administrador debe estar consciente de los efectos que pueden tener las actividades del sistema o subsistema en el ambiente, tanto en sus aspectos internos como externos.

Las teorías tradicionales de la organización tienden a considerar la organización humana como un sistema cerrado. Esta tendencia ha dado por resultado que se ignoren los diferentes ambientes de la organización y la naturaleza de la dependencia de la organización respecto al medio. Asimismo, ha hecho que se concentre excesivamente la atención en los principios del funcionamiento interno de la organización, con la consecuente incapacidad de crear y comprender el proceso de la retroalimentación que es esencial para la supervivencia.

Antes, se consideraba que las normas, integración y coordinación, que se aplica-

ban inflexiblemente contribuían a estabilizar las funciones de enfermería. Estimamos que ésta es una característica de los sistemas cerrados. Resulta contraproducente imponer la coordinación como un fin en sí misma, en especial si no se acepta que existen diferentes formas de llegar a la misma meta. Los procedimientos técnicos o individuales pueden tener "una mejor manera" para lograrlos, pero cuando se trata de una organización específica con necesidades y metas particulares existen distintas formas de alcanzar una meta. Pensamos que ésta es la característica de un sistema abierto.

MEDIO AMBIENTE CONCEPTUAL

Definiciones funcionales

El medio conceptual se define funcionalmente como el elemento abstracto y cognoscitivo de un ambiente que se ocupa del elemento humano, es intangible y, no obstante, real; fomenta el pensamiento y las relaciones afectivas entre las personas. Este aspecto del ambiente abstracto se ocupa de los sentimientos, actitudes, estados de ánimo, emociones y necesidades psicosociales de las personas. El medio conceptual se refiere a una de las variables más importantes del funcionamiento de cualquier organización sociotécnica: las personas

En el medio conceptual, el individuo busca satisfacción y responsabilidad, cuya consecución fomenta el desarrollo, estabilidad e interacción. El individuo alcanza estos objetivos por medio de la cooperación, integración, comunicación, compromiso y recompensa.

Un elemento importante, aunque amorfo, para la comprensión del elemento humano del medio conceptual es el clima. El clima es parte de todos los ambientes, aunque representa un concepto más limitado y específico que el de medio ambiente. Para nuestros fines, se refiere a la forma efímera *moral o espíritu de cooperación*, estado de ánimo o para usar el dialecto actual, *vibraciones*, término que resulta de lo más adecuado. ¿Son buenas las vibra-

ciones que uno siente en una organización de servicios de enfermería?, ¿son malas? Esta es otra forma de preguntar si el clima de la organización es bueno o malo.

El ambiente refleja las normas, valores e historia de una organización. En ocasiones, las luchas pasadas se reflejan en las presiones actuales del ambiente, las exigencias de tareas generales que satisfacen las estructuras técnicas y de procedimiento, cuyos actos media y modera el ambiente.

Von Gilmer (1966) sostiene que existen muchos factores que influyen en el clima: el tipo de servicio que se ofrece o la atención especial que se proporciona influye sobre las interacciones de los trabajadores con los clientes, el tiempo que deben esperar los clientes, el costo de la atención, las ideas de los clientes acerca de la calidad de la atención y el *criterio de tolerancia* o la gama aceptable de fluctuación y desperdicio o de resultados improductivos (tiempo, material, errores y negligencia).

Los psicólogos industriales definen el clima como "las características que distinguen a la organización de las demás organizaciones y que afectan el comportamiento de las personas que forman parte de dicha organización" (Von Gilmer, 1966, p. 94). Se trata de un factor importante de la moral o del espíritu de cooperación, relacionado con los índices de promoción, ausentismo, retrasos, reparto de utilidades, accidentes directos y liderazgo. Slivnick, Kerr y Kosinar (1957) confirman esta opinión.

En resumen, cuando el clima es adecuado, la organización y sus miembros presentan una tendencia mayor a alcanzar las metas que cuando el ambiente es inapropiado. En consecuencia, la percepción y receptividad administrativas constituyen una parte muy importante del ambiente de trabajo. Todas las organizaciones deben evaluar sus metas en función de las personas que forman parte de ellas. Si se desea que se produzca un desarrollo creativo, la organización debe fomentar una estructura y un clima que generen la seguridad suficiente para superar la ansiedad que acompaña al trabajo y al cambio. Asimismo,

debe haber suficiente motivación para admitir la necesidad de trabajar, cambiar, desarrollar y reformar

Los individuos complacientes rara vez realizan contribuciones importantes a cualquier tarea. Una enfermera o un administrador curiosos, poco satisfechos con los esfuerzos que se llevan a cabo en el presente, constituyen la mejor esperanza que puede tener un servicio de enfermería de convertirse el día de mañana en una empresa mejor organizada y más productiva. La satisfacción de dichos individuos es, en cierto sentido, producto de su insatisfacción, su renuencia a aceptar la situación es la responsable de que se proyecten metas de la organización que trasciendan los deseos personales inmediatos. Estas metas despiertan su imaginación y satisfacen la necesidad de realizarse. La satisfacción se deriva del reconocimiento y aceptación de las metas de la organización y del sentimiento de que éstas son valiosas y alcanzables, a la mayor parte de las personas les agrada relacionarse con una empresa que tiene éxito.

Es poco probable que en los buenos servicios de enfermería el personal presente altos niveles de inquietud e insatisfacción, el orgullo que se deriva de prestar servicios de enfermería actúa como un estímulo para esforzarse más y da por resultado una mayor satisfacción personal. En ese contexto, la satisfacción posee una calidad dinámica y representa mucho más que la simple ausencia de exigencias y peticiones perturbadoras. Schein (1970) llama organización del trabajo programación del tiempo, interacción y grupos informales, a lo que nosotros llamamos medio conceptual. Es lógico que surjan grupos informales pues éstos satisfacen necesidades psicológicas y dependen del ambiente.

Características del medio ambiente conceptual en los servicios de enfermería

El medio conceptual óptimo de los servicios de enfermería, en el cual se cumplen los objetivos de la organización y de los individuos (*Og* y *Oi*), debe

- 1 Fomentar el pensamiento y la libertad de equivocarse sin ser censurado
- 2 Insistir en un alto grado de innovaciones de enfermería y eficiencia de la organización, alentar la iniciativa de los miembros que da por resultado un mayor grado de participación y compromiso respecto a la consecución de los objetivos (*Og* y *Oi*)
- 3 Fomentar una actitud de resolución de problemas entre los miembros del personal y aumentar la participación de los empleados en el proceso de toma de decisiones
- 4 Conceder valor a la adaptabilidad y flexibilidad, de tal forma que los cambios necesarios se produzcan con la mínima resistencia
- 5 Fomentar las relaciones eficientes de trabajo entre los miembros del personal, en especial entre el equipo de administración superior
- 6 Colocar personas consideradas y no distantes, ni impersonales en puestos desde los cuales pueden ascender al de administrador de servicios de enfermería
- 7 Favorecer la experimentación y no la tradición, así como el análisis racional y no las prácticas tradicionales
- 8 Practicar el concepto de relativismo en lugar del de absolutismo, en otras palabras, aceptar que existe más de una forma de hacer las cosas
- 9 Permitir que el personal desarrolle todo su potencial, practique lo que se le enseñó y es capaz de hacer
- 10 Respetar a los empleados y desarrollar en ellos sentimiento de identidad, de pertenencia y seguridad

En consecuencia, el principal objetivo de un medio conceptual de los servicios de enfermería que propicia la consecución de los objetivos (*Og* y *Oi*), consiste en adoptar y poner en práctica las características anteriores.

A medida que se edifica un medio conceptual, es necesario considerar tres aspectos fundamentales: (1) proveer formas más eficientes para que los colegas establezcan entre sí relaciones de trabajo, (2) fomentar la habilidad de crear dentro de la organización ambientes que propicien altos índices en la práctica de la enfermería, innovación y eficiencia de la organización, y (3) crear una estructura adaptable de la organiza-

ción. Estas metas administrativas son positivas, y uno bien podría preguntarse a qué se debe que se haya dejado de hacer hincapié en las negativas. La principal preocupación del movimiento de capacitación en relaciones humanas era enseñar a las personas los tipos de habilidades y actitudes que podrían servir para reducir la insatisfacción y los motivos de queja del administrador entre los empleados. En algunos aspectos, el movimiento tenía objetivos negativos: la eliminación de las fuentes de descontento e inquietud. Si los administradores de servicios de enfermería no están conscientes y reaccionan constantemente en forma positiva a las exigencias de la sociedad, serán reemplazados por administradores profesionales que no tengan nada que ver con la enfermería. Los servicios organizados de enfermería no contarán con la dirección de una enfermera, y el énfasis puesto en la enfermería organizada pasará a los servicios técnicos organizados, en los cuales la enfermera desempeñará, en el mejor de los casos, una función de asesoría.

Diversos estudios de investigación de enfermería, cuyo objetivo consistía en evaluar la utilidad de los conocimientos de enfermería en la atención de los pacientes y en la administración de los servicios de atención de los pacientes, indicaron que el empleo de conocimientos y habilidades depende del ambiente de la organización. En los casos en los que hay una organización progresista de servicios de enfermería, caracterizada por (1) un comportamiento encaminado a resolver problemas, (2) una amplia participación y colaboración en los procesos de toma de decisiones y (3) una administración humana en vez de una distante e impersonal, parece que la educación de las enfermeras tiene resultados benéficos y en el caso contrario, los beneficios no se pueden medir. Por otra parte, se demostró que los efectos de la educación de enfermería eran mejores en aquellas organizaciones que contaban con programas para su propia superación, aunados con la participación del administrador en programas formales de educación administrativa (Harrington y Theis,

1968; Kramer y Baker, 1971, Langford, 1960).

Este nuevo enfoque en el ambiente de la organización, llevó a tomar conciencia del hecho que los problemas relativos a la forma como los administradores establecen relaciones unos con otros o sea cómo funciona el equipo administrativo, eran de mucha mayor importancia para la eficiencia de la organización que los problemas limitados a las relaciones de las enfermeras de sala y la supervisora. Este nuevo avance ha hecho que la atención se concentre más en la forma como los administradores pueden establecer las relaciones eficaces de trabajo con sus colegas. Las organizaciones dinámicas y complejas necesitan una amplia variedad de habilidades interpersonales dentro del grupo administrativo. Parece darse por sentado que si el equipo administrativo establece relaciones eficaces de trabajo, algunos de los otros problemas humanos se resolverán por sí mismos. Esta tendencia ha dado por resultado que se cambie la meta de la administración de servicios de enfermería de cómo "manejar" al personal a cómo "manejarse" a sí mismo, lo cual significa prestar una mayor atención a los patrones de comportamiento personal del administrador (Baumgartel, 1972).

Otro factor que explica la importancia concebida a la estructura y a los cambios en las relaciones, se deriva del hecho que los economistas y los analistas del desarrollo han demostrado que en ninguna nación puede haber un aumento significativo en el ingreso per cápita sin un crecimiento acelerado de la innovación tecnológica (Baumgartel, 1972). Estos científicos se referían a los factores humanos y de organización que propician altos índices de innovación.

De la misma manera, los administradores de servicios de enfermería y los educadores de enfermería, han hecho énfasis desde hace mucho tiempo en la necesidad de contar con un alto índice de innovación en la práctica de la enfermería y en los servicios de enfermería, para que se pueda producir un verdadero avance en la distribu-

ción de atención de la salud. Para que tal cosa suceda, es preciso que el administrador también tenga en cuenta los factores humanos y de organización al emprender la tarea de crear un ambiente y una eficiencia de organización que fomenten un índice alto de innovación y cambio en el campo de la enfermería

Las supervisoras de enfermería reconocen que lograr que las enfermeras de sala trabajen un poco más, representa un problema menor, en comparación con la creación de un ambiente que permita avances importantes de enfermería para hacer posible durante la noche, la distribución de más atención médica y de enfermería a los pacientes sin gastar más energía

Relaciones efectivas dentro de un ambiente de adaptación e innovación

Esta sección tiene que ver con algunas pautas que permitan crear un ambiente conceptual que sea innovador y adaptable, y que comprenda relaciones eficaces de trabajo entre los miembros del personal, así como la participación y el compromiso del personal de enfermería para lograr los objetivos (*Og* y *Oi*)

Después de proporcionar nuevas direcciones para la estructura de los servicios de enfermería y para las relaciones humanas de los administradores, podemos comenzar a especificar de forma más concreta algunas de las metas específicas de esta nueva forma de pensar. Un problema fundamental ha sido el descubrimiento, por medio de la investigación, de las formas de organización y las habilidades personales que favorecen altos índices de innovación en el ámbito de la enfermería, y que fueron conceptualizados hace bastantes años por Elton Mayo, Tales (1945) como el cambio de las formas "tradicionales" de organización, que él llamó la forma adaptable.

Creemos que se necesitan estilos de administración y atributos personales completamente nuevos para que las organizaciones adaptables funcionen con eficiencia. El papel de la educación en la administración de servicios de enfermería, dentro del

marco de las relaciones humanas, consiste en educar y preparar a nuevas personas, necesarias para que las actuales formas de organización funcionen óptimamente. El hecho de prepararse para ocupar un puesto administrativo en una empresa innovadora en expansión, implica no sólo adquirir experiencia en las nuevas prácticas y técnicas de enfermería, sino también efectuar cambios fundamentales en las perspectivas personales, en los patrones de relaciones interpersonales y asumir el rol organizacional "¿Cuáles son algunos de estos cambios?"

Estamos de acuerdo con Baumgartel (1972) en que los cambios deben producirse en cuatro niveles interdependientes de la forma de actuar de las personas: cognoscitivo, motivacional y emocional, interpersonal, y relativo a la organización.

1 El nivel *cognoscitivo* se refiere a la forma como los individuos piensan, consideran y perciben el mundo que los rodea. Por ejemplo, los antropólogos sociales han observado que algunas personas no tienen en sus procesos intelectuales los conceptos de relación causa y efecto. Otras personas "creen" que el destino o algunas fuerzas impersonales y desconocidas, determinan por completo la vida humana. Estos procesos intelectuales básicos estructuran e influyen sobre el comportamiento de las personas, tanto en su vida dentro de una organización, como en los aspectos sociales normales (Baumgartel, 1972).

En el nivel cognoscitivo, el requisito fundamental es que el administrador adopte una actitud de resolución de problemas en relación con todos los aspectos del medio laboral. En primer lugar, es necesario hacer a un lado las costumbres y comenzar a experimentar con nuevas ideas. En segundo lugar, es preciso someter las prácticas tradicionales a un análisis minucioso y racional para determinar su eficacia. En tercer lugar, en vez de depender de las creencias (cosas que se dan por ciertas de manera natural), hay que comparar constantemente dichas creencias con los datos y hechos reales de la vida industrial, y en cuarto lugar, es ne-

cesario cuestionar el concepto de que los trabajadores felices son buenos trabajadores, como han creído durante años las personas que se dedican a la administración de personal. Algunas investigaciones empíricas realizadas recientemente, han demostrado que se trata de un mito (Brayfield y Crockett, 1955). Los nuevos administradores de enfermería deberán comprender que existen diferentes formas de ver las cosas y que existe más de una forma correcta de hacerlo, por ejemplo, los enfoques empíricos de los problemas clásicos del ámbito del control, indican que no hay una única forma correcta de concebir una organización (Porter y Applewhite, 1964).

2. El *nivel motivacional y emocional* se refiere a la dinámica de los sentimientos y conceptos dentro de la estructura de la personalidad del individuo. Algunas personas o grupos se caracterizan por tener sentimientos básicos de seguridad o inseguridad, o por estar llenos de odio o resentimiento. Estos factores psicodinámicos o factores fundamentales de la personalidad suelen ser apropiados para algunas estructuras sociales e inapropiadas para otras.

Los atributos de las características emocionales necesarias para desempeñarse con eficiencia en la nueva organización resulta difíciles de conceptualizar y adquirir a través de la educación. Un requisito fundamental impuesto por el alto grado de diferenciación e interdependencia de una organización compleja en constante crecimiento, es que el individuo debe tener una estructura de carácter controlada y no impulsiva. El administrador de una compañía que es propiedad de una familia puede, por un capricho, dejarlo todo e irse de vacaciones; el administrador de una organización de enfermería compleja y bien integrada, no puede hacerlo. Un corolario de este principio es que el nuevo administrador debe caracterizarse por poseer controles internos bien desarrollados sobre su comportamiento, y depender menos de los controles externos. El nuevo administrador debe ser capaz de tolerar la frustración (la complejidad lleva frustración) y de posponer la gratificación

(es preciso que transcurran años enteros para llevar a cabo esquemas complejos). Asimismo, quizá sea necesario olvidarse de pedir una claridad perfecta y ninguna ambigüedad en los asuntos de la organización y aprender a vivir con lo contrario. Por último, se debe orientar la motivación del nuevo administrador hacia las metas positivas de autorealización y superación personales y no hacia las metas negativas o defensivas de conservación de la posición y seguridad.

3. El *nivel interpersonal* se refiere a los estilos y formas que prevalecen y persisten en la interacción directa. Algunos ejemplos de fenómenos interpersonales podrían ser la medida en la que las personas se comunican entre sí y cuántas personas se tienen confianza. El estilo interpersonal de una persona que dirige puede tener una gran influencia en la unidad de la organización. Los patrones interpersonales se pueden estudiar independientemente de los conceptos de personalidad.

Se necesitan nuevos patrones de relaciones interpersonales, así como una actitud más abierta, para lograr que la información relacionada con las ideas y sentimientos fluya libremente. La desconfianza debe dar paso a la confianza, ya que las organizaciones dinámicas son demasiado complejas y las habilidades demasiado especializadas para que pueda imperar un clima de desconfianza. Las personas que posean habilidad para manejar patrones de interdependencia y colaboración entre sus colegas, serán más eficientes que aquellas que basan las relaciones interpersonales en quién está "encima" o "debajo" de acuerdo con la ley del más fuerte. Es probable que en las organizaciones con tareas repetitivas funcionen los patrones jerárquicos tradicionales, pero pueden obstaculizar la eficiencia de las organizaciones innovadoras que están en constante crecimiento. Finalmente, la actitud de los miembros eficientes de una organización adaptable, será más considerada e íntima en las relaciones interpersonales, que desinteresada y reservada en su actitud hacia los demás.

4. El *nivel de la organización* se refiere a las características estructurales y dinámicas de las relaciones de los individuos y grupos en las unidades sociales de gran tamaño. De la misma manera que existen muchas diferencias estructurales entre diversos compuestos químicos, existen muchas diferencias entre las organizaciones sociales, que se pueden analizar de manera abstracta.

Creemos que si el medio ambiente de la organización respalda los esquemas actuales, las enfermeras pueden aprender nuevas actitudes y patrones de comportamiento, y que este cambio producirá diversos beneficios. En la medida en que el equipo administrativo promueva este ambiente, será posible identificar la magnitud y naturaleza de los cambios que deben producirse a nivel de la organización. La magnitud por sí misma hace imperativo e inevitable que los patrones de la organización dejen de ser paternalistas o autoritarios y se transformen en participativos o consensuales. Una organización nueva, grande, compleja y especializada, está más allá de la capacidad de administrar y supervisar de una persona o de un pequeño grupo especial. Los especialistas en administración y en manejo de personal sólo pueden desempeñar sus funciones óptimamente cuando son capaces de influir verdaderamente en las decisiones y cuando ellos mismos están consensual, más no resignadamente, de acuerdo con la decisión. Las actitudes de confianza en uno mismo y de autorrealización personal tienden a desaparecer en las estructuras paternalistas o autocráticas. Las organizaciones complejas y adaptables deben, obligatoriamente, depender más de los controles internos, creados por las personas como consecuencia de la identificación y otros procesos socializantes, que de un sistema de controles externos. Es probable que en las organizaciones militares y paramilitares se necesiten rígidos controles externos, pero resultan contraproducentes en las organizaciones de trabajo innovador, como en el de la enfermería. La fuerza motora dinámica de las organizaciones creativas es el crecimiento y desarrollo a largo plazo de

la organización y no las metas individuales, a corto plazo, de las personas importantes. Las funciones de mayor importancia son las metas de resolución de problemas y logro de realizaciones, mientras que las luchas por el poder y la preocupación por la posición pasan a ocupar un lugar secundario.

A fin de crear una relación efectiva de trabajo entre los miembros del personal, que propicie una respuesta de adaptación e innovación en el ambiente de la organización, es preciso ofrecer algunas alternativas. Es necesario que las personas que trabajan juntas sean capaces de comprometerse con los objetivos de la organización, de comunicarse entre sí y de sentirse gratificados en un ambiente de cooperación, motivación y tendencia a participar con los demás y con los objetivos de la organización.

Cuando un programa nuevo aparta al personal de enfermería de una situación conocida y agradable para encaminarlo hacia otra que es ambigua y amenazadora, el mejor antídoto para la inquietud que suele producirse es el compromiso individual y el espíritu de cooperación que surge de la participación del personal. La creación de estas fuerzas constituye uno de los mayores desafíos del administrador. Los siguientes elementos explican cómo se debe llevar a cabo el proceso hacia la participación.

COMPROMISO

A medida que se empiezan a ejercer fuerzas con el fin de activar el proceso de dirigir, aumenta la necesidad de la presencia de un compromiso, que las personas o los recursos se obliguen a lograr el éxito de la empresa. Es imposible efectuar los cambios básicos necesarios si la mayor parte del personal no se compromete a ello; por otra parte, es probable que la resistencia impida el progreso (Cofer y Rosenthal, 1948). El compromiso verdadero permite actuar de acuerdo con el principio de que se hará cualquier cosa que exija la causa.

¿Cómo puede el administrador de servicios de enfermería contar con un personal comprometido? El compromiso sólo se logrará cuando una fuerza motivadora in-

duzca a un individuo intelectual y emocionalmente a actuar. La motivación constituye la preocupación fundamental, constante y más importante del administrador. Cuando la motivación es adecuada, las personas dan lo mejor de sí mismas; puede tratarse de cualquier motivo interno, tal como un deseo, anhelo, necesidad o impulso, que hace que el individuo trate de alcanzar determinadas metas (Berelson y Steiner, 1964). Si el administrador sabe esto, tendrá en cuenta los elementos humanos que intervienen en el proceso de trabajo y cambio; específicamente, se hará cargo de

- 1 Hacer un inventario de las necesidades individuales del personal
- 2 Adquirir y proteger los objetos materiales
- 3 Manifestar ambición o fuerza de voluntad para alcanzar prestigio y reconocimiento
- 4 Ejercer, resistirse o rendirse a las manifestaciones de poder
- 5 Ser agresivo o humilde
- 6 Dar y recibir afecto, que se manifiesta mediante el deseo de unirse o proteger a otro ser humano
- 7 Participar en actividades sociales, tales como aquellas de índole recreativa y de influencia recíproca en el servicio de enfermería

Como se trata de necesidades universales, el hecho de satisfacerlas constituye un motivo fundamental para que las personas deseen comprometerse en esa tarea. Un administrador dedicado por entero al cambio, debe evaluar a su personal en función de las necesidades que muestre y tomar las medidas pertinentes, tales como nombrar a algunos miembros del personal para que formen parte de comités, y delegar autoridad.

La investigación indica que el esfuerzo dedicado a tareas específicas se relaciona estrechamente con la motivación de los individuos, y que los individuos bien motivados lucharán con todas sus fuerzas para evitar, eliminar o superar de cualquier forma, los obstáculos que se encuentren entre ellos y el objetivo. La aceptación y evaluación de las necesidades humanas tiene por objeto evitar que surjan problemas en el trabajo y en el proceso de cambio.

COMUNICACION

La comunicación es el instrumento que utilizan los administradores para motivar a su personal. Su principal propósito consiste en informar al personal qué significan las metas del programa y, en especial, qué exigen estas metas de cada persona.

Para alcanzar un objetivo, el individuo tiene que percibir que el hecho de hacerlo tiene cierto valor, un valor congruente con el de la organización. A menos que haya un libre flujo de información entre el administrador y el personal de enfermería, no se obtendrá la aceptación mutua de ningún objetivo. La estructura tradicional de nuestro sistema de salud no favorece el libre intercambio; con mucha frecuencia, la información sólo fluye en una dirección y no se crean los canales adecuados para la retroalimentación; el administrador que trata de establecer un nuevo programa quizá encuentre útil diseñar un sistema de comunicación que tenga dos direcciones (Novotney, 1966), que sea permanente, conciso y tenga un tono profesional.

Si existe la posibilidad de que las enfermeras se vean afectadas por un programa nuevo, es necesario hacer todos los esfuerzos posibles para manejarlo abiertamente y evitar el descontento en el futuro. Por ejemplo, es posible prever que algunas enfermeras pensarán que determinada situación de enfermería de trabajo en equipo resulta amenazadora porque las obligaciones y las responsabilidades de la toma de decisiones, que anteriormente se encontraban centralizadas en una sola persona, en adelante tendrán que ser compartidas. Es necesario aceptar, comunicar y divulgar este hecho. A las enfermeras que se les proponga un nuevo programa, se les debe ayudar a apreciar y comprender que cuentan con la autoridad necesaria para ponerlo en práctica y que poseen la capacidad de manejar satisfactoriamente los factores que intervienen en el programa propuesto. Con frecuencia, la actitud negativa de una enfermera respecto a un cambio propuesto, bien sea de indiferencia o de obstaculizar,

se puede rastrear hasta encontrar que a la enfermera nunca se le informó lo que le exigiría el cambio propuesto en términos de habilidades, actitudes o conocimientos. Un ejemplo de esto podría observarse en las enfermeras que se oponen a elaborar los planes de atención porque no comprenden qué significan dichos planes para la individualización de la atención de los pacientes y porque los consideran totalmente contrarios a la práctica de la enfermería tradicional. Si se les hubiera ayudado a comprender que el nuevo enfoque también exigía muchas de las habilidades tradicionales de enfermería, quizá hubiera cambiado radicalmente su falta de voluntad para tratar de realizar el cambio.

Debe tenerse en cuenta que las enfermeras no abandonan sus prejuicios, pensamientos, sentimientos, ni odios cuando se les pide que se aventuren hacia lo desconocido; a causa de esto, el administrador de servicios de enfermería debe estar seguro de sí mismo y de sus objetivos, de tal forma que pueda tener una actitud de respaldo e información a medida que el programa se inicia y avanza. Un administrador vacilante transmite incertidumbre, y uno insensible despierta hostilidad. Todas las comunicaciones deben caracterizarse por la firmeza de propósito y la comprensión.

INCENTIVOS

En nuestra sociedad, las recompensas o incentivos tienden a medirse en función del dinero, pero las investigaciones efectuadas indican que los incentivos psicológicos tienen con frecuencia mayor importancia. En el caso de la enfermería, el incentivo debe provenir no tanto del administrador de enfermería ni de la comunidad, como de los pacientes. La satisfacción que obtiene la enfermera dedicada a su profesión cuando ve que sus pacientes mejoran en una situación cambiante de enfermería, quizá sea suficiente recompensa, y esto no se puede traducir en dólares y centavos. Existe una recompensa definida implícita en el mero proceso de poner en práctica un nuevo programa. En caso de que se utilicen otros in-

centivos en el proceso de cambio, tales como un aumento de prestigio o de salario, es preciso informar sobre ellas a las personas que participan y dejarlo bien claro, de tal manera que sus expectativas no sufran un duro golpe después de que se realice el cambio.

AMBIENTE DE COOPERACION

Cuando en una institución de atención de la salud, el personal se une para alcanzar metas establecidas de manera colectiva y existe un ambiente de cooperación, se pueden producir el trabajo y los cambios planificados. La planificación cuidadosa de los programas es esencial para controlar los efectos que un programa nuevo, o cualquier programa, tiene inevitablemente en la institución y en la comunidad. Un programa nuevo exige insumos de una gran cantidad de fuentes, incluyendo a los miembros del personal. La cooperación es de vital importancia.

La cooperación abarca la interacción humana y la cohesión del grupo; la interacción humana implica un toma y daca sobre una base interpersonal, mientras que la cohesión se refiere a la unión de las partes aisladas dentro de un grupo. La calidad de la interacción humana que tiene lugar dentro de un grupo refleja la libertad y el sentido de adaptación que siente el grupo a medida que avanza en su tarea, la cohesión del grupo implica cuán bien está organizado, si los miembros se apoyan unos a otros o no, y si el grupo siente o no que sus esfuerzos están alcanzando algún grado de éxito (Hare, 1962). La interacción y la cohesión son interdependientes y se pueden medir, se encuentran en su punto más alto cuando, en una situación determinada, los miembros del grupo son inducidos a percibir el alcance de sus propias metas como algo que se relaciona con la consecución de las metas de los demás. Sin importar cuán difícil pueda parecer un trabajo o un cambio, ni cuán onerosas puedan parecer las tareas necesarias para efectuarlo, si los individuos que realizan el trabajo o el equipo encargado de efectuar el cambio toman la fuerza que

necesitan de los demás y se sienten en entera libertad de intercambiar o manejar problemas comunes en un ambiente de aceptación, aumentarán las posibilidades de obtener un trabajo o un cambio satisfactorios. Así pues, es claro que para crear un espíritu de cooperación, el administrador de servicios de enfermería tiene que expresar metas y valores que puedan ser comunes a las personas a las que se les pide trabajar en un nuevo programa, teniendo siempre en cuenta las reacciones emocionales e intelectuales del personal. Las personas no son máquinas racionales de calcular, motivadas por ideas y preocupadas únicamente porque éstas sean correctas. En ocasiones, las decisiones relativas al trabajo y al cambio fracasan porque han sido diseñadas sobre la suposición de que los sentimientos se pueden hacer a un lado o ignorar, con todo, quizá las enfermeras se rehúsen a cambiar las metas a causa de la ira, resentimiento o temor.

Podemos deducir que en cualquier intento que se haga de influir en el personal, los administradores deben estar conscientes de sus propios sentimientos, preferencias y prejuicios. Un administrador debe saber cuál es su posición respecto a un nuevo programa, antes de que pueda asegurar la participación de las enfermeras; por ejemplo, resultará difícil para un administrador lograr que las enfermeras acepten el trabajo de enfermería en equipo si no reconoce su verdadero compromiso intelectual y emocional con la idea y, al mismo tiempo, comprende desde el principio que quizá otras personas no sienten el mismo compromiso. Asimismo, debe estar consciente de cuánto está dispuesto a dar de sí mismo para lograr la meta. Lo mejor de un programa bien planificado no es si fue hecho con un racionalismo frío, sino el hecho de haber aceptado y tomado las medidas necesarias para satisfacer las necesidades emocionales de todas las personas que participan en el mismo.

MOTIVACION DEL EQUIPO

Para alcanzar los objetivos, el adminis-

trador encontrará útil adoptar un sistema de motivación y cooperación, o contar con un equipo, que fortalezca y refuerce las fuerzas motivacionales, complementando y haciendo uso de las actitudes favorables (Likert, 1961).

La tarea del administrador consiste en crear un nuevo grupo de trabajo para llevar a cabo un programa. Investigaciones efectuadas en diversas situaciones ocupacionales, indican que la característica distintiva de un administrador que tiene éxito es un sistema social cooperativo perfectamente coordinado y motivado (Likert, 1961). Los talentos de los distintos miembros del personal se utilizan para crear una gran fuerza, cuyo objetivo consiste en alcanzar las metas establecidas de manera colectiva; esto sugiere el empleo del enfoque de trabajo en equipo para comprobar la realización, basándose en la suposición de que la complejidad de la mayor parte de los programas exige el concurso de una amplia variedad de talentos.

Un administrador no puede pedir lo mismo a todos los miembros de su personal, ni puede esperar que todas sus exigencias se satisfagan de la misma manera. Para que la labor de grupo sea eficaz, es preciso asignar las tareas no sobre una base aleatoria, sino de acuerdo con quién puede hacer qué de la mejor forma posible, y haciendo que el personal participa en las decisiones relativas a la distribución del trabajo. Las características más importantes de una situación ideal de trabajo en equipo son la franqueza y la aceptación. Las personas tienen la oportunidad de dirigir su propio destino y de trabajar juntas para tomar las decisiones correctas. El consenso, más que el decreto, determina en qué dirección avanzará el grupo. Las personas se sienten en entera libertad de expresar sus ideas sin temor a represalias ni a críticas. Los miembros del grupo se apoyan mutuamente, así como a la persona que los dirige porque todos son responsables de los objetivos y de los actos que se realicen para lograrlos. En estas situaciones, los grupos tienden a transformarse en grupos estrechamente

unidos. Un administrador de enfermería observó que "la medida en que se produce el cambio es la medida en que las enfermeras se sienten libres de controlar sus propias decisiones".

Goodwin Watson (1967) llega a la conclusión de que si en un nuevo programa se les permite a las enfermeras participar en el proceso de toma de decisiones, la resistencia será menor siempre y cuando (1) los participantes en el proceso de trabajo o cambio hayan trabajado colectivamente para diagnosticar la situación, ponerse de acuerdo sobre el problema fundamental y aceptar que es importante, (2) las metas se adopten mediante una decisión consensual del grupo, (3) las personas que presenten propuestas sean capaces de dialogar con las que se oponen, de aceptar objeciones válidas y de tomar las medidas necesarias para eliminar los temores infundados, y (4) los individuos sienten que sus relaciones con los demás se caracterizan por la aceptación, apoyo, confianza y buena fe.

Las enfermeras, al igual que todas las demás personas, tienen la necesidad de saber que son valiosas como personas. Una fuente importante para satisfacer esta necesidad es la respuesta que reciben de sus colegas, cuya aprobación y apoyo anhelan tener (Likert, 1961). Este hecho es importante para el administrador que trata de introducir un nuevo programa, debe tomar nota de lo que hace su personal y apreciar los actos que contribuyan a la consecución de los objetivos relacionados con la búsqueda de trabajo y cambio.

LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

El hecho de lograr que el personal participe en un programa, constituye básicamente un problema de dirección o administración. En consecuencia, los resultados de investigaciones administrativas ofrecen una amplia variedad de pautas en el campo de la participación del personal.

La dirección administrativa se puede llevar a cabo en forma autoritaria, democrática o de *Laissez-faire* (dejar hacer y dejar pasar) o mediante una combinación de las

tres. Todos los modelos de dirección necesitan cooperación y cierto grado de compromiso, pero varían los efectos de cada uno de ellos; el enfoque autoritario a menudo da por resultado que el espíritu de cooperación del personal sea bajo. El enfoque de *Laissez-faire*, hace que la consecución de los objetivos se transforme en una cuestión de posibilidad en vez de en una cuestión de elección, lo cual con frecuencia produce actividades independientes. El modelo democrático, aunque no da resultados mucho mejores en lo referente a la producción, crea un ambiente de trabajo más sano, que es especialmente importante en el ámbito de la enfermería.

En trabajos como el de la enfermería, donde no se pueden dividir con mucha exactitud las funciones y para los que no es posible establecer normas de tiempo, existe una relación directa entre la productividad de los trabajadores y su actitud en cuanto a todos los aspectos del ambiente de trabajo, incluyendo la supervisión. Likert (1961) señala que los administradores que poseen un alto índice de productividad tienden a presentar las siguientes características:

- 1 Se guían por el hecho de que cualquier práctica nueva debe representar una promesa de mejorar tanto las actitudes como la productividad
- 2 Detectan rápidamente cualquier cambio desfavorable en las actitudes de sus subordinados y cambian o detienen con prontitud la actividad responsable del cambio inconveniente
- 3 Evitan ejercer grandes presiones jerárquicas sobre los trabajadores para aumentar la producción
- 4 Tienden a emplear principios y prácticas administrativas que produzcan mejores decisiones y una mejor comunicación

En apariencia, esta lista no hace más que enunciar algo que es obvio, no obstante, tiene sentido para el administrador. En esencia, afirma que las personas que desean dirigir con eficiencia se preocupan sobremedida por el personal. El estudio realizado por Bellows, Gilson y Odiorne (1962), indica que cuando los contadores,

ingenieros o maestros entran en sus respectivos campos de trabajo, el 80% de su trabajo gira alrededor de sus conocimientos técnicos y el 20% alrededor de su habilidad para relacionarse con las demás personas que forman parte de la organización. A medida que pasan a ocupar puestos a nivel de supervisión, disminuye el elemento técnico y aumenta el elemento correspondiente a las relaciones humanas. En el caso del supervisor de servicios de enfermería, aumenta aún más la necesidad de las relaciones humanas. En cuanto al administrador de servicios de enfermería, las habilidades más importantes son las conceptuales, seguidas de cerca por las habilidades para manejar las relaciones humanas.

Aparentemente, en las organizaciones de atención de la salud en las que los individuos están motivados para (1) aceptar las metas y decisiones del grupo, (2) tratar de influir en estos grupos y decisiones de tal forma que sean congruentes con sus propias metas y experiencia, (3) comunicarse francamente con los miembros del grupo y (4) comportarse de tal forma que reciban el reconocimiento y apoyo de los miembros del grupo y, en especial, de las personas que el individuo considera tienen mayor poder y posición, el trabajo o los nuevos programas se llevarán a cabo con muy poca resistencia. En organizaciones semejantes de atención de la salud, el administrador constituye un recurso importante para la realización de los esfuerzos del grupo. Gracias a su contribución y a sus aportes conceptuales, ejerce su función de liderazgo. El trabajo satisfactorio, el cambio y la aceptación se producen porque abre nuevas posibilidades al personal mediante la participación del mismo en el proceso. Su gratificación no radica en el hecho de dirigir y ser el único responsable del trabajo y del cambio, sino en la realización de los mismos.

Medios para lograr la participación del personal

EL ARTE DE LA TOMA DE DECISIONES. La enfermería es la actividad

fundamental de las organizaciones de atención de la salud y, dado que las enfermeras son las que saben más sobre sí mismas y sobre los pacientes y puedan dar las opiniones más inteligentes, ellas deberán tomar todas las decisiones relativas a la enfermería. Un administrador de servicios de enfermería lo expresó sucintamente de la siguiente forma:

Enfrentemos los hechos, soy mejor administrador de enfermería que el promedio y sé bastante acerca de la práctica de la enfermería, etc., pero hay por lo menos una enfermera en el personal que sabe más que yo sobre una área específica. Por supuesto, no siempre se trata de la misma enfermera, pero el hecho es que no soy la mejor fuente de información de ningún área de enfermería. Siempre digo, "Creo esto y aquello, pero asegúrese de verificar con la enfermera", ella es la experta en enfermería pediátrica", o "Vea a la enfermera", quien es experta en enfermería ortopédica".

Las decisiones de enfermería incluyen no sólo las que toman las enfermeras en las unidades clínicas mientras practican la enfermería o dirigen actividades de enfermería, sino también las relacionadas con la forma de agrupar a los pacientes con mayor efectividad para realizar una actividad determinada y de organizar al personal más eficientemente. Es preciso permitir que las enfermeras decidan cómo van a trabajar juntas, por ejemplo, en equipos o usando el método de casos, ya que el método de organización del trabajo, con frecuencia afecta, en gran medida, las decisiones relativas a las actividades de enfermería.

¿Qué garantías tienen los administradores, médicos y familias de que las enfermeras tomarán decisiones racionales de enfermería? ¿Cómo puede el consejo de directores de la institución de atención de salud estar seguro de que se están tomando decisiones racionales? La certeza puede provenir del administrador de enfermería que supervisa todas las decisiones y no aprueba aquellas que sean incongruentes con las metas y valores, asimismo, el administrador de enfermería puede asumir la responsabilidad de comunicar a las enfermeras las

metas y valores del consejo de directores de la institución y de supervisar sus decisiones para asegurarse de que hayan seguido los procedimientos adecuados. Consideramos que el último enfoque es más apropiado.

Con frecuencia se ha interpretado erróneamente la idea de que el administrador de servicios de enfermería no debe tomar decisiones que se relacionen directamente con la atención de enfermería, dando a entender que el administrador no tiene voz en las decisiones correspondientes a la atención de los pacientes. ¿Cuál es, pues, la función del administrador si las enfermeras toman las decisiones referentes a la atención de los pacientes? Su función es de procedimiento, es decir, es un experto en cuestiones de procedimiento, que controla los procedimientos en dos áreas: la toma de decisiones y el procesamiento de grupos.

SUPERVISION DE LA TOMA DE DECISIONES. Griffiths (1959) sostiene que:

La función del ejecutivo consiste en asegurar que el proceso de toma de decisiones se lleve a cabo de una manera eficaz. En realidad, el ejecutivo sólo debe tomar una decisión cuando la organización sea incapaz de hacerlo. En otras palabras, si el ejecutivo toma personalmente todas las decisiones, quiere decir que algo no está funcionando en el proceso de toma de decisiones.

La eficiencia de un jefe ejecutivo es inversamente proporcional al número de decisiones que tiene que tomar personalmente en relación con los asuntos de la organización. La función del jefe ejecutivo no es tomar decisiones, sino controlar el proceso de la toma de decisiones para tener la certeza de que se lleva a cabo de manera óptima.

Por ejemplo, es normal que la mayor parte de los administradores de servicios de enfermería decidan la forma en que van a distribuir a las enfermeras y a agrupar a los pacientes, en ocasiones se consulta a las enfermeras y en otras no, pero la decisión definitiva corresponde al administrador.

En la posición que presenta Griffiths expresa que el administrador no debe decidir

cómo organizar el trabajo de la enfermera respecto a la atención de los pacientes en las unidades clínicas o especializadas. Al hacerse cargo de la función de supervisor de la toma de decisiones, el administrador insiste en que las enfermeras sigan procedimientos adecuados (ya establecidos), que les permitirán tomar decisiones racionales. Si las enfermeras se ajustan a estos procedimientos, el administrador se ve obligado a aceptar la decisión de la enfermera, tanto si está de acuerdo con ella como si no lo está.

Los procedimientos son prácticas que se deben seguir antes de tomar una decisión. Una guía de los pasos fundamentales para la adopción de decisiones es el método científico, según el cual una persona al tomar una decisión, por lo general, hace lo siguiente.

- 1 Reconoce, define y delimita el problema
- 2 Analiza y evalúa el problema
3. Identifica diversos cursos de acción en relación con el problema
- 4 Predice las consecuencias relacionadas con cada una de las alternativas consideradas
- 5 Elige una entre las alternativas posibles

Estos cinco pasos constituyen el concepto imperante del proceso de toma de decisiones. Si bien describen qué sucede cuando se toma una decisión, lo hacen en términos demasiado generales para poder sacar conclusiones específicas respecto a la participación del personal.

En la actualidad, es muy raro que las enfermeras cuenten con procedimientos que les sirvan de guía en la toma de decisiones. ¿Cuáles son los procedimientos adecuados que debe establecer un administrador si, por ejemplo, las enfermeras tienen que tomar decisiones respecto a la organización de un equipo de enfermería? El administrador de servicios de enfermería haría bien en aconsejar a las enfermeras: (1) leer lo que los expertos y personas dedicadas a ese campo han escrito sobre el tema, (2) experimentar diversos sistemas o métodos, (3) buscar consejería, (4) familiarizarse con las experiencias de otras instituciones de

atención de la salud, (5) comparar sus prejuicios sobre enfermería con la filosofía expresada por el consejo de educación de enfermería, (6) colocar el sistema dentro de un plan a largo plazo y considerar las implicaciones que tendrán en toda la comunidad, (7) visitar hospitales donde estén experimentando con diferentes tipos de empleo del personal y (8) hacer pruebas piloto sobre los distintos aspectos del plan.

Es posible que procedimientos que son adecuados en un área de decisión no siempre lo sean en otra, pero quizá sean semejantes. No tienen que ser forzosamente idénticos porque tienen un carácter diferente, por ejemplo, para determinar cuándo se debe dar un descanso para tomar café, se necesita un método de decisión distinto del que se emplea al establecer un procedimiento para la atención de determinado paciente.

Para funcionar como supervisor de la toma de decisiones, el administrador de servicios de enfermería debe ser una persona capaz y competente. Las enfermeras tienen derecho a esperar que el administrador o los miembros del personal de asesoría sirvan como fuentes de información. No es preciso que el administrador sea un experto en todas las áreas de la enfermería, pero sí debe saber qué información se tiene disponible y dónde encontrarla. Por ejemplo, es probable que un administrador no conozca los resultados de investigaciones recientes acerca de la práctica de la enfermería, pero debe estar informado sobre quién lo sabe o qué publicaciones tratan el tema. Tiene la obligación de saber si una comunidad vecina, que tiene una instalación nueva de atención de salud en la que se realizan experimentos con un nuevo programa, aceptará observadores ese año; que el Ministerio de Salud, Educación y Asistencia Social, está patrocinando propuestas de investigación para estudiar sistemas mejorados de prestación de servicios de salud, o que la biblioteca administrativa interdisciplinaria cuente con publicaciones dedicadas enteramente al enfoque de sistemas en la organización. Si el interés de una enfermera

continúa. el administrador, como persona competente, debe ofrecerle escribir a la institución que produce materiales de prueba, pedir que un especialista visite la institución o proponer que se discuta el tema en la siguiente reunión de personal, si la enfermera considera que sería útil.

Como persona competente, el administrador se encuentra en una posición de responsabilidad semejante a la del bibliotecario. Nadie espera que un bibliotecario comprenda absolutamente todo acerca de la fotosíntesis ni los protozoarios, pero todo el mundo espera que sepa dónde encontrar la información. Una persona competente actúa no sólo como fuente de información para las enfermeras, sino también como fuente de ideas prometedoras e innovadoras. A menudo, el administrador es la única persona de la institución de atención de la salud que tiene la flexibilidad de horario necesaria para reunir buenas ideas. Visita otras organizaciones en las que se están llevando a cabo, o ya se terminaron, diversos proyectos financiados por el estado o por fuentes privadas; se reúne con otros administradores y su personal, y asiste a conferencias regionales y nacionales. En consecuencia, puede estar al corriente de los avances alcanzados en el campo de la enfermería y conocer la amplia variedad de recursos, para el servicio y la práctica de la enfermería, que existen en el distrito y en la comunidad donde se encuentra la institución de atención de salud.

SUPERVISION DEL PROCESO DEL GRUPO. A medida que las enfermeras participan más en la toma de decisiones de enfermería, existen procedimientos sistemáticos que se deben seguir y que tienden a aumentar al máximo las decisiones racionales. ¿Qué probabilidad se tiene que las enfermeras los sigan?

Existe una bibliografía muy amplia que respalda el punto de vista de que si se motiva al personal o se le da la oportunidad de participar en la toma de decisiones, se obtienen resultados satisfactorios. Algunos estudios realizados sobre la industria, desde los famosos Estudios de la Western Elec-

tric (Roethlisberger y Dickson, 1939) hasta los estudios más recientes realizados por Coch y French (1948) y por Guest (1960), confirman los resultados. En el campo de la enfermería, la obra de Kramer (1970) y Kramer y Baker (1971) indica que las enfermeras que tienen la oportunidad de participar activa y regularmente en la elaboración de políticas y en la atención de los pacientes, muestran más entusiasmo respecto a su trabajo que las que tienen oportunidades limitadas de participar o practicar dentro de la función profesional. Las investigaciones efectuadas en el campo de las ciencias sociales a partir de 1935, indican que los problemas de las instituciones de atención de salud se presentan no tanto en el área de la administración científica, como en la de las relaciones humanas. Mayo, Roethlisberger, Dickson, Levin y muchos otros autores piensan de la misma manera. La motivación humana, la participación, la toma de decisiones y el reconocimiento de los sentimientos de agrado y simpatía, constituyen factores sumamente importantes de la productividad de un grupo u organización.

Así pues, resulta evidente que la participación de las enfermeras en la toma de decisiones produce resultados satisfactorios en cuanto al espíritu de cooperación y los servicios. Sería más conveniente preguntar: ¿Qué caracteriza la participación del personal?, en lugar de: ¿Produce la participación del personal resultados satisfactorios?

EL PERSONAL COMO EQUIPO DE TRABAJO. ¿Qué función desempeña la definición de las metas en la toma de decisiones? ¿Las decisiones las toma una sola persona, se toman por mayoría de votos o por consenso? ¿Quién participa en la toma de decisiones? ¿Todas las decisiones tomadas dan como resultado un programa de acción? ¿Cómo se evalúan las decisiones? ¿La dirección está dividida o concentrada en una sola persona? ¿Qué canales existen entre los miembros del grupo? ¿Qué sienten los miembros del grupo respecto al progreso del mismo? Es importante saber qué fac-

tores ayudan a tener un grupo productivo y cuáles son más importantes.

Cuando un grupo de supervisores y administradores de enfermería comenzaron a identificar las características de la participación satisfactoria del personal (Conferencia de la Comisión Interestatal del Oeste de Estados Unidos para la Educación Superior de Enfermería, 1972-1973), ellos pensaron, en términos de trabajo en equipos. En un buen equipo, las enfermeras (1) asisten a cursos en instituciones de enseñanza superior, (2) leen literatura relativa a la enfermería, (3) analizan a fondo los problemas, (4) hacen visitas periódicas a otras instituciones de atención de salud y a otras unidades clínicas, (5) experimentan con una amplia variedad de métodos y procedimientos nuevos, (6) asisten a las conferencias locales y regionales y (7) son miembros constructivos del grupo.

La lista revela que el administrador de servicios de enfermería observa una clara relación entre la participación del personal y las actitudes de las enfermeras respecto a su trabajo, y que las buenas enfermeras poseen mentes analíticas. Bennis (1966, p. 47) sostiene que un espíritu analítico sirve de modelo a las organizaciones; comprende un "espíritu hipotético" y un "espíritu de experimentación". El primero incluye "un sentimiento de prueba y precaución, el respeto por un error probable", el segundo incluye "el deseo de someter las ideas a pruebas empíricas, procedimientos y acciones". En esta forma los administradores identificaron un buen equipo, es decir, un modelo de organización, con el espíritu analítico descrito por Bennis.

La responsabilidad del administrador de supervisar el proceso del grupo es una tarea difícil, pero también es de vital importancia porque aún el grupo de enfermeras más dedicadas tiene puntos débiles en algunos aspectos. Es posible que en ciertos lugares el personal esté tan desorganizado que el administrador se vea obligado a buscar, fuera de la organización, una autoridad en

procesos de grupos, pero de todas maneras no puede renunciar a la responsabilidad de este problema.

Otra responsabilidad fundamental del administrador de enfermería es, como señala Bridges (1967, pp. 49-61) decidir sobre "las formas de constitución" de un grupo. Las tres formas más importantes son "la constitución determinada por los participantes, la parlamentaria y la democrática y centralista". En el estilo de constitución de grupo determinado por los participantes y en el parlamentario, todos los miembros del grupo pueden, en teoría, ejercer la misma cantidad de influencia en una decisión, la diferencia entre los dos es que el grupo determinado por los participantes exige un consenso, mientras que el parlamentario exige mayoría de votos. El grupo democrático y centralista le concede la autoridad a una persona y la decisión de esa persona tiene carácter obligatorio.

En las decisiones que conciernen a las enfermeras, la decisión de usar la forma de constitución de grupo determinado por los participantes o el parlamentario, variará de acuerdo con los diferentes tipos de problemas; sin embargo, es preciso que las enfermeras tomen la decisión.

¿Qué hace que la participación del personal sea productiva? Meyers (1968, pp. 55-57) enumera las diez categorías siguientes que representan la forma de pensar de muchos expertos en ciencias del comportamiento

- 1 Metas Las metas explícitas guían la participación de las enfermeras. El personal debe iniciar su trabajo de grupo con cierta noción de los objetivos o metas. Tanto la teoría administrativa como la teoría de enfermería han subrayado la necesidad de tener objetivos explícitos. Recientemente, el análisis de sistemas ha convencido a muchas personas de la necesidad de contar con metas explícitas.
- 2 Dirección compartida Una característica de los grupos productivos es la dirección funcional, es decir, la dirección distribuida entre los miembros del grupo, de tal forma que diferentes personas puedan asumir fun-

ciones de dirección, dependiendo de la función que tenga que llevarse a cabo. Es muy raro que una sola persona posea todas las habilidades necesarias para dirigir a un grupo en todo momento. El problema de la dirección constituye uno de los obstáculos más grandes para alcanzar la participación eficaz del personal porque muchos administradores consideran que deben conservar la dirección del grupo sin importar la función que se tenga que realizar. Lamentablemente, muchas enfermeras están de acuerdo con este criterio y no están dispuestas a aceptar funciones directivas que estiman debe desempeñar el administrador.

- 3 Comunicación Las enfermeras se sienten en entera libertad de discutir abierta y francamente todos los problemas. Con la eliminación paulatina de la práctica de que solamente una enfermera atiende a un paciente, aumenta la interacción de las enfermeras. El sistema de cooperación que resulta, requiere que las enfermeras renuncien a una parte de su autonomía y, para ello, es preciso discutir abierta y francamente los objetivos, métodos y pacientes.
- 4 Cooperación y competencia Las enfermeras cooperan entre sí y manejan los conflictos de manera abierta y realista. La combinación de la cooperación con la competencia puede parecer paradójica, pero la competencia es esencial para lograr la interacción satisfactoria dentro de un grupo y puede constituir un medio para lograr el avance, algunos incluso sostienen que es un elemento esencial para el avance. Si bien la competencia tiende a generar conflictos dentro del grupo, la naturaleza de la vida de grupo la hace de cualquier modo inevitable. Lo importante es tratar los conflictos abiertamente y no ignorarlos por el simple hecho de que son desagradables.
- 5 Productividad Las reuniones de los comités en general son productivas; una reunión puede ser productiva porque genera una gran cantidad de ideas nuevas, otra, porque da por concluida una tarea. Los grupos para lluvia o producción de ideas son diferentes de los grupos de trabajo y es un error evaluarlos con las mismas normas. Sólo es posible evaluar los logros de una reunión en función de si alcanzó o no las metas establecidas para la misma.
- 6 Evaluación y retroalimentación Se han creado métodos para evaluar el comportamiento

de los miembros del grupo y transmitir dicha información. Sin importar los procesos empleados por un grupo, es necesario que haya retroalimentación entre las diferentes personas que lo constituyen. La comunicación eficaz del grupo depende de la comprensión que se tenga del comportamiento de los miembros. Algunas investigaciones realizadas indican que es muy raro que los individuos cambien su comportamiento a menos que la retroalimentación les diga qué piensan los demás del mismo.

- 7 Estructura Las enfermeras forman distintos tipos de subgrupos para alcanzar las metas. Se dice que un grupo es productivo si es capaz de cambiar sus estructuras a fin de alcanzar sus metas, si no obtiene resultados satisfactorios con una estructura, se dividirá y creará dos subgrupos o se disolverá durante algún tiempo y se volverá a constituir sobre bases totalmente diferentes.
- 8 Cohesión Todas las personas que forman parte de un grupo poseen un sentimiento de pertenencia a dicho grupo y sienten que tienen entera libertad para participar en las reuniones del grupo. Es probable que algunos miembros no participen verbalmente porque los intercambios verbales no les agradan o no se sienten capaces de hacerlo, pero esos miembros pueden contribuir de muchas maneras, tales como escribir informes acerca de la reunión, recopilar información relativa a investigaciones realizadas fuera de la reunión, o reunirse con otras personas que deben estar al corriente del progreso del grupo. Un factor importante es la cohesión del grupo, que, por lo general, se refleja en la asistencia a las reuniones.
- 9 Satisfacción Los miembros de un grupo obtienen satisfacción de su propia intervención, a los individuos les agrada sentir que han contribuido al éxito del grupo. Este sentimiento de valor y satisfacción se deriva de sus propios aportes, y difiere del tipo de satisfacción que proviene de ver que el grupo tiene éxito.
- 10 Ambiente La atmósfera es constructiva y amistosa. Resulta difícil medir el ambiente de una reunión; en consecuencia, también es difícil determinar el efecto de la atmósfera de trabajo en una reunión productiva, aunque parece que se relaciona positivamente con la productividad. Cuando las reuniones son aburridas y pesadas o cuando parece que las personas no expresan sus opiniones

verdaderas, la atmósfera se torna pesada y la productividad disminuye.

El administrador de servicios de enfermería y su personal deben tener en cuenta, cuando se trate de trabajar en grupos, estos diez aspectos de la participación del personal. La función del administrador de enfermería en el proceso del grupo es sólo de procedimiento. No debe establecer metas, sino insistir en que las enfermeras lo hagan. No tiene que asumir la dirección ni salvarla para alguien más, sino alentar a las personas que poseen algún talento especial a que asuman la dirección cuando se considere apropiado. No se hace responsable de toda la comunicación, sino que propicia un foro en el que todos pueden participar y contribuir. No desalienta la competencia, sino que sostiene que los problemas que surjan de ella se deben tratar abiertamente. No establece todas las tareas, sino exige que las enfermeras esclarezcan la naturaleza de la tarea. No evalúa todas las actividades, sino fomenta la retroalimentación constante entre las enfermeras. No establece la estructura de cada grupo, sino pide que las enfermeras tengan en cuenta otras posibilidades en cuanto a la estructura. Por último, participa personalmente para fomentar la cohesión, la satisfacción y un ambiente constructivo y amistoso.

MEDIO AMBIENTE FISICO

Proceso de planificación del medio ambiente físico

Como conclusión del medio conceptual se ha llegado a comprender que la organización humana de una institución de atención de salud influye en el desempeño del personal y la recuperación de los pacientes. Esta parte se refiere al estudio de algunos aspectos del medio ambiente físico y al efecto que tiene en el personal y en los pacientes. La institución de atención de salud que comprende o incluye la arquitectura, está constituida por grupos de personas e instalaciones que se pueden describir mejor en función de una organización operativa, es decir, como subsistemas de un sistema de atención médica.

Como el departamento de enfermería participa en todas las demás áreas de la institución de atención de salud y depende de ellas, cualquier norma o tendencia que afecte a toda la institución, afectará también a la enfermería. Aun cuando la necesidad de una institución de atención de la salud, la estructura y tipo de construcción y la forma en que se utiliza el hospital varían mucho de una comunidad a otra, se puede identificar varias pautas para la planificación de una instalación física de atención de salud.

La naturaleza de la planificación se amplía cada vez más; ya no se limita únicamente al edificio mismo, sino que considera datos concretos, y las necesidades de los pacientes y la comunidad en relación con la atención general y específica de salud. En la actualidad, no sólo el arquitecto y el administrador intervienen en la planificación, sino que participan en ella gran cantidad de personas, tales como representantes de la comunidad, sociólogos, antropólogos sociales, médicos, enfermeras, miembros del consejo del hospital y expertos en salud pública. La coordinación cuidadosa de las recomendaciones de estos intereses y capacidades tan diversos, es esencial para crear una instalación de atención de salud que satisfaga las necesidades de todos, a fin de brindar una atención satisfactoria a los pacientes.

En un problema de planificación, las dificultades surgen cuando condiciones o requisitos nuevos no tienen punto de comparación con las experiencias pasadas o cuando un factor nuevo hace que la solución tradicional resulte inapropiada. En realidad, esto es lo que sucede muchas veces con la arquitectura contemporánea de hospitales, porque los conceptos más amplios y cambiantes de la atención de los pacientes y las prácticas médicas sumamente especializadas exigen que las instalaciones cuenten con elementos que eran completamente desconocidos en los hospitales del pasado. Por otra parte, los adelantos producidos en la industria de la construcción, en especial en cuanto a los sistemas de equipo mecánico para la construcción (por ejemplo, sistemas

transportadores y aire acondicionado), permiten una variedad más amplia en las formas de los edificios para satisfacer necesidades específicas. Todas estas complicaciones indican que el establecimiento de algunas pautas podría ser útil para la planificación, aun cuando en este momento (o quizá nunca) sea posible elaborar una teoría completa.

Mencionamos que el proceso de planificación de un hospital requiere las habilidades y experiencia no sólo de profesionales en diseño, administradores de hospitales y asesores médicos, sino también de los jefes de departamento del hospital y de una gran variedad de miembros del personal, incluyendo a las enfermeras. El éxito del producto final, la institución de atención de salud, depende de la combinación de los distintos requisitos de cada departamento en un todo coherente que satisfaga todas las necesidades institucionales e individuales.

Souder y sus colaboradores (1970) crearon un modelo en el cual el proceso de planificación se divide en tres fases independientes que son: investigación, síntesis y evaluación; esto coincide con nuestro modelo de planificación, que aparece en la Fig. 4-1. En la fase de investigación, se recopila la información relativa a los requisitos funcionales de la instalación física para la atención de salud; se evalúan las necesidades de los departamentos junto con la información de costos y la disponibilidad de materiales y equipo. Las limitaciones, tales como el presupuesto y las restricciones geográficas, se estudian junto con todos los casos anteriores conocidos, con éxito en la planificación y soluciones de diseño. La fase de síntesis consiste en el diseño o proceso creativo; el objetivo de esta fase es llegar a un número de alternativas en la disposición física, que satisfaga los requisitos de operación y organización. El número de alternativas dependerá de la cantidad de información que se reúna durante la fase de investigación. En la tercera fase, la correspondiente a la evaluación, se toman decisiones sobre la base de la capacidad de un plan

para satisfacer tantos requisitos como sea posible.

En la planificación y diseño de cualquier hospital u otra institución de atención de salud, no existe ningún sustituto adecuado de las maquetas de los subsistemas del sistema global de atención de salud que se haya propuesto, para someter a prueba y predecir la calidad operativa de los mismos. Tanto las maquetas como los estudios de campo se pueden efectuar convenientemente en las unidades y pabellones de hospitales existentes, sin molestar innecesariamente a las personas. Estos ejercicios de simulación resultan económicos y pueden incluir pruebas de acabados y demás materiales de construcción, equipo y mobiliario, así como nuevos modelos de trabajo y organización del personal.

Este enfoque, aunque es idealista, permite comprender el proceso de planificación como un proceso dinámico y no estático. En la instalación física de una entidad de atención de salud, la planificación de una sección puede encontrarse en la fase de investigación, mientras que la otra se encuentra en la de evaluación. Lo anterior es especialmente cierto cuando se trata de remozar una planta física ya existente. Al mismo tiempo, es posible que sólo se pueda llegar a una etapa después de haber concluido la precedente; por ejemplo, es necesario reunir información suficiente para poder llegar a un plan que ofrezca la disposición más ventajosa de las instalaciones físicas.

Tradicionalmente, el objetivo del hospital como institución ha sido devolver a las personas enfermas a los puestos que ocupaban en la sociedad antes de ser hospitalizadas. Todos los recursos del hospital, tanto materiales como humanos, se organizan para brindar este servicio a la sociedad. Talcott Parsons (1958, 1959a y b) afirma que existe una gran cantidad de tipos de unidades sociales y que cada una posee una estructura social determinada. Divide estas unidades en tres niveles de organización social: institucional, administrativo y técnico.

En el nivel institucional se encuentran los miembros de los consejos de directores

y administradores; su responsabilidad consiste en actuar de intermediarios entre la comunidad y los niveles administrativo y técnico de operación; cumplen esta responsabilidad cuando explican las operaciones de la organización, solicitan respaldo financiero y brindan apoyo emocional al guiar a los dos niveles mencionados hacia la congruencia y consecución de los amplios objetivos de atención de salud a la comunidad.

Es importante observar que, por lo general, los miembros de los consejos de directores se eligen en la comunidad. El hecho de incluir a este grupo en el medio interno del hospital, expresa el acto simbólico de llevar a la comunidad al interior de la institución. Requiere la menor cantidad de espacio en comparación con las necesidades de espacio de los niveles administrativo y técnico. Una sala de consejo satisface los requisitos relacionados con la función de este nivel de la organización.

El nivel administrativo está ocupado por los funcionarios administrativos y ejecutivos que coordinan y controlan las funciones de servicio del hospital. En este nivel se toman las decisiones relativas a la distribución del espacio; las responsabilidades de las personas que ocupan estos puestos incluyen la evaluación de las necesidades relacionadas con el medio físico para lograr la satisfacción del personal, supervisión diaria de los procedimientos operativos, reglamentación de los patrones de dotación y distribución de personal, buscando un equilibrio entre las distintas funciones del hospital.

Las funciones primarias del hospital se llevan a cabo en el nivel técnico, en el cual se encuentran los grupos de enfermeras, médicos y personal paramédico. Las funciones de este nivel de operaciones necesitan la proporción más grande de espacio dentro de la institución de atención de salud. Con objeto de crear un medio físico que facilite y respalde todas las funciones relacionadas con la atención de los pacientes, es preciso poseer los conocimientos específicos que se derivan de la información detallada de las actividades cotidianas, la cual

tiene más validez si proviene de personas que observan o realizan estas funciones todos los días. El tipo de información necesaria se refiere a los actos y estructuras sociales que rodean las actividades. Más específicamente, es importante saber qué actividades se relacionan entre sí, cuáles varían, clasificándolas en simples y complejas, y determinando cuáles es preciso combinar o separar. Por ejemplo, por lo general las comidas de los pacientes se preparan en la cocina del hospital y se transportan a las unidades de enfermería, en las que son servidas por los auxiliares de los dietistas. Al planificar un cambio con la instalación de hornos de microondas, la administración (nivel administrativo) debe considerar cómo afectará este cambio la estructura existente de las actividades, desde los aspectos técnicos de operación del horno hasta tomar la decisión de qué persona de la estructura social del hospital calentará la comida de los pacientes. El hecho de incluir personas del nivel de trabajo cotidiano le ayudará al administrador a poner en práctica con éxito las decisiones de la planificación. La actividad de la sala de espera, aunque no requiere una gran cantidad de espacio, constituye una parte importante del hospital en cuanto a las familias de los pacientes y, como tal, se le está prestando atención en el momento de la planificación.

Si se considera al hospital desde diferentes puntos de vista (el enfoque de sistemas y el enfoque de organización), éste proporciona una gran variedad de información, valiosa en relación con la preocupación fundamental de la práctica médica, la recuperación de las personas enfermas o traumatizadas. El edificio desempeña una función de apoyo, ya que constituye el receptáculo o marco físico de las actividades de atención de los pacientes. A fin de facilitar la recuperación de los pacientes, es necesario examinar minuciosamente la disposición física de las actividades, así como los modelos de personal y operaciones, para determinar la eficacia del medio de atención de los pacientes.

El concepto de sistemas y subsistemas representa un marco de referencia adecuado para nuestro estudio de los problemas del hospital. Los diferentes servicios que brinda un hospital se pueden considerar subsistemas; por otra parte, se puede definir otro subsistema, relacionado con la comunicación entre los distintos elementos que componen el hospital.

Objetivos del ambiente físico de la institución de atención de salud

El ambiente físico de una institución dedicada a la atención de la salud debe satisfacer los criterios relacionados con las funciones, es decir, la función que se espera de la instalación de atención de la salud, y suministrar formas para evaluar el desempeño de estas funciones o de las operaciones que comprenden (cuadro 5)

FUNCIONES

Las tres funciones del hospital—en este caso las funciones se definen como los fines generales que se pretende alcanzar y no como las operaciones de atención de salud a pacientes individuales—se pueden clasificar en funciones de utilidad, comodidad y expresión (Souder y colaboradores, 1970). Se trata de palabras comunes que tienen muchos matices, pero para nuestros propósitos, adoptaremos la siguiente definición de cada una de las funciones:

utilidad. El trabajo del hospital para brindar servicios de atención de salud a la comunidad a la que pertenece. Algunos ejemplos de la función de utilidad de la institución podrían ser las salas especiales, el equipo y un medio aséptico para practicar intervenciones quirúrgicas.

comodidad. Comprende la satisfacción de los requisitos individuales o personales de todos quienes trabajan y permanecen en el hospital, a diferencia de los objetivos del hospital respecto a la atención de salud. Un ejemplo de la función de comodidad podría ser un ambiente de trabajo atractivo y agradable para el personal especializado, que constituye una parte sumamente importante del hospital.

Cuadro 5. Fenómenos relacionados con el medio ambiente físico*

Concepto funcional	Requerimientos	Criterios del medio físico: unidad, flexibilidad y economía
Funciones de utilidad, relativas a los obje- tivos técnicos	<p>Espacio suficiente para el equipo y el personal</p> <p>Disposición interna de los espacios</p> <p>Comunicación entre los espacios relacionados</p> <p>Control del movimiento</p> <p>Control del ambiente</p>	<p>1 Distancia mínima de la estación de enfermería y del área de trabajo a las camas de los pacientes</p> <p>2 Visibilidad desde la estación de enfermería a todos los corredores, a fin de supervisar con eficiencia a los pacientes, vigilar la actividad del piso y controlar los visitantes</p> <p>3 Acceso centralizado a la unidad clínica y centralización de los servicios que más se utilizan</p>
Funciones de comodi- dad, relativas a la sa- tisfacción de los in- dividuos	<p>Seguridad y protección de la salud</p> <p>Comodidad personal</p> <p>Facilidad de acceso y movimiento</p> <p>Suministrar áreas destinadas a la privacidad y descanso</p>	<p>4 Separación del tránsito especializado para evitar la contaminación cruzada y el congestionamiento de las áreas que se utilizan más</p> <p>5 Separación de las áreas que tengan un alto nivel de ruido, de los corredores cerca de los pacientes</p> <p>6 Espacios adecuados de circulación en los centros administrativos y de atención</p> <p>7 Disposición del espacio que responda a las cambiantes técnicas de la práctica profesional</p> <p>8 Disposición de los departamentos que permita hacer cambios con facilidad</p> <p>9 Previsión necesaria para agregar o quitar aspectos de los departamentos</p>
Funciones de expresión, relativas a los valo- res simbólicos del hospital	<p>Valor estético</p> <p>Unidad</p> <p>Valor publicitario</p>	<p>10 Empleo de colores</p> <p>11 Ventanas adecuadas</p> <p>12 Control adecuado del ruido y la temperatura</p> <p>13 Funcional, pero no costoso</p> <p>14 Permite contar con todo lo necesario para proporcionar una atención médica adecuada</p> <p>15 Claridad en el sistema de circulación que permita eficiencia e idoneidad</p> <p>16 Eficiencia operativa</p> <p>17 Ubicación conveniente y plan de los espacios</p>

*Adaptado de Souder *et al* (1970)

expresión. El efecto que tiene el hospital en la comunidad, como institución pública y como asilo para los miembros enfermos de la co-

munidad. Algunas manifestaciones del diseño de la expresión podrían tener el sentido estético de elegancia y de contemplación de un

museo de arte, el aire de complejidad o poder (la imagen de una corporación) que se refleja en el edificio de las oficinas generales de una empresa de Park Avenue y la indicación de bajos costos globales en la fachada de ladrillo de una tienda de descuento (Souder y colaboradores, 1970)

No obstante, sigue tratándose de nociones abstractas. Resulta obvio que las características de planificación y diseño que contribuyen a crear un ambiente de trabajo agradable y cómodo afectan la realización del trabajo, por lo tanto, existe cierta superposición entre las funciones de utilidad y de comodidad. Algunos ejemplos de expresión podrían ser destinar determinados lugares al público, la impresión de reposo del ambiente y la naturaleza estética del edificio del hospital y su lugar que permita a la gente reconocerlo como una institución comunitaria.

En un sentido ligeramente diferente, se podría decir que la utilidad se relaciona con el objetivo técnico primordial del hospital, es decir, la atención de los pacientes, que la comodidad se refiere a las satisfacciones de los individuos y que la expresión se relaciona con los valores simbólicos del complejo del hospital

PROPIEDADES Y MEDICIONES

Existen ciertos requisitos específicos que debe cumplir un hospital, y los cuales se pueden clasificar como propiedades de las tres funciones generales que mencionamos anteriormente, y que son:

1. Utilidad
 - a. Espacio suficiente para el equipo y el personal
 - b. Disposición interna del espacio
 - c. Comunicación entre espacios relacionados
 - d. Control del movimiento
 - e. Control del medio ambiente.
2. Comodidad
 - a. Seguridad y protección de la salud
 - b. Comodidad personal
 - c. Facilidad de acceso y movimiento
 - d. Lugares destinados a la privacidad y descanso

3 Expresión

- a. Valor estético
- b. Unidad
- c. Valor publicitario

Si la arquitectura se caracteriza por un conjunto de propiedades, entonces, ¿representa la evaluación de esas propiedades una forma de medir la utilidad, comodidad o expresión? El concepto de evaluación es primordial en las teorías científicas, y se pueden emplear ideas que han surgido con estos propósitos (Parsons, 1958b). Un concepto consiste en medir las propiedades de las cosas, el grosor de un rayo, la superficie de una habitación o la comodidad de una oficina, en lugar de las cosas mismas. No obstante, es preciso hacer una pequeña distinción; el grosor de un rayo o la longitud y el ancho del piso de una habitación se pueden medir con un metro. En estos casos uno mide en realidad la propiedad de que se trata, pero, ¿cómo se puede medir la propiedad de comodidad? La comodidad se puede medir identificando una o más mediciones indirectas, la temperatura y humedad del aire, el nivel de ruido y el contraste de brillo. Stevens (1951) y Torgerson (1958) distinguieron estas mediciones indirectas dándoles el nombre de indicadores.

En consecuencia, las propiedades y características de la arquitectura se pueden medir directa o indirectamente. En un hospital, las horas-hombre que dedica el personal para ir de un departamento a otro son una medición directa de la propiedad llamada *relación entre espacios*. Existen índices que miden la distancia, el tiempo y el tránsito, como funciones en el diseño de la unidad de enfermería (Freeman y Smallet, 1968; McLaughlin, 1964; Pelletier y Thompson, 1960).

Las propiedades intangibles, tales como el valor estético y la comodidad, deben medirse indirectamente; por ejemplo, es posible calcular la cantidad de tiempo necesario para llevar a un paciente de un lugar a otro dentro del hospital, pero no existe ninguna forma directa para medir la comodidad del paciente en relación con el tiempo del traslado.

¿Cómo se pueden medir las propiedades de utilidad, comodidad y expresión? Las enfermeras aceptan con presteza la afirmación familiar de que la administración y el personal son más importantes que la arquitectura. Es cierto que se puede practicar una brillante intervención quirúrgica en cualquier tienda de campaña del ejército; lo importante es saber cuán mejor y más económicamente se puede realizar una tarea en beneficio de los pacientes con el mismo personal en un medio bien planificado, funcional y estimulante (ver el Cuadro 5).

En primer lugar, analizaremos el concepto funcional de utilidad.

El criterio de unidad de la institución es de primordial importancia para el diseño y la función.

1. Distancia mínima de la estación de enfermería y áreas de trabajo a las camas de los pacientes
2. Acceso visual desde la estación de enfermería a todos los corredores, a fin de supervisar con eficiencia a los pacientes y las actividades del piso, así como controlar a los visitantes.
3. Acceso centralizado a la unidad clínica y centralización de las áreas de servicio que se utilicen más.
4. Separación del tránsito especializado para evitar la contaminación cruzada y congestión en las áreas más utilizadas
5. Separación de las áreas con un alto nivel de ruido de los corredores que dan acceso a las unidades de los pacientes y empleo de nuevas técnicas a prueba de ruidos.
6. Adecuado espacio de circulación alrededor de los centros de administración y de atención.

El concepto funcional de flexibilidad o "adaptabilidad de propósito" es importante para el diseño. La adaptabilidad de propósito entre el problema y su solución es conveniente para el diseño de la instalación que permita hacer (1) cambios en las técnicas de la práctica profesional, (2) permitir que se alteren con facilidad las bases de los departamentos para poder llevar a cabo dichos cambios y (3) agregar algunos departamentos nuevos si en el futuro resultan necesarios.

El concepto funcional de economía merece mucha atención.

1. No es necesario que una estructura sea costosa para tener la instalaciones de un hospital funcional.
2. La economía de la construcción no debe resultar en la eliminación de elementos esenciales para la seguridad y la atención adecuada de la salud. En promedio las instalaciones de una institución de atención de salud gastan para ponerse en operación en tres años, tanto como se gastó en la construcción inicial.
3. Es preciso considerar posibles costos ocultos, tales como los cambios constantes de personal, causados por los inconvenientes derivados de factores relacionados con las instalaciones físicas, tales como el esfuerzo físico que implica recorrer largos corredores.
4. Es necesario planificar la economía de las operaciones para ahorrar unos cuantos pasos cada día, así como fomentar otras ventajas y asegurarse de lograr una economía continua.

Los requisitos para crear alternativas de diseño arquitectónico respaldan el concepto de que ningún diseño será capaz de satisfacer las necesidades de todas las situaciones, y reconocer la necesidad de contar con otras alternativas entre las cuales se pueda elegir.

1. Las instalaciones físicas para la atención de salud pueden tener una gran variedad de formas y diseños, todas las cuales pueden ser funcionales.
2. Los detalles estructurales son responsabilidad del arquitecto, y deben basarse en las necesidades que le señaló el personal de enfermería.

El requisito de calidad de la seguridad interviene en todas las demás normas y, al mismo tiempo, constituye una entidad claramente identificable: protección contra (1) infección cruzada, (2) accidentes de los pacientes y empleados, (3) explosiones y (4) incendios.

El siguiente análisis se refiere al concepto de comodidad; el proceso de colaboración es importante para el diseño porque plantea los requerimientos de salas de conferencias

adecuadas, en las cuales las enfermeras puedan (1) planificar la atención de los pacientes y discutir problemas profesionales, (2) compartir sus conocimientos, habilidades y actitudes con los colegas del equipo de enfermería y demás profesionales del equipo interdisciplinario de salud y (3) sentirse motivadas para realizar intercambios personales en sus relaciones. Los cambios producidos en los patrones de trabajo han influido en las ideas que tienen las enfermeras acerca de la comodidad. Las enfermeras informan que ellas (1) piensan más, (2) se han educado más, (3) han asumido más responsabilidades y (4) hacen aportaciones más importantes porque el trabajo y la situación les brindaban la oportunidad de hacerlo y no porque un superior les diera órdenes.

El nivel de vida ha mejorado en los hogares y las enfermeras esperan más del medio ambiente en el que se les pide que trabajen. Las funciones de enfermería relacionadas con la supervisión y el control exigen soluciones de diseño arquitectónico que no se limiten a facilitar (1) la supervisión, (2) la asignación del personal, (3) la enseñanza de los pacientes, (4) los patrones de personal y (5) la visibilidad, sino que también tengan en cuenta la comodidad del personal de enfermería. Las estaciones de enfermería están en constante actividad y el hecho de incluir colores brillantes y alegres hace que la estación de enfermería resulte más agradable para las enfermeras y los pacientes.

Un entorno estético brinda comodidad a las enfermeras y una estación de enfermería decorada con buen gusto, hará de ésta un lugar agradable para trabajar, ayudando así a las enfermeras en su permanente tarea de actuar alegres y ser útiles a los pacientes. Las necesidades fisiológicas de los individuos hacen hincapié en la comodidad de las enfermeras en relación con ventanas adecuadas, control de humedad y ruido, un poco de sol para todas las habitaciones y un sistema de intercomunicación que funcione adecuadamente.

Empleando ambientes cuidadosamente seleccionados, los que calificaron de hermo-

sos, horribles y normales, Maslow y Mintz (1956) quienes trataron de demostrar los efectos que tiene un entorno estético en los individuos. Treinta y dos (32) estudiantes universitarios, hombres y mujeres, clasificaron las imágenes negativas representadas, en diez fotografías, los aspectos que se debían considerar eran la vitalidad y el bienestar; la clasificación de las imágenes iba de fatiga a vitalidad y de descontento a bienestar. Los resultados indicaron que el grupo de sujetos que hacían la clasificación en una habitación con un ambiente agradable obtuvieron una puntuación mucho más alta, es decir, más vitalidad y bienestar, que el grupo que se encontraban en las habitaciones normales o con ambiente feo.

Su experimento del jinete tiene la misma importancia para la planificación y diseño de un hospital. Se observó a los examinadores durante un periodo de tres semanas. El examinador que ocupaba la habitación con ambiente desagradable terminó las pruebas más rápidamente que el examinador que ocupaba la habitación bonita, el primero tuvo reacciones de monotonía, fatiga, dolor de cabeza, descontento, irritabilidad y rechazo hacia la habitación. Por el contrario, el examinador de la habitación agradable obtuvo sentimientos de comodidad, placer, alegría, importancia, vitalidad y deseos de continuar la actividad.

La conclusión que se sacó de los dos experimentos fue que un entorno visualmente estético y agradable puede afectar de gran manera a las personas que están expuestas a él y que estos efectos no se limitan a situaciones de laboratorio, sino que muchos de ellos se pueden encontrar en circunstancias naturales. Knighton (1955), un investigador interesado en la planificación y diseño de hospitales, denominó "enfermería arquitectónica" a la aportación que el edificio de un hospital puede hacer a través del empleo de colores en su decorado.

Un elemento fundamental de todas las decisiones relativas al diseño es la necesidad de contar con metas y objetivos claramente definidos (expresión). El diseño del espacio físico y el diseño de los métodos de

operación son dos aspectos relacionados con el mismo problema, pero carecen de significado a menos que estén relacionados con una meta específica

Hasta la fecha, el propósito de los hospitales ha sido aislar a los enfermos del resto de la comunidad; esto era cierto respecto a las instituciones para enfermos mentales edificadas en el campo, a los hospitales, ahora obsoletos, de tuberculosos y a los hospitales generales o de beneficencia.

Antes de 1880, la imagen del hospital era una casa de caridad, un lugar para los necesitados y los pobres; un lugar no para vivir, sino para morir. Con la influencia de Florence Nightingale, la imagen del hospital como un lugar para morir se transformó lentamente en un lugar que brindaba atención de enfermería. El hospital de enfermería que no ocasionaba daño alguno, se convirtió poco a poco en un hospital cuya meta era hacer algún bien. Al centro de enfermería se sumó un complejo conjunto de servicios y equipos técnicos. La necesidad de que los departamentos de diagnóstico y terapéutica del hospital pudieran ampliarse y estuvieran cerca uno de otro para atender tanto a los pacientes hospitalizados como a los pacientes ambulatorios, aunada al invento del ascensor y del aire acondicionado, hicieron posible la estructura de los hospitales que conocemos actualmente, es decir, la gran base de diagnóstico coronada por la torre de enfermería. La habitación privada con cuarto de baño privado se ha convertido en el prototipo de habitación de los hospitales

En la actualidad, los hospitales tienen una nueva meta; las personas dedicadas al campo de la atención de la salud consideran el hospital como una fuerza dinámica para la educación de la salud y de la medicina preventiva, así como un lugar para curar a los enfermos y heridos. El problema radica en relacionar al hospital o las instalaciones físicas para la atención de salud con el entorno urbano que lo rodea. El surgimiento de tecnología nueva genera nuevas formas de organización del espacio

¿Qué normas se pueden utilizar para evaluar las cualidades estéticas de la institución de atención de salud y la planificación arquitectónica del espacio vital? Estos factores, considerados conjuntamente, constituyen un principio importante de la atención de los pacientes, ya que se refieren esencialmente a las cualidades humanas. Para una sociedad opulenta, que tiene niveles de vida cada vez más altos, la salud representa uno de los factores más importantes que es preciso tener en cuenta, y los miembros de la comunidad miden el valor estético de un edificio mediante los siguientes criterios:

1. *Seguridad médica* o alivio de la tensión. La comunidad espera que las instalaciones para la atención de salud se encuentren en un lugar conveniente para todas las personas que, a causa de su estado de salud, necesitan utilizar los servicios que brinda el hospital a la comunidad, aunque esto signifique fragmentar el sistema del hospital en unidades que resultan antieconómicas por el tamaño, la comunidad espera poder utilizar el hospital de acuerdo con su propia conveniencia y no en la forma más eficiente posible.
2. *Selección de la ubicación*. ¿La ubicación es suficientemente grande y está situada en un lugar adecuado? Lo importante es que las instalaciones se encuentren cerca de edificios gubernamentales importantes o de gran tamaño y que forme parte integral del medio ambiente.
3. *Conocimiento y tecnología*. Las instalaciones para la atención de salud son juzgadas por su organización espacial, que por lo general es posible gracias al surgimiento de nueva tecnología. Expresan la función del hospital y afectan en forma directa la recuperación de los pacientes.
4. *Educación e investigación*. ¿Es la instalación física una institución educativa? ¿Contribuye a la educación del personal médico, paramédico y de enfermería? ¿Contribuye a mejorar la salud mediante sus programas de investigación? Todos estos factores determinan el carácter propio de la organización, que la distingue de otras instituciones. La comunidad desea instalaciones nuevas y servicios comunitarios de alta calidad para que los esfuerzos educativos tengan éxito.

5. *Inversión y costo* A las instalaciones físicas se les coloca una etiqueta de precio y la información es del dominio público. A menudo, el valor estético se mide por la importancia social, que la comunidad denomina importancia funcional, una cualidad sobre la cual, probabilidad estética es una cualidad ambiental sobre la que posiblemente haya menos acuerdo.

COMENTARIOS FINALES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES

El marco descrito para la planificación de la institución de atención de salud consiste en un conjunto de hipótesis, basadas en dos principios formulados por Souder y sus colaboradores (1970): (1) el proceso de planificación de la institución de atención de la salud es básicamente una tarea ordenada y racional, y (2) el proceso de planificación se puede considerar como un proceso de tres fases que son: investigación, síntesis y evaluación.

Las hipótesis que se presentan a continuación han sido denominadas proposiciones, enunciados que es preciso examinar y someter a prueba, pero que mientras tanto constituyen una base adecuada para algunas declaraciones condicionales

Proposición 1 El modelo arquitectónico y operativo de la organización de atención de la salud satisface los requisitos de todos los niveles de la organización social. Un aspecto del modelo arquitectónico u operativo puede satisfacer los requisitos de uno o más niveles de la organización social.

Proposición 2 Las actividades de los distintos niveles de las organizaciones de atención de salud son diferentes. El nivel técnico se ocupa de actividades y responsabilidades detalladas y específicas, el nivel de organización es menos detallado y el nivel institucional es el menos específico. Es necesario que el nivel técnico establezca los requisitos de utilidad arquitectónica, que el nivel de organización determine los requisitos de comodidad y que el nivel institucional decida los requisitos de expresión.

Proposición 3 La mayor parte de los objetivos y acciones de las instalaciones para la atención de salud se pueden medir me-

dante evaluaciones objetivas o escalas subjetivas.

Proposición 4. La disposición de los recursos físicos y de los patrones de funcionamiento afectan el desempeño de la institución de atención de la salud; en consecuencia, la estrategia de planificación influye en el desempeño. Por lo tanto, será factible evaluar los efectos esperados con las diferentes opciones de planificación.

Proposición 5. Es posible evaluar los diferentes requisitos de cualquier función (como la de utilidad, comodidad o expresión) en términos de un resultado único compuesto y acumulativo o de un sólo criterio; no obstante, los requisitos y mediciones de las tres funciones no se pueden relacionar entre sí en términos comunes y, por ende, no se pueden presentar con una sola cifra o suma de resultados

Proposición 6 Como la objetividad de la medición disminuye al pasar de la utilidad a la comodidad y a la expresión, quizá sea conveniente incluir en la estrategia de planificaciones en primer lugar los requisitos de expresión, después los de comodidad y por último los de utilidad. De esta manera, los requisitos más abstractos de expresión actuarán como restricciones y no como variables específicas, que es preciso tener en cuenta en el proceso de la planificación. Una desventaja de dicho enfoque es que un requisito mal escogido de expresión o comodidad puede obstaculizar la creación de un diseño adecuado para la utilidad.

Proposición 7 La evaluación objetiva del comportamiento anterior de las facilidades físicas y de los patrones operacionales de la institución de salud, debe dar como resultado un mejor proceso de planificación.

Proposición 8. El desarrollo y análisis de un buen número de disposiciones arquitectónicas y modelos operativos para la instalación de las instituciones de atención de salud, aumentan la eficacia del proceso de planificación y la calidad del producto final.

Proposición 9 La naturaleza de la institución de atención de la salud y el gran número de variables que es preciso considerar

en el proceso de planificación, restringen el empleo de pautas sencillas; por lo tanto, es conveniente contar con una técnica que le permita al plan manejar un gran número de variables dentro de las posibilidades de planificación y evaluación.

Proposición 10 Las variables del presupuesto de construcción, calidad de la atención de los pacientes y ubicación de las instalaciones para la atención de la salud, representan a menudo limitaciones para encontrar una solución aceptable al problema de la planificación.

Proposición 11. Si la planificación de los modelos operativos y de la organización es simultánea, más no anterior, a la planificación inicial de la disposición arquitectónica, habrá mayor libertad para encontrar soluciones al problema de la planificación.

Estas proposiciones no incluyen ninguna que ayude a determinar el equilibrio adecuado entre las funciones de utilidad, comodidad y expresión. Por supuesto, los deseos del cliente afectan todas las decisiones relativas a un proyecto, pero, en general, parece que el consenso de la sociedad en su conjunto determina el equilibrio de cualquier tipo de arquitectura (tal como la de los hospitales y escuelas), para lo cual recurre a las opiniones de los arquitectos, combinadas con comentarios críticos, que reflejan básicamente la reacción del público. En sentido estricto, ningún equilibrio puede ser apropiado, aunque a medida que uno aprende más acerca de otras culturas, descubre el equilibrio que suponen estas proposiciones y las relaciones con otras características de la propia cultura.

Al terminar el estudio de estos conceptos abstractos sobre organización social, comodidad, propiedades y mediciones, surge la pregunta: ¿El problema de la planificación arquitectónica es realmente complejo o lo torna confuso el hecho de tratar de imponer una teoría? Tomemos, por ejemplo, el proyecto de un hospital; su cliente y la fuente más importante de información es la comunidad y sus instalaciones de atención médica, como una organización social. El hospital, que encierra la arquitectura, está

constituido por un grupo de personas e instalaciones, una organización operativa, o subsistemas, de un sistema de atención médica. Por último, los edificios mismos deben tener su propia organización arquitectónica (por ejemplo, la lógica en la adaptación de la estructura a la ubicación). Por lo tanto, se espera que los planificadores del hospital hagan juegos de malabarismo con tres complicadas "organizaciones" de cosas e ideas—la organización del cliente, la organización del proceso y la organización del edificio—y produzcan una estructura funcional y económica.

El problema es complejo y el marco conceptual que se sugiere debe ser un instrumento útil para hacer frente a dicha complejidad.

El proceso de la planificación y las hipótesis relativas a los diferentes aspectos de la planificación de un hospital, pueden servir de base para producir una metodología de la planificación, ayudada por las computadoras. Es preciso que la hipótesis sea susceptible de comprobación en algún momento del futuro.

BIBLIOGRAFIA

- Argyris, C Integrating the individual and the organization, New York, 1964, John Wiley & Sons, Inc
- Baumgartel, H Changing goals of human relations training In Bacon, R, editor Personal and organizational effectiveness, New York, 1972, McGraw-Hill Book Co
- Bellows, R, Gilson, Th Q, and Odiorne, G S Executive skills for dynamics and development, Englewood Cliffs, N J, 1962, Prentice-Hall, Inc
- Bennis, W G Changing organizations, New York, 1966, McGraw-Hill Book Co
- Berelson, B, and Steiner, G A Human behavior, New York, 1964, Harcourt Brace Jovanovich, Inc
- Brayfield, A H, and Crockett, W H Employee attitudes and employee performance, Psychol Bull 4 377-395, 1955
- Bridges, E M A model for shared decision-making in the school principalship, Educ Admin Q 3 49-61, Winter 1967
- Burns, J, and Stalker, G M The management of innovation, London, 1961, Tavistock Pubs, Ltd
- Coch, L, and French, J R P, Jr Overcoming resistance to change, Hum Relations 1(4) 512-532, 1948
- Cofer, C N, and Rosenthal, D The effect on group performance of an individual and neglected attitudes shown by one group member, J Exp Psychol 38 568-577, 1948

- Dalton, G W, Barner, J B, and Zalesnik, A Organizational structure and design, Homewood, Ill, 1959, Dorsey Press
- Dill, W R Environment as influence on managerial autonomy, *Admin Science Q* 2 442-443, March 1958
- Emery, F, and Trist, E L The causal texture and organizational environments, *Hum Relation* 18 211-232, 1965
- Freeman, J R, and Smallet, H E An objective basis for impatient nursing unit design, Atlanta, 1968, School of Industrial Engineering, Georgia Institute of Technology
- Galbraith, J K Organizational design, Cambridge, Mass, 1969, Institute of Technology, Sloan School of Management
- Griffiths, D E Administration theory, New York, 1959, Appleton-Century-Crofts
- Guest, R H Organizational change the effect of successful leadership, Homewood, Ill, 1960, Dorsey Press
- Hate, P A Handbook of small group research, New York, 1962, The Free Press of Glencoe
- Harrington, H A, and Theis, E C Institutional factors perceived by baccalaureate graduates as influencing their performance as staff nurses, *Nurs Res* 17 228-235, 1968
- Homans, G C The human group, New York, 1961, Harcourt Brace Jovanovich
- Huse, E F, and Bowditch, J L Behavior in organizations a systems approach to managing, Reading, Mass, 1973, Addison-Wesley Pub Co, Inc
- Kahn, R, Wolfe, D, Quinn, R, Snock, O O, and Rosenthal, R Organizational stress, New York, 1964, John Wiley & Sons, Inc
- Knighton, P H The use of colour in hospitals, Ward, Newcastle upon Tyne, 1, April 1955
- Kramer, M Role conception of baccalaureate and success in hospital nursing, *Nurs Res* 19(5) 428-439, 1970
- Kramer, M, and Baker, C The exodus can nursing afford it? *J Nurs Admin* 1(3) 15-30, 1971
- Langford, E M Hospital climate which provides for research while maintaining safety and attention to human needs, Pamphlet, New York, May 5, 1960, American Nurses Association
- Lawrence, P, and Lorsch, J Organization and environment management differentiation and integration, Boston, 1967, Harvard Business School, Division of Research
- Likert, R New Patterns of management, New York, 1961, McGraw-Hill Book Co
- March, J G, and Simon, H A Organizations, New York, 1958, John Wiley & Sons, Inc
- Maslow, A H, and Mintz, N L Effects of aesthetic surroundings, *J Psychol* 41 247-254, 1956
- Mayo, E The social problems of an industrial civilization, Boston, 1945, Harvard Business School, Division of Research
- McLaughlin, H What shape is best for nursing units? *Mod Hosp* 103 12-20, December 1964.
- Meyers, D A The art of decision-making, Dayton, Ohio, 1968, Institute for Development of Educational Activities, Inc
- Novotney, J M What will they listen to? *Cath School J* 66 84-85, September 1966
- Parsons, T Some ingredients of a general theory of formal organization In Halpin, A W, editor Administrative theory in education, Chicago, 1958, University of Chicago Press
- Parsons, T A general theory of social organization In Merton, R. K, Broom, L, and Cottrell, L A, Jr, editors Sociology today, New York, 1959a, Basic Books, Inc, Pubs
- Parsons, T Structure and process in modern societies, New York, 1959b, The Free Press
- Pelletier, R J, and Thompson, J D Yale index measures design efficiency, *Mod Hosp* 95 73-77, November 1960
- Porter, D E, and Applewhite, P P Studies in organizational behavior and management, Scranton, Pa, 1964, International Textbook Company, 1964
- Rice, A K The enterprise and its environment, London, 1963, Tavistock Pubs, Ltd
- Roethlisberger, F J, and Dickson, W J Management and the worker, Cambridge, Mass, 1939, Harvard University Press
- Achein, E H Organizational psychology, ed 2, Englewood Cliffs, N J, 1970, Prentice-Hall, Inc
- Slivnick, P, Kerr, W, and Kosinar, W A study of accidents, *Personnel Psychol* 1 43-52, 1957
- Souder, J J, Clark, W E, Elkind, J I, and Brown, M B A conceptual framework for hospital planning In Proshausky, H M, Ittelson, W H, and Rivlin, L G, editors Environmental psychology, man and his physical setting, New York, 1970, Holt, Rinehart & Winston, Inc
- Stevens, S S Mathematics, measurement and psychophysics In Handbook of experimental psychology, New York, 1951, John Wiley & Sons, Inc
- Thompson, J D Organizations in action, New York, 1967, McGraw-Hill Book Co
- Togerson, W S Theory and methods of scaling, New York, 1958, John Wiley & Sons, Inc
- Trist, E, Higgin, G, Murray, H., and Pollack, A Organizational choice, London, 1963, Tavistock Pubs, Ltd
- Von Gilmer, B Industrial psychology, ed 2, New York, 1966, McGraw-Hill Book Co
- Watson, G, editor Concepts for social change, Washington, D. C, 1967, National Training Laboratories, Western Interstate Commission for Higher Education in Nursing Boulder, Colo, 1972-1973.
- Wolff, W B, editor Management readings toward a general theory, Belmont, Calif, 1966, Wadsworth Pub Co

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- Argyris, C Interpersonal competence and organizational effectiveness, Homewood, Ill, 1962, Dorsey Press

- Arndt, C., and Laeger, E. Role strain in a diversified role set the director of nursing service I Role strain in a diversified role set, *Nurs Res* 19(3) 253-259, 1970
- Arndt, C., and Laeger, E. Role strain in a diversified role set the director of nursing service II Sources of stress, *Nurs Res* 19(3) 495-501, 1970
- Baumgartel, H., and Mann, F. Absences and employee attitudes, Ann Arbor, Mich., 1952, Institute for Social Research
- Fleishman, E. A. Leadership climate human relations training and supervisory behavior, *Personnel Psychol* 3 205-222, 1953
- Fordyce, J. K., and Weil, R. Managing with people—a manager's handbook of organization development methods, Reading, Mass., Addison-Wesley Pub Co
- Gordon, T. Leader effectiveness training, New York, 1977, Peter H Wyden, Publisher
- Kahn, R. L., and Katz, D. The social psychology of organizations, New York, 1966, John Wiley & Sons, Inc
- Likert, R. Measuring organizational performance, *Harvard Business Review* 36(2) 41-50(b), 1958
- Lindheim, R. Factors which determine hospital design, *Am J Public Health* 56(10) 1668-1675, 1966
- Schein, E. H., and Bennis, W. G. Personal and organizational change through group methods the laboratory approach, New York, 1965, John Wiley & Sons, Inc
- Souder, J. J., Clark, W. E., Elkind, J. I., and Brown, M. B. Planning for hospitals a systems approach using computeraided techniques, Chicago, 1964, American Hospital Association, pp 31-37
- Steiner, G. The creative organization, Chicago, 1965, The University of Chicago Press
- U S Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Publication No 721, Washington, D C., 1960, The Division of Hospital and Medical Facilities Public Health Service

6

Evaluación y medición

El proceso de evaluación se orienta esencialmente a determinar en qué medida se están cumpliendo los objetivos de la organización y de los individuos. Scriven (1966, p. 40) considera que la evaluación "consiste en la recopilación y combinación de datos relativos al desempeño con un conjunto ponderado de escalas de metas, a fin de obtener apreciaciones bien sea comparativas o numéricas, así como en la justificación de (a) documentos que reúnan información, (b) las ponderaciones y (c) la selección de las metas". Tyler (1951, p. 48) la define como "un proceso de valoración que incluye la aceptación de valores específicos y el empleo de una amplia gama de instrumentos de evaluación, incluyendo las mediciones, como base para hacer juicios de valor"

El propósito de este capítulo es brindar a los administradores de servicios de enfermería y a las demás personas encargadas de realizar la evaluación, un marco teórico para evaluar eficientemente un programa, un proyecto, el desempeño de un individuo o un plan de estudios. Como una teoría es una guía para la acción, las personas encargadas de la evaluación pueden utilizar este marco de referencia para evaluar el grado en que se cumplen los objetivos establecidos y para tomar decisiones en consonancia con estos resultados ya verificados.

La primera parte de este capítulo se refiere a los fines del proceso de evaluación.

A continuación, se presenta una explicación de los diferentes tipos de evaluación, sus fines, funciones y características; después, se analizará la medición, sus diferentes tipos, empleos y características, y, por último, se presentará un modelo para evaluar un conjunto de objetivos.

Para el administrador de una institución de atención de salud (o un departamento de enfermería o un programa determinado de estudios) el propósito fundamental de la evaluación consiste en tomar decisiones y hacer juicios. Por lo tanto, la evaluación es un intento por determinar si un individuo "está haciendo su parte" o no. La misma evaluación se puede realizar respecto a una institución que ha sido creada para satisfacer las necesidades de una comunidad, tal como un hospital. ¿Recibe la comunidad el valor de su dinero?

La evaluación tiene dos funciones principales: determinar la naturaleza y magnitud de los efectos del tratamiento y decidir si los efectos observados cumplen criterios aceptables de calidad. Stake (1967) denomina a estos dos elementos *descripción* y *juicio*, respectivamente. No es posible poner un énfasis excesivo en el empleo de juicios de valor en la evaluación. Los juicios de valor tienen lugar en varias fases del desarrollo y apreciación de los sistemas administrativos y de instrucción. Con demasiada frecuencia, los juicios de valor, al menos de manera explícita, sólo se analizan críticamente en las etapas correspondientes

a la toma de decisiones (Messick, 1970). Los juicios determinan cuáles son los resultados anticipados del comportamiento, producto o servicio, cómo se pueden alcanzar, los elementos y unidades que se deben medir y la selección de instrumentos o técnicas para evaluar dichos elementos y unidades; en una etapa posterior, se emplean para tomar decisiones a partir de la matriz de datos obtenidos.

Como la evaluación se ocupa de la obtención de pruebas relacionadas con el logro de los objetivos específicos de la organización y de los individuos, es necesario encontrar métodos para juzgar el grado en el que se han cumplido los objetivos. Las normas que se emplean para justipreciar las pruebas pueden ser el tipo usual de información normativa sobre una muestra determinada; asimismo, pueden incluir normas absolutas que hagan referencia a un criterio e incluso pueden considerar como norma el desempeño de una persona que está aprendiendo. Por ejemplo, se puede comparar el cambio producido en el desempeño de la persona que está aprendiendo, durante un periodo determinado de tiempo, con el cambio producido en ese mismo empleado durante otro periodo de tiempo.

Además del aspecto valorativo, la evaluación se encarga también de la interpretación de la información; por ejemplo, no es necesario limitar la evaluación a una combinación acumulativa de rubros o resultados. Es posible interpretar diversos patrones de resultados para determinar los tipos de cambios que se están produciendo en las personas o en los programas, los tipos de errores que se cometen y las razones que explican la consecución o no consecución de los objetivos propuestos.

Para evaluar con eficacia los objetivos de los individuos, es preciso ser muy explícito acerca de las formas como los individuos se relacionan entre sí, en función de:

El individuo en persona
El medio ambiente
El desempeño del individuo

Posteriormente, esta especificidad se puede ampliar a fin de incluir más detalles sobre el desempeño, el comportamiento anterior del individuo y las características ambientales. Si en este método se emplean instrumentos estadísticos adecuados de variables múltiples, es posible estimar las relaciones causa y efecto, y se puede llegar a conclusiones acerca de la administración que no sería posible obtener por otro método.

En una situación pedagógica o de desempeño, la evaluación implica la reunión sistemática de pruebas para determinar si se están produciendo o no determinados cambios convenientes en el desempeño, así como para determinar el grado de cambio de los individuos (Bloom, Hastings y Madaus, 1971)

Este concepto de evaluación tiene dos aspectos importantes:

- 1 La evaluación debe apreciar el comportamiento del individuo, ya que lo que se busca en la administración o educación es el cambio en el comportamiento. Si se está evaluando un proyecto para mejorar la atención de los pacientes, el comportamiento que se debe evaluar es el cambio en el mejoramiento de la atención de los pacientes
- 2 En cualquier momento dado, la evaluación debe constar de más de una apreciación para constatar si realmente se ha producido el cambio o no. Las apreciaciones realizadas en el punto inicial y en puntos posteriores identifican los cambios que se pueden estar produciendo

Procedimiento de evaluación

Es necesario contar con procedimientos de evaluación que suministren pruebas acerca de cada uno de los tipos de comportamiento que se enuncian en los principales objetivos de la organización y de los individuos. Por ejemplo, si uno de los objetivos es aplicar el conocimiento que tiene el individuo sobre las políticas de personal y de la organización a una situación de trabajo, entonces es preciso que la evaluación proporcione algunas pruebas de la aplicación de dicho conocimiento. Lo anterior significa

que el análisis de los objetivos desde dos planos mencionados, permite, además de constituir un conjunto de especificaciones para la evaluación, dar las bases para planificar el procedimiento de evaluación. En consecuencia, en el caso de los objetivos relacionados con la aplicación de los conocimientos relativos a las políticas, el análisis realizado en los dos planos indica que la evaluación de la aplicación de conocimientos, debe hacerse en cuanto a (1) el comportamiento y (2) el contenido. El contenido indica qué áreas de conocimiento se deben someter a muestreo a fin de obtener una apreciación satisfactoria de los conocimientos que aplica el individuo en la realidad. En este caso, el área del contenido son las políticas de la organización y de personal (ver el Cuadro 6).

De esta manera, un análisis de los objetivos, realizado desde los dos planos anotados, se transforma en una guía para la evaluación de los objetivos administrativos de la organización y de los individuos de cualquier institución de atención de salud, lo cual también significa que es probable que el proceso de evaluación obligue a las personas, que no lo han hecho a concretar sus objetivos desde un principio. Así pues, la definición de los objetivos constituye un paso importante de la evaluación

El siguiente paso en el procedimiento de la evaluación consiste en identificar las situaciones que le brindarán al empleado la oportunidad de expresar el comportamiento que implican sus objetivos individuales. La única forma de saber si los empleados han adquirido o no determinado tipo de comportamiento, consiste en brindarles la oportunidad de manifestar ese comportamiento. Esto significa que el administrador tiene que encontrar situaciones que permitan no sólo demostrar el comportamiento esperado, sino que de hecho lo fomenten. Por lo tanto, los administradores de servicios de enfermería se encuentran en una posición desde la que pueden observar el grado en el que se están cumpliendo los objetivos. Por ejemplo, si desean obtener pruebas acerca de la habilidad de los empleados para ex-

presarse verbalmente o por escrito, deben tratar de encontrar una situación en la que muestren la expresión oral o escrita.

El principio es sencillo. Una situación de evaluación es aquella que le permite a los individuos manifestar el tipo de comportamiento que su supervisor está tratando de evaluar.

Antes de elegir un procedimiento para evaluar un programa administrativo o educativo determinado, es preciso identificar tanto los objetivos del programa como los tipos de situaciones que sacarían a relucir el comportamiento esperado.

Después de hacer esto, es necesario diseñar un medio que permita obtener un registro del comportamiento del individuo en la situación de prueba. En un examen escrito, el empleado elabora sus propios registros por escrito. Sin embargo, en las situaciones que requieren una entrevista, o la apreciación de la formación de reacciones ante situaciones específicas o valorar la demostración de un acto que implica habilidad motora, por ejemplo, la demostración del procedimiento de colocación de un catéter, resulta difícil obtener registros por escrito. En estos casos, podría ser útil una grabación de la entrevista o la descripción detallada de la reacción observada. El observador podría utilizar una lista de chequeo para señalar los tipos particulares de comportamiento que se presentan con más frecuencia. La característica fundamental de los instrumentos de evaluación es la especificación de los términos o unidades que se utilizarán para resumir o valorar el registro del comportamiento observado, la objetividad y confiabilidad del instrumento, el muestreo y la validez. Más adelante en este capítulo, se estudiarán a fondo estas características.

El siguiente paso en el proceso de evaluación, consiste en la recopilación de información. Una vez recopilada la información, se analiza estadísticamente y se interpreta para determinar

I El grado en el que se han cumplido los objetivos específicos de la organización o de los

individuos. Por ejemplo, si el objetivo del individuo se refiere al aprendizaje y aplicación de los conocimientos relativos a las políticas del hospital, entonces los resultados de la evaluación determinarán la cantidad de aprendizaje y la aplicación que ha realizado el individuo

- 2 Los puntos fuertes y débiles que ayudan a identificar en qué aspectos necesita ayuda el individuo y qué es capaz de mejorar
- 3 Los puntos fuertes y débiles y el análisis de esta información para formular hipótesis posibles acerca de las razones de este patrón de puntos fuertes y débiles

El mismo tipo de interpretación de la información y procedimiento de evaluación se aplica a la evaluación de los objetivos de la organización, bien sea que se refieran a la prestación de atención a los pacientes o a la creación de un medio ambiente físico y conceptual.

Todo esto implica que (1) la planificación administrativa es un proceso continuo y que (2), a medida que surge nueva tecnología y se producen adelantos, materiales y procedimientos educativos, se someten a prueba y se evalúan los resultados, se identifican las insuficiencias y se proponen posibles mejoras. En consecuencia, se vuelve a planificar, a crear y a evaluar. Con esta forma de ciclo continuo, es posible mejorar constantemente los programas de administración o instrucción. De esta manera se podrá contar con programas administrativos y de atención de los pacientes cada vez más efectivos.

Además, los procedimientos de evaluación sirven para otras cosas. Por ejemplo, el mismo hecho de que es imposible realizar una evaluación hasta que los objetivos estén claramente definidos, de tal modo que resulte posible identificar el comportamiento buscado, significa que la evaluación representa un medio sumamente útil para aclarar los objetivos de la organización y de los individuos, en caso de que no se hayan definido bien durante el proceso de planificación (Tyler, 1970).

Por otra parte, los procedimientos de evaluación además, son muy útiles para

guiar a los empleados. Resulta conveniente conocer no sólo sus antecedentes, sino también si han alcanzado los diversos tipos de objetivos, para tener un concepto más claro de sus necesidades y capacidades.

Por último, la evaluación es una de las formas más importantes de suministrar información a los clientes de la institución de atención de salud, acerca del éxito de la misma. En última instancia, es preciso traducir los resultados de la evaluación a términos que puedan comprender los usuarios del sistema de prestación de la atención de salud (pacientes, empleados y demás clientes), así como el público en general. Sólo en la medida en que los resultados del sistema de atención de salud se presenten con mayor precisión (descripción exacta de los resultados esperados, en función de la consecución de los objetivos de la organización y de los individuos), podrá el programa de atención de la salud recibir el respaldo de los usuarios y de la comunidad.

Por lo tanto, el administrador de servicios de enfermería y demás personas encargadas de la evaluación, deben estar preparados para usar los procedimientos de evaluación, a fin de determinar qué cambios convenientes se están produciendo en realidad en los programas de la organización y en los empleados de la misma, en qué aspectos están cumpliendo los objetivos de la organización y de los individuos y en cuáles se deben realizar aún más modificaciones para lograr un sistema eficaz de prestación de la atención de salud.

En conclusión, podemos decir que la evaluación es un método de adquirir y procesar las pruebas necesarias para mejorar los resultados de la institución y el desempeño y realización de los individuos. La evaluación se emplea como un auxiliar para esclarecer las metas más importantes de la organización y de los individuos, y como un proceso para decidir la medida en la que los empleados y las instituciones progresan de manera conveniente. Se trata de un sistema de control de calidad en el que se puede determinar, en cada paso del proceso administrativo compuesto, si el proceso es eficaz

o no y, si no lo es, qué cambios deben realizarse para asegurar su eficacia. Asimismo, la evaluación es un instrumento de la práctica administrativa para decidir si otros procedimientos son igualmente eficaces para cumplir con el conjunto de objetivos de la organización y de los individuos.

TIPOS DE EVALUACION

Los primeros tipos de evaluación son la evaluación formativa y la evaluación acumulativa o sumativa. Los factores más importantes de estos tipos de evaluación son la *periodicidad* y los *finés*. Otros tipos de evaluación son la evaluación por normas. El factor más importante de estos tipos de evaluación es la comparación de los resultados de las pruebas con criterios absolutos o con una norma establecida.

Evaluación formativa

La evaluación formativa comprende la reunión de pruebas evidentes durante la elaboración y puesta en práctica de un nuevo proyecto, plan, programa de estudios o durante el aprendizaje de un individuo, de tal forma que, basándose en estas pruebas, se puedan dar orientaciones y efectuar revisiones. La evaluación formativa se aplica mientras el proyecto o el programa del curso todavía es fluido y se encuentra en proceso de preparación. Su finalidad es mejorar el programa del curso, el proyecto o lo que se desee evaluar, para determinar el valor del producto terminado. Por el contrario, la evaluación sumativa o acumulativa se emplea al final de un curso, plan, proyecto o unidad, cuando ya no se hará ningún cambio en el tratamiento del proyecto.

Algunos expertos estiman que la evaluación formativa no sólo es útil como un instrumento de la etapa de planificación y elaboración del proyecto, sino que también puede servir como un mecanismo instructivo de aprendizaje para los individuos. En todas las fases de la planificación de proyectos se pueden utilizar la enseñanza y el aprendizaje.

Cuando se emplean métodos de evaluación formativa, es necesario estar seguro de buscar las pruebas más confiables, informar acerca de ellas con exactitud y precisión, y tratar de evitar las conclusiones negativas o valorativas. En la evaluación formativa, siempre se espera utilizar la información obtenida de la mejor manera posible, a fin de contribuir al proceso de aprendizaje del individuo y a la satisfacción de las necesidades del individuo y de la organización.

Una de las principales metas de la evaluación formativa es determinar el grado de perfección alcanzada en una tarea dada, relacionada con la atención de los pacientes (objetivo de la organización) o en una tarea de aprendizaje (objetivo del individuo), y detectar la parte de la tarea que no haya alcanzado la perfección. De esta manera tanto la persona que aprende como la que enseña reciben ayuda.

La esencia misma de la evaluación formativa radica en la comunicación satisfactoria de la información relativa al progreso de las personas que están aprendiendo (sin dejar pasar mucho tiempo); por otra parte, en este aspecto de comunicación también se pueden utilizar las pruebas sumativas. Dichas pruebas se pueden realizar en diferentes momentos de la puesta en práctica de un proyecto determinado o se puede realizar una prueba extensa cuando se concluya el proyecto. No obstante, hablando en términos generales, la evaluación acumulativa se lleva a cabo después de que se ha terminado el proyecto, curso o cualquier otra cosa que se desee evaluar, y su propósito más importante consiste en dar a conocer los resultados finales en función de los objetivos *O_i* y *O_g*, para que la persona que evalúa pueda tomar decisiones y emitir juicios.

CARACTERISTICAS DE LA EVALUACION FORMATIVA: ESPECIFICACION DE LA UNIDAD DE APRENDIZAJE O DESEMPEÑO

Para emplear la evaluación formativa, es de vital importancia seleccionar una

unidad de aprendizaje o de desempeño de una tarea. La naturaleza de la unidad suele variar de acuerdo con los fines que se persigan y su descripción puede ser arbitraria. En una situación ideal, deben determinarla interrupciones naturales de la materia que se estudia o el contenido que hace posible tener un todo coherente. Asimismo, una unidad de aprendizaje o desempeño se puede especificar en relación con un período determinado de tiempo. La tarea de determinar las especificaciones de la evaluación formativa es muy semejante a la de crear especificaciones para la evaluación sumativa.

El primer paso de la evaluación formativa consiste en analizar una unidad de aprendizaje o desempeño. Los elementos de la unidad de aprendizaje son los aspectos de *contenido y comportamiento* de los objetivos. Bloom, Hastings y Madaus (1971) afirman que una forma de hacer esto es determinar qué contenidos o materias nuevas se han introducido en la nueva unidad; por ejemplo, en una situación pedagógica, la definición de los contenidos nuevos puede consistir en determinar los términos, hechos, relaciones, procedimientos o aplicaciones nuevos que se han explicado, definido, ejemplificado o presentado de cualquier otra forma en el material didáctico. Un ejemplo de esto podría ser la evaluación formativa del personal de servicios de enfermería, después de concluir un programa de orientación de seis semanas, que determinará qué términos nuevos (por ejemplo, proceso de enfermería y diagrama de operaciones) han aprendido las enfermeras. ¿Qué otros hechos, relaciones, procedimientos o aplicaciones de políticas y procedimientos han aprendido las enfermeras?

El segundo paso se refiere a la definición del comportamiento asociado con cada uno de los elementos nuevos del contenido. En otras palabras, ¿cómo se espera que sea el comportamiento del individuo y cómo se espera que cambie en función de las ideas o términos nuevos? ¿Qué se espera que haga el individuo con el nuevo material presentado en la unidad de aprendizaje?

Bloom, Hastings y Madaus (1971) clasificaron los materiales nuevos de acuerdo con algunas categorías de la taxonomía de Objetivos Educativos (Bloom, 1956), que presenta una jerarquía de niveles de comportamiento en función de los niveles de complejidad del proceso de aprendizaje; incluye el conocimiento de términos, conceptos, hechos, normas y principios, así como habilidad para emplear procedimientos y realizar transposiciones y aplicaciones.

Con el objeto de efectuar la evaluación formativa del departamento de enfermería es posible dividir en etapas una unidad de desempeño de un proyecto específico. Por ejemplo, si el proyecto consiste en crear en tres etapas un equipo de enfermería para todo el hospital, entonces el aspecto de contenido de la unidad de desempeño podría ser, por ejemplo, el conocimiento de términos tales como equipo de enfermería, jefe del equipo y conferencia de los miembros del equipo; los hechos relacionados con el funcionamiento del grupo y la composición del equipo; el conocimiento de los principios de la dinámica de grupos y sus metas, y la habilidad para emplear y poner en práctica el proceso de la atención de enfermería en equipo. El aspecto de comportamiento podría ser la definición de lo que se espera que haga el personal de enfermería en el equipo de enfermería. ¿Con qué frecuencia debe el jefe del equipo (enfermera diplomada) celebrar conferencias con los miembros del equipo? En otras palabras, ¿cuáles deben ser los resultados relativos al comportamiento? Después de identificar la unidad de desempeño o aprendizaje, todos estos puntos se pueden utilizar como preguntas de un examen en el momento de efectuar la evaluación formativa de la primera etapa del proyecto. De esta manera, se pueden realizar evaluaciones formativas cuando se termine cada etapa, a fin de medir el progreso, dar retroalimentación y efectuar los cambios pertinentes antes de pasar a la siguiente etapa.

Otro ejemplo de elaboración de una unidad de desempeño para realizar una eva-

luación formativa, podría ser el objetivo de la organización que se establece para asegurar la distribución óptima de atención a todos los pacientes. Lo anterior se puede lograr evaluando las necesidades físicas y psicosociales de cada paciente y determinando la medida en la que se satisfacen al término de un periodo dado de tiempo, quizá tres meses, seis meses o un año. Los resultados que se obtienen mediante la retroalimentación se incluyen en la planificación futura de la atención de los pacientes, a fin de mejorar la forma de prestar la atención. Este ciclo continúa hasta que la consecución de ese objetivo específico de atención de los pacientes alcanza el nivel de calidad que se ofrece en las instituciones específicas de atención de la salud. Nuestra meta es 80% ó 85%.

PROPOSITOS Y FUNCIONES DE LA EVALUACION FORMATIVA

Una de las funciones principales de las pruebas formativas es hacer un *diagnóstico* de la persona que aprende o, en el caso de un proyecto de atención de los pacientes, el diagnóstico del nivel de consecución de los objetivos relacionados con la atención que se les brinda. Las pruebas formativas deben dar a conocer puntos específicos de dificultad; por ejemplo, si un empleado no domina una unidad determinada, la prueba formativa debe indicar en qué áreas se equivocó el empleado. El diagnóstico señala los elementos de la situación de aprendizaje o de desempeño que el individuo no ha logrado dominar. Bloom, Hastings y Madaus (1971) observaron que los individuos que experimentan dificultades, responden mejor a los resultados del diagnóstico cuando se les remite a materiales específicos de instrucción o situaciones correctivas de aprendizaje; el supervisor debe suministrar al empleado orientaciones específicas. Es preciso considerar las pruebas de la evaluación formativa como una parte del proceso de aprendizaje y en ningún caso hay que confundirlas con la valoración de las capacidades del empleado o estudiante ni utilizarlas como parte de la evaluación final para dar una calificación.

La segunda función importante de la evaluación formativa es la *retroalimentación*. En las situaciones pedagógicas o de desempeño, la evaluación formativa proporciona retroalimentación a la persona que aprende (enfermera de sala) y al maestro (supervisor). La calificación obtenida en una prueba de evaluación formativa no tiene ningún valor en el proceso de aprendizaje, excepto dar confianza a algunos individuos y hacer que otros tomen conciencia de que todavía hay cosas que deben aprender. Los individuos necesitan retroalimentación en cuanto al dominio de los diversos objetivos que constituyen una unidad de aprendizaje o desempeño, así como sobre lo que deben aprender. La identificación de las dificultades, proporciona a los individuos una clase útil de retroalimentación, en especial si están motivados adecuadamente para realizar el aprendizaje adicional necesario a fin de dominar las habilidades cognoscitivas o motoras que no dominaban en un principio.

Sin lugar a dudas, la retroalimentación es valiosa para el maestro o supervisor, a fin de determinar qué puntos o aspectos específicos de los programas de instrucción u orientación necesitan ser modificados.

El control de calidad también se incluye específicamente en la retroalimentación. Si se compara el desempeño de un grupo de estudiantes o empleados con los resultados obtenidos por un grupo anterior, se dispondrá de un medio para juzgar dicho desempeño y para evaluar cualquier cambio que se haya introducido en el proceso de instrucción, con el objetivo general de mejorar el proceso.

La tercera función importante de la evaluación formativa es la *regulación*. Las pruebas formativas frecuentes regulan el aprendizaje de los individuos y ayudan a motivarlos para que realicen el esfuerzo necesario en el momento oportuno. El empleo adecuado de estas pruebas hace posible que los individuos dominen un conjunto determinado de tareas relacionadas con el aprendizaje, antes de emprender una nueva tarea. Asimismo, las pruebas formativas

regulan el progreso y la programación de los proyectos

La cuarta función de la evaluación formativa es el *efecto de refuerzo* que tiene. En lo que se refiere a los individuos que dominan a la perfección una materia o unidad de aprendizaje, la evaluación formativa debe servir para reforzar este aprendizaje y confirmarles que la estrategia que están utilizando para aprender y realizar sus tareas es la correcta. La retroalimentación que proporciona el conocimiento de los resultados, así como el sentimiento de realización que se deriva del mismo, constituyen una gran fuente de satisfacción, motivación y refuerzo para los individuos.

Una quinta función de la evaluación formativa, que se produce en las primeras etapas, se refiere a la *valoración inicial*, (o valoración del nivel de entrada) que se relaciona con el comportamiento de los individuos cuando comienzan la unidad de aprendizaje. En este caso, el supervisor o maestro aplicará una prueba de evaluación formativa, que servirá como examen previo, para determinar cuáles son los puntos débiles y fuertes de los estudiantes y qué elementos útiles traen para iniciar la tarea de aprendizaje, con el fin de formarse opiniones y tomar decisiones adecuadas.

Por ejemplo, una enfermera profesional con experiencia manejará con mucha más eficiencia un equipo de enfermería que una enfermera recién graduada, que no ha tenido ninguna experiencia salvo la observación, durante su trabajo en el equipo de enfermería.

En este caso, se aplica una prueba de evaluación formativa como examen previo para saber dónde se encuentran los individuos y proporcionar al maestro o supervisor retroalimentación respecto a las capacidades de los empleados, su disposición y las áreas que deben ser reforzadas; teniendo en cuenta esta información, el supervisor puede tomar las decisiones necesarias en relación con cada uno de los estudiantes y sus necesidades de aprendizaje. Esta evaluación del nivel de entrada o nivel inicial se puede obtener en parte de los expedientes

anteriores y de pruebas especiales de diagnóstico selectivo o de aptitudes.

Una evaluación inicial semejante también se puede aplicar a la evaluación de cualquier objetivo de la organización; por ejemplo, si el administrador de servicios de enfermería desea mejorar o modificar el número de horas y la calidad de la atención que reciben diariamente los pacientes, primero tiene que examinar la situación que prevalece en ese momento, someterla a un examen previo para establecer un punto de partida, de manera que tenga un punto de comparación en función de las metas y la consecución de las mismas.

El *pronóstico* es la sexta función de la evaluación formativa. En esta situación se aplican al individuo primero pruebas formativas y, unos meses después, pruebas acumulativas o sumativas. Como existe cierta superposición entre las pruebas respecto al contenido, comportamiento e incluso procedimientos de evaluación, es posible que los dos tipos de resultados estén relacionados. Bloom, Hastings y Madaus (1971) encontraron que, con una combinación semejante, se pueden hacer algunas predicciones, es decir, se pueden anticipar los resultados de las pruebas acumulativas. En consecuencia, si la persona que dirige y los estudiantes así lo desean, pueden cambiar la dirección de un pronóstico determinado.

Evaluación sumativa

Como se dijo anteriormente, la evaluación sumativa se lleva a cabo al final de un ciclo, curso o proyecto, con el fin de *juzgar el progreso*. Es probable que en este caso se incluya la certificación o aprobación. Este tipo de evaluación es más amplia que la evaluación formativa.

Además de las diferencias ya mencionadas entre estos dos tipos de evaluación, obviamente existen diferencias en la programación. Las pruebas de evaluación formativa se aplican con mucha mayor frecuencia y se utilizan cada vez que se termina la instrucción preliminar sobre una nueva habilidad o concepto, o cuando se

concluye la primera etapa de un proyecto. En otras palabras, la evaluación formativa consiste en la recopilación de información en las primeras fases de desarrollo de un sistema de instrucción o administración, mientras que la evaluación sumativa suministra información al posible usuario de los productos administrativos.

Evaluación por normas y evaluación por criterios

Existen dos tipos fundamentales de métodos de evaluación, creados para alcanzar diferentes fines que se derivan de dos perspectivas filosóficas distintas: la evaluación por criterios y la evaluación por normas. La diferencia radica en qué se hace con la información que se obtiene de las mediciones; por ejemplo, si la información se emplea para determinar la posición de un individuo dentro del grupo o en comparación con otros grupos, (Bevis, 1978).

Las evaluaciones por normas comparan el desempeño de un individuo con el de grupos establecidos o normalizados; por ejemplo, la Prueba de Rendimiento de la Liga Nacional de Enfermería, es una prueba por normas que permite comparar al estudiante con una población nacional de estudiantes. Un ejemplo de evaluación por normas podría ser la evaluación basada en una curva normal, en forma de campana. Asimismo, todos los tratamientos estadísticos de la información que utilizan medias, desviación estándar ofrece métodos de comparación dentro de un grupo y entre diferentes grupos—son evaluaciones por normas que comparan a los individuos con otros individuos y con otros grupos (Anastas, 1968). La evaluación por normas proporciona muy poca o ninguna información acerca del nivel de competencia o capacidades de un individuo; la evaluación por normas presenta una comparación de dónde se encuentra el individuo con respecto a los demás. De la misma manera, cuando se comparan los resultados de una institución o departamento con los de otras instituciones o departamentos, se trata también de una evaluación por normas.

Por otra parte, la evaluación por criterios requiere que se establezcan por lo menos niveles mínimos de desempeño de los individuos, antes de que éstos pasen a la siguiente etapa de un programa de instrucción o desempeño. En consecuencia, los métodos de evaluación por criterios están constituidos por las actividades realizadas por el supervisor, maestro, estudiante o grupo, que permiten comparar el comportamiento de un individuo con el objetivo deseado de comportamiento. Lo mismo sucede con la medición de los objetivos de la organización. Por lo tanto, los resultados de la organización se comparan con los resultados anteriores y se indican los grados necesarios de modificación.

Glaser (1963) respalda las normas que indican que se ha alcanzado un nivel determinado de habilidad o competencia. No se trata de normas en el sentido de distribuciones; por el contrario, emplean definiciones acerca de la consecución de una tarea o juicios de expertos para determinar modelos particulares de desempeño. Si bien Glaser recomienda este tipo de normas de evaluación, es probable que los procedimientos para determinar dichas normas sean más útiles para el método de valoración.

INDICACIONES PARA EL EMPLEO CORRECTO DE LA EVALUACION POR NORMAS O POR CRITERIOS

Existen situaciones específicas en las que un marco de referencia es más conveniente que otro. La elección del marco de referencia que se tiene que usar depende únicamente de los resultados deseados. Si un supervisor o maestro desea determinar cómo se desempeña un empleado o un estudiante en relación con los demás miembros del grupo o con otros grupos, resultará conveniente emplear el método de evaluación por normas. No obstante, si el supervisor o maestro está tratando de determinar si el empleado o estudiante alcanzó el objetivo y el nivel de consecución de los objetivos establecidos, se elegirá la evaluación por criterios.

Asimismo, el método de evaluación por criterios es conveniente si el director está interesado en determinar la medida en que se ha cumplido cada objetivo de la organización. La evaluación por normas es adecuada si el director desea saber cuáles han sido los resultados de la organización (tales como servicios y productos) en comparación con los de otros hospitales de la misma área o, quizás, qué posición ocupa a nivel nacional.

La evaluación por criterios resulta especialmente útil en las situaciones de aprendizaje en las que se hace hincapié en el aprendizaje activo por parte de los estudiantes. Esta forma particular de evaluación indica cuán bien ha dominado el estudiante una tarea determinada.

Estas clases de técnicas pueden utilizarse para evaluar la valoración exacta en función del comportamiento deseado; le dan a la persona que interviene en ellos un sentido de mérito personal, tienden a disminuir la competitividad con los colegas y crean el tipo de ambiente necesario para que se lleve a cabo el aprendizaje cooperativo.

LA MEDICION COMO UN METODO DE EVALUACION

La medición es el proceso de asignar valores cuantitativos a los fenómenos observados. La medición científica es "cuestión de contar unidades que, según se ha convenido, generan la misma operación" (Gagne, 1970, p. 106). A diferencia de lo que sucede con el proceso de evaluación, en la medición no se emite ningún juicio; la esencia de la medición es básicamente: aquí está la información, hagan con ello lo que quieran.

La medición se ocupa de responder a dos preguntas en extremo sencillas: ¿Qué se tiene que medir? y ¿cuánto?

En el caso de la primera pregunta, resulta evidente que todas las personas que participan en un proyecto determinado deben estar de acuerdo en cuanto a una definición de la unidad y a un nombre común, lo cual resulta bastante fácil cuando se trata de medir algo universal, tal como un líquido

No obstante, en las mediciones más indirectas, tales como las del desempeño, de las personas, el aprendizaje y la atención de los pacientes, puede ser muy difícil llegar a un acuerdo.

De la misma manera, la pregunta ¿cuánto?, puede ser engañosa a causa de las dificultades que presentan los diversos tamaños de la unidad y la normalización. Supongamos que la unidad es "manzana", ¿cómo se podría determinar una "manzana normal"? Por lo tanto, la medición indirecta requiere que un conjunto de operaciones se defina operativamente, a fin de tener una base para poder llegar a un acuerdo sobre lo que se está midiendo.

Dos criterios fundamentales de la medición son el *carácter distintivo* y la *ausencia de distorsiones*. El carácter distintivo es una función que permite establecer cómo se distingue el resultado de un nivel de aprendizaje o desempeño, del de otro; la ausencia de distorsiones se refiere a un conjunto de operaciones que diferencian el aprendizaje o desempeño, de las actividades de otras variables de diferentes clases.

Una meta general de la medición consiste en explicar las variables presentes en toda la unidad, utilizando para ello un número reducido de unidades de medición. Se emplean pruebas de medición para clasificar, predecir y experimentar.

Como se mencionó anteriormente, la evaluación acepta y utiliza los resultados de las pruebas sobre el individuo. Por el contrario, la medición trata de limitar el control de los resultados de las pruebas sobre el desempeño del individuo. La evaluación se ocupa de los cambios convenientes; la medición, de igualar las oportunidades en aquella área en la cual se examinará al individuo.

Las investigaciones más importantes en el ámbito de la evaluación se refieren a la identificación de la condición de aprendizaje y desempeño, y a los medios conceptuales que originan cambios importantes en los individuos, así como a la creación de instrumentos y métodos de prueba que permitan conocer de la mejor manera posible estos

cambios. Uno de los problemas de la evaluación es la necesidad de contar con mejores métodos de valoración para medir los cambios cognoscitivos, afectivos, psicomotores, etc. Existen otros problemas relacionados con la búsqueda de medios exactos que permitan determinar los tipos de cambios ocurridos, los índices de cambios que son de vital importancia en las sociedades contemporáneas, y los métodos para utilizar la retroalimentación con el fin de fomentar los cambios convenientes, es decir, el empleo de la evaluación formativa y no de la evaluación sumativa (Bloom, 1970).

El mayor valor de la evaluación radica en su preocupación por el perfeccionamiento humano mediante un proceso sistemático que relacione las pruebas con la creación de características convenientes en los individuos y el mejoramiento de los programas. Si se usa adecuadamente, la evaluación resulta muy útil para que los educadores y administradores traten de producir los cambios convenientes y de encontrar los medios necesarios para producirlos. El enfoque de evaluación de medios y fines tiene un gran número de implicaciones en el desarrollo de las instituciones y de los individuos (Bloom, 1970).

Proceso para la elaboración de un instrumento de evaluación

El establecimiento de un sistema complejo de evaluación es algo que requiere tiempo; por ejemplo, resulta imposible abordar simultáneamente todas las técnicas de evaluación de todos los aspectos de la administración de servicios de enfermería. Por otra parte, la elaboración de los elementos selectivos, formativos, acumulativos y de diagnóstico de un sistema de evaluación, no debe realizarse al mismo tiempo. Sin lugar a dudas, habrá cierta superposición entre estos elementos; con frecuencia, los mismos instrumentos y aspectos se pueden utilizar con diferentes fines de evaluación. Por ejemplo, una prueba sumativa de rendimiento quizá se pueda usar también como

una prueba de preselección, la diferencia entre los aspectos formativo y acumulativo radica más en el propósito y en el momento en el cual se utilizan, que en su esencia. Si bien es cierto que las personas encargadas de realizar conjuntamente la evaluación (supervisores y enfermeras), deben aprovechar cualquier superposición que exista, también es cierto que tienen que establecer prioridades entre los diferentes elementos del sistema y entre las distintas áreas de contenido. Es probable que la primera tarea de cualquier grupo de enfermeras dedicadas a la evaluación, deba ser el establecimiento de prioridades; después de hacerlo, la capacitación en el servicio puede comenzar como se estime conveniente.

La adquisición de las habilidades necesarias para especificar los objetivos, es una de las principales metas de la capacitación en el servicio. Cuando termina el programa de capacitación en el servicio, puede comenzar la tarea de desarrollar colectivamente instrumentos de evaluación. A continuación estudiaremos la conformación de los grupos de ítems o de características, que son útiles para construir distintos tipos de instrumentos. También se analizan las cuatro cualidades de los instrumentos de evaluación.

ELABORACION DE GRUPOS DE ÍTEMS Y DEL INSTRUMENTO

Bloom, Hastings y Madaus (1971) afirman que una agrupación de ítems consiste en un gran número de características, cada una de las cuales está codificada por las metas de comportamiento, el contenido y el nivel aproximado (por ejemplo, enfermera diplomada, enfermera profesional, enfermera especializada y auxiliar de enfermería), que se pueden combinar para evaluar los resultados. Es posible pensar en un grupo semejante, como en una colección que consta de artículos tales como preguntas de los exámenes, de los cuestionarios y de las entrevistas, que se pueden tomar para elaborar un instrumento de evaluación. Por lo tanto, el primer paso para organizar una agrupación de ítems es la elaboración, por

parte de los evaluadores de enfermería, de un plan básico que describa las especificaciones del grupo de ítems o de características. Dichas especificaciones definen con claridad los objetivos de la tarea o programa para el cual se diseña el sistema de evaluación, y pueden tomar la forma de un cuadro bidimensional, como se muestra en el Cuadro 6, en el cual un eje contiene información correspondiente al contenido, y el otro a los comportamientos. Con el fin de lograr un equilibrio conveniente entre los ítems agrupados, es preciso que cada celda del cuadro de especificaciones tenga un valor ponderado. Después de decidir el cuadro de especificaciones, todos los evaluadores del grupo deben aportar algunos ítems al grupo de características diseñado para evaluar un aspecto específico consignado en el cuadro. Cada cuadro que contenga una serie de ítems o de características seleccionadas, es un instrumento para medir un objetivo específico o diversos objetivos. Después de diseñar un instrumento, es preciso someterlo a prueba para determinar si posee ciertas cualidades.

¿Son *claras* las especificaciones de los términos o unidades que se utilizarán para resumir o valorar el registro de comportamiento que se obtuvo? Este método para hacer una valoración del comportamiento debe compararse con las inferencias de los objetivos. Toda evaluación presenta el problema de decidir qué características se deben evaluar en el comportamiento y la unidad que se debe utilizar para obtener la medición o resumen de estas características. Por ejemplo, en el caso del objetivo definido así: aplicación de los conocimientos relativos a las políticas de la organización, las características que intervienen serían alcance, idoneidad y frecuencia; por lo tanto, los métodos para el resumen y valoración deben proporcionar una calificación del alcance, la idoneidad y la frecuencia. Todos los tipos de comportamiento humano que se evalúan como parte de un objetivo educativo, se deben resumir o medir en algunos términos, y la decisión de cuáles serán estos términos es un problema importante en el

diseño y empleo de los instrumentos de evaluación.

La segunda cualidad de los instrumentos de evaluación es la *objetividad* y la *confiabilidad*, es decir, ¿en qué medida serían capaces dos personas diferentes, supuestamente competentes, de alcanzar resultados o síntesis similares cuando tienen la oportunidad de calificar los mismos registros de comportamiento? Si los resultados son muy diferentes, dependiendo de la persona que los califique o sintetice, resulta evidente que se trata de un tipo subjetivo de apreciación y que es preciso perfeccionar el método de calificación. Asimismo, la confiabilidad se refiere a la situación en la que la misma prueba se aplica, al mismo grupo de individuos, en las mismas circunstancias pero en ocasiones diferentes, sin que haya ningún aprendizaje de por medio, y a la obtención de resultados idénticos. Otro método para medir la fiabilidad de un instrumento, consiste en obtener la calificación de confiabilidad, dada por un observador. Algunas veces se pueden realizar mejoras dando mayor precisión a las especificaciones de la calificación o mediante la obtención de registros más exactos del comportamiento.

La tercera cualidad de un instrumento de evaluación es el *muestreo*. Por lo general, el tamaño de la muestra de los comportamientos que se deben obtener, depende de la variabilidad del comportamiento; si el comportamiento es muy variable, es necesario tomar una muestra más grande. Cuando la evaluación se refiere a conceptos subjetivos y tal vez incluso emocionales como las actitudes, que sin lugar a dudas variarán entre los individuos de acuerdo con las condiciones, es necesario tomar muestras más grandes y representativas. En este caso, el término más importante es la *confiabilidad*. Si una prueba no es bastante comprensiva o amplia, o el conjunto de observaciones no es adecuado, será necesario ampliar la muestra para poder sacar conclusiones confiables y razonables.

La cuarta cualidad de un instrumento de evaluación es la *validez*, la cual se refiere al grado en el que una prueba mide lo que se

desea medir. Por ejemplo, ¿mide el instrumento el objetivo específico que debía medir? Por lo tanto, la validez se aplica al método e indica la medida en la que un instrumento de evaluación proporciona acerca del comportamiento esperado. La validez se puede obtener de varias formas; una de ellas es *cotejar la validez*, que se puede lograr revisando la literatura correspondiente y haciendo comprobaciones o recurriendo a grupos de expertos. Otro medio de asegurar la validez es correlacionando un instrumento determinado de evaluación con los resultados obtenidos por medio de una evaluación directamente válida. Si los resultados se correlacionan de manera positiva y significativa, se considera que el nuevo instrumento es válido. Existen otros medios para comprobar la validez, los cuales por la falta de espacio no se pueden mencionar; aconsejamos al lector consultar un libro de investigación o algún texto de principios de estadística que trate estos temas más ampliamente.

UN MODELO DE EVALUACION FORMATIVA O SUMATIVA

Este análisis presenta un modelo de evaluación formativa o sumativa, con el fin de operacionalizar el aspecto de medición del proceso de evaluación de los objetivos y la cual se explica en cuadros bidimensionales.

El Cuadro 6 presenta un modelo generalizado de evaluación formativa o sumativa. Los aspectos relativos al contenido de los objetivos de comportamiento se representan en el eje vertical; los comportamientos específicos que debe manifestar el empleado ya sea en el área de contenido o de comportamientos, se presentan en el eje horizontal. Por ejemplo, la característica *A*, la primera característica de la categoría de contenido del comportamiento, se refiere a la *obtención de una copia escrita de información* y la característica *G* es la última característica de esa categoría. Observe que se omitieron las características *E* y *F* de la categoría de contenido. La característica *E* se refiere a la primera característica seleccionada para medir el objetivo de comporta-

miento *asistencia y participación*, y que la característica *E₂* es la última característica de contenido de esa categoría. Es preciso observar que no se presenta una entrada en cada celda de la matriz; la característica *G* representa la última característica de contenido en esta forma de evaluación, pero como sólo se trata de un modelo, las instituciones de atención de la salud podrían agregar otras características a la categoría de contenido.

Asimismo, el Cuadro 6 representa el desempeño de un empleado en varios aspectos de las pruebas formativas. Los empleados se representan en el eje de las *Z* y el número de un grupo determinado se designa como *n*. Es preciso señalar que el número de objetivos, así como las áreas de dominio de donde provienen, puede variar de un grupo de empleados a otro; por ejemplo, los objetivos para una enfermera profesional y los de una auxiliar de enfermería serán diferentes. Pues, cuando se refiere al primer grupo (enfermeras profesionales), los objetivos se deben relacionar con comportamientos cognoscitivos de alto nivel, mientras que cuando se refiere al otro grupo (auxiliares de enfermería), los objetivos estarán relacionados con comportamientos cognoscitivos de un nivel inferior y con comportamientos psicomotores. Como los comportamientos expresados en la definición de los objetivos pueden variar entre aquellos comportamientos primordialmente cognoscitivos y los comportamientos psicomotores o motores; el grado de concentración de cada categoría de comportamiento se relaciona directamente con la posición, responsabilidad y descripción del puesto que ocupe cada empleado. Por lo general, los objetivos relativos a los puestos que requieren los servicios de un profesional y tienen una responsabilidad muy grande, se concentran más en los objetivos cognoscitivos y menos en los psicomotores.

Así pues, este modelo conceptual presenta un método que permite evaluar el desempeño de una categoría de empleados que participan en una prueba formativa determinada, por medio de los objetivos in-

Cuadro 6. Modelo para la evaluación formativa o sumativa.

Empleados 1,2,3... n		Comportamientos especificados en los objetivos					
Contenido (Características)	Obtención de una copia escrita de información	Adquisición de conocimien- tos y comprensión	Desempeño y aplicación de conocimientos	Expresión de sentimientos (oral y escrita) sobre	Asisten- cia y participa- ción	Otros (deter- minantes por cada institu- ción de atención de la salud)	
A Políticas	X_{1A}	X_{1A}	X_{1A}	X_{1A}			
1 De personal							
2 De la orga- nización							
B Objetivos de la organización	X_{1B}	X_{1B}	X_{1B}	X_{1B}			
1 Atención de los pacientes							
2 Ambiente							
C Objetivos indi- viduales de los empleados	X_{1C}	X_{1C}	X_{1C}	X_{1C}			
D Especificaciones del puesto							
1 Responsabili- dades	X_{1D1}	X_{1D1}	X_{1D1}	X_{1D1}			
2 Funciones específicas	X_{1D2}	X_{1D2}	X_{1D2}	X_{1D2}			
3 Tareas	X_{1D3}	X_{1D3}	X_{1D3}	X_{1D3}			
4 Deberes	X_{1D4}	X_{1D4}	X_{1D4}	X_{1D4}			
5 Salario	X_{1D5}	X_{1D5}					
E Superación personal (cognos- citiva)							
1 Programas de orientación				X_{1E1}	X_{1E1}		
2 Talleres de educación continua				X_{1E2}	X_{1E2}		
F Psicosociales							
1 Actitudes				X_{1F}			
2 Satisfacción				X_{1F1}			
G Otras (determi- nadas por cada institución de atención de la salud)				X_{1F2}			
SUBTOTAL	$\sum_A^D X_i$	$\sum_A^D X_i$	$\sum_A^D X_i$	$\sum_A^F X_i$	$\sum_{E1}^{E2} X_i$	$\sum_A^G X_i$	

cluidos en las especificaciones de la prueba. Si se observa la anotación empleada en el Cuadro 6, es posible apreciar que una prueba semejante proporciona distintos tipos de información; por ejemplo, la anotación de $X_{1,1}$ de cada celda representa el resultado obtenido por cualquier empleado en cualquier característica. Es posible observar que el primer subíndice (i minúscula) designa al estudiante, el segundo subíndice (J mayúscula) designa las características, y el tercer subíndice (1) indica los subtítulos de cada característica. Por ejemplo, al utilizar la representación específica de la notación $X_{1,1}$, $X_{1,A}$ representa el resultado obtenido por el empleado 1 en la característica A; $X_{2,A}$ representa el resultado obtenido por el empleado 2 en la característica A; y $X_{1,B}$ representa el resultado obtenido por el empleado 1 en la característica B. Ahora es posible escribir algunas características de esta prueba en particular, que son importantes para la evaluación del empleado y para la evaluación del supervisor (maestro) (Baldwin, 1971)

Diagnóstico del empleado o estudiante

Una de las principales funciones de las pruebas formativas es el diagnóstico de la situación de aprendizaje del empleado o estudiante. Si a un empleado se le da retroalimentación en cuanto al dominio de los diferentes objetivos de una unidad determinada de aprendizaje o de desempeño de una tarea, el empleado recibirá la información necesaria, ya sea para pasar a la siguiente unidad o para tomar las medidas correctivas y lograr el dominio o habilidad esperada. Si utiliza el modelo de la evaluación formativa, el supervisor puede suministrar la información diagnóstica respecto a cada uno de los empleados.

La información más general que se puede suministrar en relación con un empleado, podría ser el resultado general del desempeño que obtuvo el empleado en la prueba formativa. Lo anterior sería el resultado total del empleado en esta prueba en particular y se representaría por medio de la siguiente ecuación

$$\sum_A^G X_i =$$

La suma de todos los ítems o las características (de A a G) del empleado i (si las características se califican equivocado=0 y correcto=1, esta cantidad se convierte en el número de características respondidas correctamente y se puede convertir en una proporción dividiendo entre G)

Si el desempeño del empleado en toda la prueba alcanza el criterio establecido de dominio, ese empleado estará listo para pasar a la siguiente unidad; no obstante, si el desempeño no alcanza este nivel, el supervisor debe suministrar información más detallada sobre el área en la que es inadecuado el desempeño del empleado. Se puede suministrar más información especificando el desempeño del empleado en cada categoría de objetivos de comportamiento, contenidos en esa unidad.

El Cuadro 6 muestra que las características G se han dividido en subgrupos, que corresponden al objetivo que deben medir; por ejemplo, las características A a D_3 de la categoría de contenido, son las características que miden el comportamiento clasificado como *obtención de una copia escrita de información*, y las características A a D_3 de la categoría de contenido corresponden a comportamientos clasificados como *adquisición de conocimientos y comprensión*. En consecuencia, para representar lo anterior algebraicamente, el supervisor tendría que escribir

$$\sum_A^{D_3} X_i/D_3$$

para expresar la proporción de las características de *obtención de una copia escrita de información* que el empleado i respondió o desempeño correctamente.

Las cinco cantidades siguientes representan el nivel de dominio alcanzado por el

empleado i en cada una de las categorías de objetivos de comportamiento.

$$\sum_A^{D_5} X_i/D_5 =$$

Nivel de dominio del empleado i de los objetivos de *obtención de una copia escrita de información*

$$\sum_A^{D_5} X_i/D_5 =$$

Nivel de dominio del empleado i de los objetivos de *adquisición de conocimientos y comprensión*

$$\sum_A^{D_1} X_i/D_1 =$$

Nivel de dominio del empleado i de los objetivos de *desempeño y aplicación de los conocimientos*

$$\sum_A^{F_2} X_i/F_2 =$$

Nivel de dominio del empleado i de los objetivos de *expresión de los sentimientos (en forma oral o escrita)*

$$\sum_{E_1}^{E_2} X_i/E_2 - D =$$

Nivel de dominio del empleado i de los objetivos de *asistencia y participación*

Esta información le brinda a cada empleado un *perfil del dominio* de cada una de las categorías de objetivos. Si los objetivos o categorías de objetivos se colocan en un orden jerárquico, en el que el desempeño satisfactorio, en los niveles inferiores, sea una condición necesaria, pero no suficiente para tener un desempeño satisfactorio en

los niveles superiores, se puede esperar que la falta de dominio en los comportamientos de los niveles inferiores, impedirá el desempeño satisfactorio en los comportamientos de los niveles superiores.

Si un empleado no alcanza el nivel establecido por los criterios en una de las categorías de objetivos, el siguiente nivel de retroalimentación que debe suministrar el supervisor puede incluir información relativa a los objetivos individuales que el empleado no ha podido dominar. Por supuesto, en las pruebas formativas las preguntas representan estos aspectos. En este nivel, la retroalimentación debe ir acompañada por medidas correctivas que permitan el dominio del objetivo en cuestión. En el modelo, la información, en este nivel, se representa como se indica a continuación:

$X_{i,j}$ = Desempeño del empleado i en la característica J

Diagnóstico del supervisor o instructor

Otra función importante de las pruebas formativas es obtener el diagnóstico del supervisor. La información más general que el supervisor necesita es una medida del éxito global en el dominio de todos los objetivos, por parte de todos los empleados asignados a la unidad clínica de ese supervisor. Esto se representa en la forma siguiente

$$\sum_A^G \sum_I^n X_i/C_n =$$

Nivel medio de dominio de todos los empleados respecto a los objetivos globales

Si este valor queda por debajo del criterio aceptable de desempeño, el supervisor debe evaluar el desempeño de la unidad con más detalle. El siguiente paso consistiría en examinar el éxito de todos los empleados para dominar cada una de las categorías de objetivos, lo cual se puede escribir así:

$$\sum_A^{D_3} \sum_I^n X/D_3n =$$

El nivel medio de dominio alcanzado por todos los empleados respecto a todos los objetivos de *obtención de una copia escrita de información*

$$\sum_A^{D_3} \sum_I^n X/D_3n =$$

El nivel medio de dominio de todos los empleados respecto a todos los objetivos de *adquisición de conocimientos y comprensión*

$$\sum_A^{D_4} \sum_I^n X/D_4n =$$

El nivel medio de dominio de todos los empleados respecto a todos los objetivos de *desempeño y aplicación de conocimientos*

$$\sum_A^{F_2} \sum_I^n X/F_2n =$$

El nivel medio de dominio de todos los empleados respecto a todos los objetivos de *expresión de sentimientos (oral o escrita)*

$$\sum_{E_1}^{E_2} \sum_I^n X/(E_2 - D)(n) =$$

El nivel medio de dominio de todos los empleados respecto a todos los objetivos de *asistencia y participación*

La información anterior proporciona al supervisor un *perfil de éxito* en relación con la consecución, enseñanza o puesta en práctica de las diferentes categorías de objetivos de comportamiento. Si los resultados de este perfil indican que el supervisor no está alcanzando los criterios establecidos respecto al desempeño de una categoría deter-

minada, el siguiente paso que debe dar consiste en examinar el éxito que obtuvo en cada objetivo individualmente, de la correspondiente categoría, lo cual se puede expresar así:

$$\sum_I^n X_J/n =$$

Proporción de estudiantes que completaron satisfactoriamente la característica *J*

Si la mayor parte de los empleados de un grupo no cumplen un objetivo determinado, significa que el supervisor o maestro debe volver a evaluar la estrategia de enseñanza en función de ese objetivo.

Por supuesto, la evaluación final presenta la proporción de las metas de la organización y de los individuos (*pOi* y *pOg*) que se alcanzaron. Esto se puede determinar calculando (1) la media de todos los resultados obtenidos por todos los empleados respecto a los diferentes objetivos y convirtiendo este promedio en un resultado en porcentaje y (2) la media de todos los resultados obtenidos en las cuatro categorías de objetivos de la organización explicados en el Capítulo 3, y convirtiendo este promedio del resultado en porcentaje.

Después de obtener los resultados porcentuales de los objetivos de los individuos y de la organización, se puede calcular y comparar la proporción de cada uno de los objetivos alcanzados; según los resultados de la evaluación, se pueden emitir juicios y recomendaciones, y tomar decisiones respecto a las mejoras y cambios necesarios. Posteriormente, esta información retroalimenta el sistema en forma de insumo y, de esta manera, continúa el ciclo, como se muestra gráficamente en el modelo que aparece en la Fig. 4-1.

BIBLIOGRAFIA

- Anastas, A. *Psychological testing*, ed 3, New York, 1968, Macmillan Pub Co., Inc.
Baldwin, T. S. *Evaluation of learning in industrial education*. In Bloom, B. S., Hastings, J. T., and Madaus,

- G. F., editors *Handbook of formative and summative evaluation of student learning*, New York, 1971, McGraw-Hill Book Co., pp. 855-905.
- Bevis, E. O. *Curriculum building in nursing: a process*, ed. 2, St. Louis, 1978, The C. V. Mosby Co.
- Bloom, B. S. *Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals*, New York, 1956, David McKay Co., Inc.
- Bloom, B. S. *Toward a theory of testing which includes measurement-evaluation-assessment*. In Wittrock, M. C., and Wiley, D. E., editors *The evaluation of instruction: issues and problems*, New York, 1970, Holt, Rinehart & Winston, Inc., pp. 25-61.
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., and Madaus, G. F. *Handbook of formative and summative evaluation of student learning*, New York, 1971, McGraw-Hill Book Co.
- Gagne, R. M. *Instructional variables and learning outcomes*. In Wittrock, M. C., and Wiley, D. E., editors *The evaluation of instruction: issues and problems*, New York, 1970, Holt, Rinehart & Winston, Inc., pp. 105-126.
- Glaser, R. *Instructional technology and the measurement of outcomes: some questions*, *Am Psychol* 17:519-521, 1963.
- Messick, S. *The criterion problem in the evaluation of instruction: assessing possible, not just intended outcomes*. In Wittrock, M. C., and Wiley, D. E., editors *The evaluation of instruction: issues and problems*, New York, 1970, Holt, Rinehart & Winston, Inc., pp. 183-202.
- Scriven, M. *The methodology of evaluation*. In Stake, R. E., editor *AERA monograph series on curriculum evaluation*, Chicago, 1966, Rand McNally & Co.
- Stake, R. E. *The countenance of educational evaluation*, *Teachers College Record* 68:523-540, 1967.
- Tyler, R. W. *Basic principles of curriculum and instruction*, ed. 30, Chicago, 1970, University of Chicago Press.
- Tyler, R. W. *The functions of measurement in improving instruction*. In Lindquist, E. F., editor *Educational measurement*, Washington, D. C., 1951, American Council on Education.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- Layton, J. *Students select their own grades*, *Nurs Outlook* 20(5):327-329, 1972.

7

EL Cambio

En años recientes, un gran número de directores de organizaciones se han dado cuenta de que no basta con llevar a cabo esfuerzos fragmentados para arreglar un problema presente aquí en la organización, arreglar un procedimiento allá, o cambiar la descripción de un puesto, en otro lugar. En estos días, es preciso contar con una estrategia coordinada a largo plazo para crear ambientes de organización, formas de trabajo, relaciones, medios de comunicación y sistemas de información, que sean congruentes con las necesidades predecibles e impredecibles del futuro. De estas necesidades han surgido los esfuerzos sistemáticos y planificados para el cambio, y el desarrollo de la organización

LA NATURALEZA DEL CAMBIO

A principios de la década de 1900, con el advenimiento de las ciencias sociales y de los teóricos de las ciencias, la sociedad tuvo que hacer frente a dos ideologías opuestas en cuanto al proceso del cambio social. ¿Debían los individuos, mediante la previsión conjunta y deliberada, tratar de moldear y crear su futuro común? O, por el contrario, ¿había que confiar en el principio de adaptación automática que funcionaba en el proceso histórico para volver a equilibrar, sin necesidad de la previsión humana, aunque sí con el interés del progreso y bienestar humanos, los inevitables trastornos y perturbaciones humanos de una sociedad

en constante cambio? Estas dos preguntas eran muy importantes en aquella época y todavía suscitan controversia entre las personas encargadas de definir las políticas y los especialistas en ciencias sociales (Ben- nis, Benne y Chin, 1961).

Lester Ward, uno de los primeros teóricos de las ciencias sociales en Estados Unidos, afirmó "El destino del hombre está en sus propias manos. Cualquier ley que pueda comprender, la podrá controlar. No puede aumentar ni disminuir las fuerzas de la naturaleza, pero las puede controlar" (Commager, 1960, p. 208).

Por el contrario, William G. Sumner aseveró "Si podemos crear una ciencia de la sociedad basada en la observación de los fenómenos y en el estudio de las fuerzas, podemos esperar ganar terreno lentamente hacia la eliminación de los viejos errores y el restablecimiento de un orden natural y correcto. Cualquier cosa que logremos por este camino, se deberá al desarrollo, mas nunca a la reconstrucción de la sociedad siguiendo el plan de algún arquitecto social entusiasta" (Commager, 1960, p. 201-202).

Hoy en día, en la década de 1980, las sugerencias ideológicas de Sumner han sido rechazadas ampliamente en la práctica y se ha difundido el empleo de la planificación social del cambio. El *Laissez-Faire*, que él proponía como principio de la administración social, también ha sido abandonado. Asimismo, los especialistas y estudiantes del cambio planificado han pasado de la

pregunta general "¿Debemos tratar de planificar el cambio?, a ¿cómo planificar determinados cambios en determinadas personas, en situaciones y entornos particulares?" (Bennis, Benne y Chin, 1961, p. 10)

Bennis, Benne y Chin (1961, p. 11) definen el cambio planificado como "un proceso deliberado y cooperativo en el que interviene el agente del cambio y los sistemas de clientes. Estos sistemas se reúnen para resolver un problema o, con mayor frecuencia, para planificar y alcanzar un estado de funcionamiento más adecuado del sistema de clientes, utilizando y aplicando conocimientos válidos"

Kenneth Benne (1961, pp. 154-155) considera que el cambio planificado con eficacia es aquél en el que no existen incompatibilidades innecesarias entre el sistema democrático de valores y los procesos de la tecnología social. Benne pone en funcionamiento las normas democráticas y las interpreta como requisitos de una metodología para resolver los conflictos sociales e interpersonales, de tal manera que se produzca una situación adecuada, mutuamente satisfactoria y socialmente benéfica. De acuerdo con Benne (1961, pp. 141-148) "Es preciso capacitar a los educadores y demás agentes del cambio, acerca de las formas que existen para promover y guiar el cambio, y que incluyen las normas democráticas como elementos fundamentales de su metodología básica"

Benne identifica las siguientes cinco normas democráticas:

1. La tecnología del cambio y la resolución de los problemas dentro de un grupo u organización debe ser una tarea colectiva. Dicha colaboración se realiza entre personas y grupos que tengan diferentes intereses, así como entre *personas dedicadas a la teoría* y *personas dedicadas a la práctica* (por ejemplo, la creación de condiciones sociopsicológicas que respalden un enfoque de resolución de problemas).

2. La tecnología del cambio debe representar una oportunidad educativa para los participantes. La planificación inteligente

logra una mayor inducción a partir de las contribuciones únicas de todos los participantes. Si los ingenieros de las ciencias sociales trabajan democráticamente, deben dejar al grupo bien preparado para resolver problemas posteriores relacionados con el cambio, incluyendo el tratamiento de la adaptación personal, que siempre exige el cambio en las organizaciones sociales

3. La tecnología del cambio debe ser experimental. Los cambios planificados se deben considerar como aquellos aspectos que es preciso poner a prueba en la práctica y modificar en función de los efectos que tengan en los seres humanos. En consecuencia, para que las personas cooperen, es preciso fomentar en ellas una actitud de investigación de los problemas sociales

4. La tecnología del cambio debe orientarse hacia las tareas, es decir, la deben controlar las necesidades del problema y su solución eficaz, en lugar de estar dirigida a conservar y ampliar el prestigio o poder de las personas que realizan las contribuciones. En términos del control social, el cambio democrático no debe ser autoritario. Es preciso juzgar las contribuciones por su pertinencia respecto a la tarea que se tiene que realizar o el problema que hay que resolver, y no por el prestigio o poder de las personas que las aportan. Debe haber objetividad tanto en la evaluación como en la nueva formulación. Si bien es cierto que los grupos democráticos requieren funciones de autoridad para coordinar con eficiencia sus actividades de resolución de problemas, es necesario que aprendan a juzgar las funciones de autoridad en relación con los aportes que presentan, y no en términos de su prestigio general.

5. La tecnología del cambio debe oponerse al individualismo, aunque también debe tomar las medidas necesarias para la creación de áreas privadas adecuadas y para el desarrollo de las personas como unidades creativas de influencia en la sociedad. Las normas y criterios mediante los cuales una persona piensa y juzga, se adquieren por medio del proceso de asimilación cultural. Los derechos y deberes de

los seres humanos se fundamentan en instituciones culturales e ideologías y no son independientes de las relaciones sociales. Para garantizar los derechos humanos, es preciso actuar mediante adecuados controles sociales, políticos y económicos del comportamiento humano, más no oponiéndose a ellos. El establecimiento de límites apropiados del juicio individual sobre el juicio colectivo, en lo que se refiere al cambio, debe basarse en el criterio colectivo. Solamente sobre una base democrática, el proceso de la planificación cooperativa puede definir convenientemente los derechos de un juicio privado. Es necesario capacitar a los grupos para que adopten normas de aceptación, relacionadas con las diferencias individuales, a partir de las cuales se puedan diseñar estrategias para lograr el mejoramiento de los grupos e instituciones.

Es importante recordar que no todos los cambios son planificados. Bennis, Benne y Chin (1961, pp. 154-155) propusieron una clasificación de los procesos de cambio, en un intento por distinguir el cambio planificado de otras formas relacionadas. Las variables que entran en el mutuo establecimiento de las metas, el carácter intencional del cambio y la relación de poder entre el agente de cambio y el sistema-cliente, se han definido como factores de diferenciación del proceso de cambio. La tipología es la siguiente:

cambio planificado, comprende el establecimiento mutuo de los objetivos por una o ambas partes, una relación igual de poder e intención (por lo menos a la larga) por parte de ambas partes

adoctrinamiento, incluye el establecimiento mutuo de metas, es reflexivo y expresa una relación desigual de poder. Muchas instituciones totalitarias entran en esta categoría.

cambio coercitivo, se caracteriza por el establecimiento unilateral de metas (o metas establecidas por una sola de las partes), presenta una relación desigual de poder e intención unilateral. La diferencia entre la coacción y el adoctrinamiento es compleja y difícil de definir. Según Bennis, Benne y Chin, con el transcurso del tiempo el cambio coercitivo conduce

a una meta de colaboración y el adoctrinamiento no tiene esta meta

cambio tecnocrático, se diferencia del cambio planificado en la naturaleza del establecimiento de metas. El empleo de medios tecnocráticos para producir el cambio, depende exclusivamente de la recopilación e interpretación de información. Fundamentalmente, se apega a un modelo tecnológico en el que el cliente define las dificultades personales como algo derivado de un conocimiento insuficiente, suponiendo que se debe a un accidente o a un descuido por parte del cliente. El tecnócrata acepta esta suposición y se limita a informar sobre los resultados obtenidos

cambio interactivo, se caracteriza por el establecimiento mutuo de metas, una distribución de poder bastante equitativa, aunque sin ninguna intención por parte de ninguno de los miembros que entran en la relación. Inconscientemente, cualquiera de ellos puede tratar de que el otro cambie en una dirección determinada. Dichos cambios se pueden observar entre amigos y parejas casadas

cambio de socialización, se relaciona directamente con el interactivo. Los ejemplos más evidentes serían las relaciones entre padre e hijo o entre maestro o alumno. La incidencia de una mayor intención por parte del "adulto" de la relación, hace que algunos casos específicos de socialización entren en la categoría de adoctrinamiento

cambio con fines de emulación, se relaciona con las organizaciones formales en las que existen relaciones definidas de superior y subordinado. El cambio se produce mediante una especie de identificación del subordinado con las personas que tienen el poder y el deseo de emularlas.

cambio natural, se produce sin ninguna intención ni establecimiento de metas aparentes por parte de las personas que intervienen en el mismo. Se trata de una categoría residual que comprende los accidentes, las jugarretas del destino, cambios que resultan de terremotos e inundaciones, y todos los demás factores y causas que no puede comprender nuestro conocimiento limitado.

Bennis, Benne y Chin hacen hincapié en el hecho que estas clasificaciones son limitadas, arbitrarias y quizá demasiado crudas o puras para establecer una relación con la realidad empírica, aunque sí ofrecen algunas indicaciones para diferenciar el

cambio planificado de los demás procesos de cambio.

Según Benne (1961), una de las funciones de la administración en las organizaciones consiste no sólo en reconocer cuándo se ha producido un cambio, sino también en anticipar los cambios inminentes y tratar de darles forma de acuerdo con determinados criterios.

Kurt Lewin propuso un esquema conceptual para analizar el proceso del cambio; según Lewin (1947, 1962), es necesario analizar conjuntamente los periodos de cambio social y los periodos de relativa estabilidad social de la siguiente manera:

- 1 El cambio y la permanencia son conceptos relativos; la vida de los grupos nunca deja de experimentar cambios, lo único que cambia es la frecuencia y el tipo de cambios que se producen.
- 2 Cualquier fórmula que exprese las condiciones del cambio, implica, como límite, las condiciones de la ausencia de cambio y sólo es posible analizar las condiciones de lo permanente en función del cambio potencial

Es importante hacer una distinción entre el cambio real, la ausencia de cambio y la resistencia al cambio. La ausencia de cambio se produce cuando las condiciones en las que vive un grupo permanecen constantes durante un periodo determinado de tiempo; nadie se incorpora ni abandona el grupo, no se produce ninguna fricción importante, las instalaciones para llevar a cabo las actividades son las mismas y no hay ningún cambio en el nivel de producción

No obstante, en el caso de que el nivel de producción del grupo se mantenga a pesar de la pérdida o ganancia de miembros o de cambios producidos en las instalaciones, se manifestará la resistencia a cambiar el índice de producción. La simple permanencia en la conducta del grupo no da por resultado una resistencia al cambio, como tampoco una gran cantidad de cambios produce una disminución en la resistencia; sólo si se relaciona el grado real de permanencia con la magnitud de las fuerzas que tienden a acercar o alejar al grupo de la situación ac-

tual, se puede hablar de resistencia o estabilidad de la vida del grupo en una situación determinada.

La administración social requiere que se estudie a fondo el deseo o la resistencia a un cambio *específico*. Lewin presenta un sistema de análisis que permite ilustrar las fuerzas sociales que intervienen en el entorno de un grupo determinado. Un instrumento fundamental en el análisis de la vida de los grupos, es la representación del grupo como una unidad social; esto significa que el hecho que ocurre en un momento, se produce como algo real y es el resultado de una totalidad de entidades existentes, tales como el grupo, subgrupos, miembros y obstáculos. La posición relativa de las entidades que son parte de la unidad social, representa la estructura del grupo y su entorno ecológico. Lo que sucede dentro de la unidad depende de la distribución de las fuerzas dentro de la misma.

UN MODELO PARA EL CAMBIO PLANIFICADO

Nuestro marco conceptual describe los factores importantes del proceso del cambio. Asimismo, las descripciones brindan la oportunidad de integrar y perfeccionar la comprensión de los periodos anteriores en lo que respecta a las teorías clásica y conductista de la administración, ya que ambas han contribuido al proceso del cambio

El cambio, como se mencionó anteriormente, implica un proceso sistemático que se puede dividir en subprocesos o etapas. Nuestro marco conceptual consta de los cinco subprocesos que se mencionan a continuación: entrada de insumos, análisis, actos conceptuales, actos físicos y evaluación (ver la Fig. 2-7).

Fuerzas del cambio en forma de entradas o insumos

Las fuerzas del cambio se pueden clasificar en dos grupos: fuerzas externas y fuerzas internas. Las fuerzas externas actúan desde el exterior de la organización y están fuera del control del administrador. Las fuerzas internas operan dentro de la orga-

nización y por lo general, las puede controlar el administrador.

FUERZAS EXTERNAS

Exigencias de la comunidad. Los nuevos conocimientos científicos y la tecnología exigen cambios, una mayor calidad y cantidad de servicios médicos y de enfermería. Los cambios producidos en los sistemas de educación pública y en el ingreso han aumentado la conciencia de la necesidad de efectuar cambios para mejorar la calidad de los servicios de salud. La aceptación de la participación en la planificación de la atención de la salud, ocasionó cambios porque los programas de salud de la comunidad incluyen a personas, sus niños y sus familias, en primer lugar como pacientes y, en segundo, como fuentes de apoyo de los servicios de salud, ya sea como contribuyentes o como ciudadanos particulares.

Tecnología. El cambio producido en la cantidad y calidad de los recursos profesionales, hizo necesaria la adopción de materiales o procesos más automatizados. Las computadoras han hecho posible el procesamiento de datos con gran velocidad y la solución de complejos problemas de servicio. Los nuevos conocimientos científicos dieron origen a nuevas técnicas en cirugía vascular y cardíaca y en el trasplante de órganos. El aumento en las inversiones de equipo y capital ha hecho posible nuevas formas de control remoto por parte de los médicos y enfermeras en el ejercicio de su profesión.

Educación. Las organizaciones nacionales de enfermería, tales como la Liga Nacional de Enfermería, la Asociación Norteamericana de Enfermeras y los consejos estatales de educación y registro, constituyen una fuente constante de presiones para lograr una mayor sincronización y síntesis de los esfuerzos en favor de la enfermería. La Liga Nacional de Enfermería fomenta la acción coordinada de la enfermería, como un campo profesional y como una fuerza social.

Medio. El administrador de servicios de enfermería debe "estar al tanto" de los movimientos sobre los que no tiene ningún control, pero que a la larga, controlan el destino de la organización a la que pertenece. Los decenios entre 1950 y 1970 fueron testigos de un real incremento en la actividad social. El deseo de alcanzar la igualdad social, así como el deseo de obtener una mejor atención de la salud, ocasionaron nuevos problemas a los administradores de servicios de enfermería, con los que nunca antes habían tenido que enfrentarse. Los complejos medios de comunicación brindaron grandes oportunidades para los servicios de enfermería, pero también representaron una amenaza para los administradores que eran incapaces de comprender qué estaba sucediendo. Por último, para agravar el problema, se estrecharon las relaciones entre el gobierno y las instituciones de atención de la salud conforme fueron surgiendo nuevas leyes y reglamentos. Estas presiones para generar cambios, reflejan la complejidad e interdependencia cada vez mayores que constituyen la vida moderna. La función tradicional de la administración de enfermería está siendo cuestionada y se están proponiendo nuevos objetivos. No cabe duda de que los hechos que se produzcan en el futuro intensificarán las fuerzas ambientales para producir cambios.

FUERZAS INTERNAS

Las fuerzas del cambio que actúan dentro de la organización se pueden encontrar en los procesos y en las personas. Las fuerzas correspondientes a los procesos incluyen (1) fallas en la toma de decisiones, (2) conflictos interpersonales y entre los miembros de un departamento, que reflejan deficiencias en el proceso de la interacción humana, (3) bajos niveles de cooperación y altos niveles de ausentismo y rendimiento, síntomas de problemas que es necesario diagnosticar y resolver, y (4) el diseño de instituciones de atención de la salud, que exige una mayor flexibilidad en los esquemas originales.

Percepción

RESPONSABILIDAD DE LA PERCEPCION DEL CAMBIO

El administrador de servicios de enfermería debe tener presente constantemente la necesidad de producir cambios. Si fuera posible diseñar la organización óptima de los servicios de enfermería y si el ambiente de atención de salud donde funciona la institución fuera estable y no experimentara ningún cambio, habría muy pocas presiones para que se realizaran cambios dentro de la organización, lamentablemente, no nos encontramos en ninguno de los dos casos. El cambio en la organización de servicios de enfermería constituye un problema acuciante para los administradores modernos; en años recientes, se han publicado una gran cantidad de escritos sobre la necesidad de planificar el cambio. Algunas organizaciones de atención de salud, han creado unidades de asesoramiento cuya misión es la planificación de la organización. Las unidades de planificación son respuestas específicas a la necesidad de crear procedimientos sistemáticos y formales a fin de predecir y poner en práctica cambios en la organización de los servicios de enfermería. El administrador de enfermería utiliza el modelo del cambio (Fig. 2-7) y considera cada uno de los pasos del mismo, ya sea explícita o implícitamente, con el fin de emprender un programa de cambio; la posibilidad de iniciar un cambio satisfactorio aumenta cuando el administrador pasa explícita y formalmente por cada uno de los pasos.

El administrador de enfermería bien preparado es aquel que reconoce la multiplicidad de las alternativas. No está predispuesto hacia un enfoque en particular con exclusión de todos los demás; está de acuerdo con O'Connell (1968) en que ninguna técnica o estrategia de cambio se puede considerar mejor sobre bases empíricas, y evita los peligros latentes de no hacer nada. Como señala Greiner (1967, pp. 119-130), los signos de la decadencia son "un comportamiento administrativo que: (a)

está más orientado al pasado que al futuro, (b) acepta más las obligaciones de la tradición que los desafíos de los problemas actuales y (c) siente más lealtad para con las metas del departamento que para con los objetivos globales de la organización". En consecuencia, la administración del cambio implica que el administrador de enfermería adopte una posición flexible y progresista; esta cualidad es imprescindible para utilizar el modelo del cambio que proponemos.

El modelo supone que las fuerzas del cambio actúan constantemente en el servicio de enfermería, suposición que refleja el carácter dinámico del mundo moderno. Asimismo, el administrador tiene la obligación de clasificar la información que recibe de otros departamentos y del sistema general de control de la organización, así como de otras fuentes, tales como la comunidad, que refleja la magnitud de las fuerzas del cambio. El análisis cuidadoso de la información constituye la base para aceptar la necesidad de efectuar cambios; no obstante, una vez que el administrador de servicios de enfermería reconoce que algo no funciona correctamente, debe diagnosticar el problema e identificar las posibles técnicas de cambio. La técnica de cambio seleccionada, con las restricciones impuestas por las condiciones limitantes, tiene que ser adecuada al problema (ver Fig. 2-4). Un ejemplo de una condición limitante podría ser el carácter existente de la organización informal; es probable que los grupos de trabajo respalden una técnica de cambio, pero se opongan a otras. Otras condiciones limitantes son el comportamiento directivo, los requisitos legales y las condiciones económicas.

El darse cuenta de que se puede dejar sin piso un programa de cambio, se resta importancia al hecho de que la elección de la estrategia de cambio sea tan importante como la técnica de cambio en sí misma. Un fenómeno de comportamiento bien conocido y documentado es que las personas tienden a presentar resistencia a los cam-

bios o, por lo menos, a mostrarse renuentes a experimentarlos. Una estrategia conveniente para poner en práctica un cambio es aquella que trata de reducir al mínimo la resistencia y aumentar al máximo el compromiso del personal. Por último, el administrador de servicios de enfermería debe poner en práctica el cambio, supervisar el proceso y los resultados del mismo. Nuestro modelo incluye la retroalimentación de las fases de entrada de sumos y puesta en práctica; estos circuitos de retroalimentación indican que es preciso supervisar y evaluar el proceso del cambio. Tal vez la operacionalización sea defectuosa y produzca resultados deficientes, pero esta situación se podría corregir si se toman las medidas correctivas apropiadas. Por otra parte, el circuito de retroalimentación de la etapa inicial reconoce que ningún cambio es definitivo; se crea una nueva situación en la que surgirán nuevos problemas y conflictos, se crea un nuevo entorno que estará en sí mismo sujeto al cambio. Nuestro modelo no propone ninguna solución definitiva, por el contrario, hace hincapié en que el moderno administrador de servicios de enfermería actúa en un entorno dinámico, en el que *lo único cierto es el cambio mismo*.

Se ha aceptado ampliamente el proceso mediante el cual la solución de un problema genera nuevos problemas. Blau y Scott (1962) lo llaman el "proceso dialéctico del cambio" e ilustran el problema mediante diversos ejemplos. Observaron que las técnicas de línea de montaje aumentan la producción, pero que, al mismo tiempo, aumentan el ausentismo y la rotación de los trabajadores. El trabajo en la línea de montaje es monótono y rutinario; enajena a los trabajadores y crea descontento; disminuye el espíritu de cooperación y surgen problemas personales. Por lo tanto, la solución misma crea todo un nuevo conjunto de dificultades. Es preciso que el administrador de servicios de enfermería tenga en cuenta este fenómeno cuando estudia el cambio.

RECOPIACION DE INFORMACION PARA EFECTUAR UN DIAGNOSTICO. ACEPTACION DE LA NECESIDAD DE REALIZAR CAMBIOS

La información constituye la base para que los administradores de servicios de enfermería tomen conciencia de la magnitud de las fuerzas del cambio. Sin lugar a dudas, la información más importante proviene del control de información preliminar, simultáneo y a través de la retroalimentación de la organización de atención de la salud. En realidad, el proceso del cambio se puede considerar como un elemento de la función de control, en especial, de la subfunción de aplicar medidas correctivas. El análisis de los servicios cuantitativos y cualitativos de enfermería, estados financieros, registros de control de calidad e información presupuestaria y de costos estándar, constituyen información importante a través de la cual se manifiestan las fuerzas externas e internas. La disminución de los pacientes y la retención de los recursos de la comunidad, son indicadores tangibles de que está deteriorando la posición de la organización de atención de la salud y de que tal vez sea necesario efectuar algunos cambios. La mayor parte de las organizaciones cuentan con sistemas sumamente avanzados de control de la información a través de la retroalimentación porque son de vital importancia.

La necesidad de efectuar cambios pasa inadvertida en muchas organizaciones hasta que ocurre un verdadero desastre. El personal busca el reconocimiento de su organización profesional antes de que la administración acepte finalmente que es necesario tomar medidas al respecto. Es preciso idear algún medio para reconocer la necesidad de realizar cambios, así como diagnosticar la naturaleza exacta del problema.

Nuestro marco de referencia consta de cuatro pasos, propios de las fuerzas del cambio, que deben producirse si se desea que se efectúen los cambios, aunque el modelo se refiere a las metas que hay que alcanzar. En función de los objetivos, las

metas se pueden definir planteando las tres preguntas siguientes:

- 1 ¿Cuál es el problema?, sin considerar los síntomas del mismo.
- 2 ¿Qué se debe cambiar para resolver el problema?
- 3 ¿Qué resultados se esperan del cambio en función de los objetivos y cómo se medirán dichos objetivos?

La respuesta a estas preguntas se puede obtener a partir de la información que por lo general se encuentra dentro de la organización, como por ejemplo los informes y registros de los departamentos. Por otra parte, quizá sea necesario generar información *ad hoc* mediante la integración de comités o grupos especiales de trabajo. Las reuniones entre los administradores y el personal proporcionan una amplia variedad de opiniones que pueden ser seleccionadas y filtradas por un grupo más pequeño. Por lo general, es fácil diagnosticar los problemas técnicos de enfermería, pero los problemas sutiles de relaciones humanas implican por lo general un análisis profundo.

Un método para diagnosticar problemas es la encuesta de actitudes. Estas encuestas de actitudes se pueden aplicar a todos los miembros de la fuerza de trabajo o a una muestra del personal. La encuesta permite a las personas que la diligencian, evaluar y clasificar (1) la administración, (2) las políticas de personal, (3) las condiciones de trabajo, (4) el equipo y (5) otros aspectos relacionados con el trabajo. El empleo adecuado de este tipo de encuestas exige que los cuestionarios se respondan anónimamente para que los empleados puedan expresar sus puntos de vista con toda libertad y sin ninguna coacción, ya sea real o ficticia. El objetivo de la encuesta consiste en detectar el problema o problemas tal como los perciben los miembros de la organización. El análisis subsecuente de los resultados de la encuesta en todos los niveles de la organización, puede servir para profundizar en la naturaleza del problema.

El método que emplee la administración para diagnosticar el problema es un elemento de suma importancia en la estrategia global de cambio. La forma de diagnosticar el problema se relaciona directamente con el éxito final del cambio propuesto.

La etapa de diagnóstico debe especificar los objetivos del cambio. Después de diagnosticar el problema, es preciso definir los objetivos que guiarán y evaluarán los resultados del cambio. Los objetivos se pueden establecer en función de la cantidad y calidad de atención que se brinda a los pacientes, la magnitud y la ampliación necesaria de los servicios de enfermería, el empleo de personal profesional y la satisfacción derivada de los servicios de enfermería.

Aspectos conceptuales: estrategia para el desarrollo del cambio planificado.

MARCO CONCEPTUAL DEL CAMBIO PLANIFICADO

Se estima que todas las situaciones en las que se trata de introducir un cambio presentan un equilibrio dinámico de fuerzas que actúan unas contra otras (Lewin, 1947). Un conjunto de fuerzas conduce la situación hacia el cambio previsto (fuerzas motoras), pero fuerzas contrarias tratan de impedir el movimiento hacia el cambio anticipado (fuerzas restrictivas). Cuando estas dos fuerzas, a favor y en contra del cambio, tienen la misma magnitud, se produce un nivel de *cuasi equilibrio*, se trata de un proceso dinámico en el que se puede alterar el equilibrio si se cambia cualquiera de los conjuntos de fuerzas que intervienen. En la Fig. 7-1 se presenta este equilibrio de fuerzas como el nivel *N*.

Al analizar los medios para producir un cambio deseado, Lewin no hace referencia a la meta que se debe alcanzar, sino a un cambio del nivel actual de *cuasi equilibrio* al nivel conveniente. Lo anterior implica que el cambio planificado consiste en llevar el campo de fuerzas, en su totalidad, a un nuevo nivel de *cuasi equilibrio*. Se proponen dos métodos básicos para cambiar los

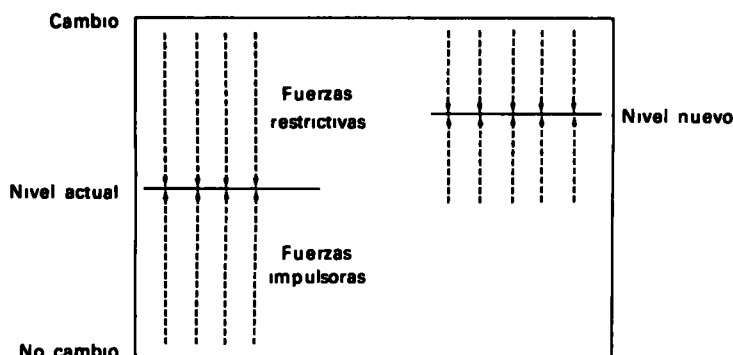


Fig. 7-1. Análisis del campo de fuerzas de Lewin.

niveles agregar fuerzas en la dirección deseada o reducir las fuerzas contrarias; en ambos casos se puede producir un cambio a un nuevo estado de equilibrio en otro nivel, pero el efecto secundario en cada caso sería muy diferente. Strauss y Sayles (1960) describen el primer método (aumentar la presión para vencer la resistencia) como algo semejante a pisar a fondo los frenos de un automóvil sin haber quitado el pie del acelerador; este método produce tensión e incertidumbre y trata de aislar al individuo de la presión. El segundo método incluye un intento por descubrir y reducir las fuerzas de resistencia a un cambio determinado, se puede comparar con el hecho de permitir que el automóvil disminuya la velocidad hasta detenerse sin pisar los frenos; este método impone la menor tensión posible en las relaciones humanas.

Las fuerzas restrictivas son las que se relacionan con la resistencia al cambio. Según Strauss y Sayles (1970), la resistencia más común al cambio es la que presentan los empleados a los cambios tecnológicos, por ejemplo, a la automatización; en algunos casos, es tan violenta en el nivel administrativo como en los niveles inferiores, y se puede manifestar en formas inesperadas como agresión, retroceso, búsqueda de un chivo expiatorio, fijación y resignación, actitudes cuyas causas se pueden rastrear hasta la frustración derivada de la incapacidad de aceptar o hacer

frente al cambio. Las razones económicas suelen ser las más obvias para tomar esta actitud; ¿amenazará el cambio algunos puestos por no ser necesarios o porque las personas que los ocupan no tienen las nuevas habilidades que exige el cambio? Otra razón suelen ser los inconvenientes que los trabajadores perciben, ¿se les pedirá que aprendan nuevas habilidades, trabajen horas diferentes o se trasladen a otro lugar? Se les amenaza con la pérdida de lo conocido.

La incertidumbre que resulta de la falta de información respecto a las nuevas metas, causará resistencia derivada del temor. Aunque se suministre información real, no dejará de haber ansiedad por parte de los empleados, que surge del temor de cómo reaccionarán en la nueva situación. Un buen ejemplo de esto podría ser el temor que sienten los voluntarios la noche anterior al día en el que deben iniciar el servicio; a pesar de toda información que les hayan proporcionado los veteranos, no pueden dejar de preguntarse cómo *actuarán*.

Cualquier amenaza a las relaciones sociales suscitará resistencia. Aunque no se produzca ningún cambio físico, la salida obligatoria de un miembro o la introducción de un nuevo miembro a un grupo existente tiende a alterar las relaciones sociales. Tal vez esto constituya una amenaza para los patrones y cargos directivos, así como a la posición jerárquica de los miembros.

Los individuos adaptan sus patrones de relaciones sociales para que se adecuen a las necesidades de su personalidad y a la creación de hábitos en los estilos de trabajo. Cualquier alteración de los patrones de trabajo puede amenazar el equilibrio que existe entre las necesidades de la personalidad y los requisitos del trabajo.

Los símbolos hacen surgir problemas especiales; no es posible eliminarlos sin amenazar en la mente de alguien lo que representan. Los cambios pequeños suelen simbolizar cambios grandes, en especial cuando los empleados no están seguros de cuán amplio puede ser el programa de cambios. Todo cambio hace que los empleados empiecen a buscar qué va a suceder más adelante. Las relaciones y los valores más preciados se pueden encontrar en un símbolo; una amenaza al símbolo puede constituir una amenaza para la persona.

Un cambio genera un aumento considerable en las órdenes que se imparten al personal; a muchas personas les desagrada que les den órdenes. Quizá los niveles de control por parte de la administración se intensifiquen y se reflejen en todos los empleados, originando un aumento en la presión, un sentimiento de disminución de la autonomía y confianza que tiene los empleados en sí mismos, pues hace énfasis en su dependencia de la administración.

Bennet (1961) contradice la suposición de que toda resistencia es negativa, afirmando que por el contrario, puede desempeñar funciones útiles en el proceso del cambio, por ejemplo:

- 1 La resistencia puede obligar a la persona que dirige a explicar con mayor precisión los fines del cambio y los resultados que se desean obtener
- 2 La resistencia puede sacar a relucir comunicaciones inapropiadas entre los miembros del grupo.
- 3 La resistencia proporciona con frecuencia indicios que permiten evitar la posibilidad de consecuencias inesperadas. Tal vez obligue a la persona que dirige a examinar con más detalle las posibles consecuencias
4. La resistencia suele revelar la insuficiencia de los procesos de toma de decisiones y resolución de problemas, de tal manera que el directivo pueda determinar si ha asegurado o no la participación conveniente de los grupos y personas en el proceso del cambio

Las fuerzas impulsoras se encuentran en el deseo de mejorar el desempeño, en la decisión de efectuar una ampliación, en el esfuerzo por tratar de utilizar todo el potencial y en la evaluación integrada de los objetivos a la luz de nuevas exigencias (Lewin, 1947).

DETERMINACION DE LOS CAMBIOS NECESARIOS DE LA ESTRATEGIA PARA EL CAMBIO PLANIFICADO

Con el objeto de definir los cambios necesarios que es preciso abordar antes de que se pueda producir un cambio, hay que plantear las siguientes presuntas.

- 1 ¿Qué fuerzas restrictivas se pueden reducir con el menor esfuerzo?
2. ¿Qué fuerzas impulsoras se pueden aumentar?

Un criterio para seleccionar las fuerzas que se modificarán puede ser:

- 1 ¿Qué fuerzas, en caso de que se modifiquen, es más probable que produzcan un cambio dentro de las condiciones actuales, en la dirección que se desea?
- 2 ¿Qué fuerzas se pueden modificar con mayor facilidad o con mayor rapidez?

El análisis cuidadoso impedirá que se lleven a cabo muchos intentos ineficaces por lograr un cambio "fortuito"

El objetivo de cualquier planificación del cambio no es sólo el lograr el cambio, sino la permanencia del mismo. Según Lewin (1947), la puesta en práctica de un cambio satisfactorio incluye las tres etapas siguientes:

- 1 Descongelamiento (en caso de ser necesario) del nivel actual de los hábitos del grupo
- 2 Movimiento a un nuevo nivel
- 3 Congelamiento del grupo en el nuevo nivel

Asimismo, es esencial reconocer las condiciones limitantes que es preciso tener en cuenta cuando se planifica la estrategia del

cambio, a fin de poner en práctica las tres etapas antes mencionadas.

Reconocimiento de las condiciones limitantes: fuerzas restrictivas del nivel administrativo. La selección de la técnica de cambio se basa en el diagnóstico del problema, pero la elección se ve afectada por ciertas condiciones que existen en ese momento. Filley y House (1969) identificaron tres fuentes de influencia en los resultados de los programas de desarrollo administrativo, que se pueden generalizar para abarcar toda la gama de intentos de cambio en la organización, ya sea que sean estructurales, tecnológicos o de comportamiento. Dichas fuentes son el ambiente de la dirección, la organización formal y la cultura de la organización.

El ambiente de la dirección se refiere a la naturaleza del medio de trabajo que se deriva del estilo de liderazgo y de las prácticas administrativas de los supervisores. Cualquier programa de cambio que no cuente con el respaldo y el compromiso de la administración, tiene pocas probabilidades de éxito. La administración debe, en el peor de los casos, ser neutral respecto al cambio. Es probable que el mismo estilo de dirección esté sujeto a cambios, por ejemplo, la responsabilidad y la educación sistemáticas constituyen intentos directos por tratar de conducir la administración hacia ciertos estilos: abierta, de apoyo y preocupada fundamentalmente por el grupo. No obstante, es necesario reconocer que tal vez los participantes sean incapaces de adoptar dichos estilos si no son compatibles con el estilo de su superior.

La organización formal también debe ser compatible con el cambio propuesto; esto incluye los efectos sobre el ambiente que se derivan de la *filosofía y políticas* de la administración superior, así como de los *fundamentos legales*, la *estructura de la organización* y el *sistema de control*. Por supuesto, cada una de estas fuentes debe ser el centro de los esfuerzos por generar un cambio, lo importante es que un cambio en una de ellas debe ser compatible con todas las demás; por ejemplo,

un cambio tecnológico que implique la eliminación de empleados se opone a una política de garantía del empleo.

La cultura de la organización se refiere al efecto sobre el medio el cual resulta de las *normas, valores y actividades informales del grupo*. Los estudios de Hawthorne documentan por vez primera el efecto del comportamiento tradicional, sancionado por las normas del grupo, pero no reconocido formalmente. Un cambio propuesto en los métodos de trabajo o en la instalación de un equipo automatizado, puede resultar contrario a las expectativas y actitudes del grupo de trabajo. En tal caso, la persona encargada de la estrategia del cambio tiene la obligación de anticipar la resistencia que surgirá.

Poner en práctica los cambios sin tener en cuenta las restricciones impuestas por las condiciones imperantes dentro de la organización actual, quizá agrave el problema que dio origen al proceso del cambio. Incluso en el caso de que se ponga en práctica el cambio, este da una base mayor de lo que cabría esperar para que surjan problemas posteriormente. En conjunto, estas condiciones representan el ambiente del cambio y pueden ser positivas o negativas.

Estrategia para pasar a un nuevo nivel: meta deseada. La selección de una estrategia para poner en práctica la técnica elegida de cambio, afecta el resultado final. Greimer (1967) hace hincapié en los cambios informados y relaciona diversas estrategias de cambio con el éxito relativo del cambio mismo. Identifica tres métodos que se encuentran a lo largo de una línea continua de poder, que tiene la autoridad unilateral en un extremo y la autoridad delegada en el otro. En la parte central de la línea continua se encuentran los métodos que el denomina autoridad compartida.

Los métodos unilaterales suelen adquirir la forma de un edicto procedente de la administración superior, el cual describe los cambios y las responsabilidades de los subordinados para poner en práctica el cambio. La comunicación formal

puede ser un memorándum o una declaración de políticas. De cualquier forma, se trata de una comunicación unilateral y descendente. Los métodos de autoridad compartida incluyen los grupos de un nivel inferior en el proceso de: (1) definición del problema y proposición de soluciones alternativas o (2) en las definiciones de las soluciones después de que la administración del nivel superior ha definido el problema. En cualquier caso, el proceso incorpora los talentos y aportes de todos los miembros de la organización, sin importar el nivel al que pertenezcan. Por último, los métodos de delegación transmiten autoridad completa a los grupos subordinados. Por medio de discusiones totalmente libres, el grupo se hace responsable del análisis del problema y de las soluciones propuestas. Según Greiner, los ejemplos de cambio de la organización que han tenido, relativamente más éxito son aquellos que tienden a la posición de la autoridad compartida en la línea continua. ¿Cuál es la razón?

Como se ha observado, la mayoría de los casos de cambio en la organización van acompañados por la resistencia de aquellas personas que intervienen en el cambio. La forma real de resistencia puede variar desde la resignación pasiva hasta el sabotaje premeditado. El objetivo de la estrategia debe ser, en el peor de los casos, reducir la resistencia al mínimo, y en el mejor, aumentar la cooperación y el apoyo al máximo. La forma como se administra el cambio, desde el principio hasta el final es una determinante fundamental de la forma en que las personas reaccionarán al mismo.

La estrategia que tiene más probabilidades de reducir la resistencia al mínimo, es aquella que hace hincapié en la autoridad compartida porque tiene en cuenta "el patrón cultural norteamericano de equivalencia entre la confianza en sí mismo y el respeto por uno mismo". El cambio impuesto por la autoridad superior y unilateral, corre el riesgo de generar resistencia, aunque el cambio propuesto

pueda traer beneficios a los participantes en todas las formas posibles y en función de cualquier norma de objetivos. Como lo expresa la escuela del comportamiento, un medio importante para vencer la resistencia al cambio, consiste en hacer que las personas que se verán afectadas por el cambio participen en la decisión de llevarlo a cabo.

El proceso de la autoridad compartida está compuesto de seis fases; de acuerdo con Greiner, estas seis fases estuvieron presentes en todos los casos de cambio registrados que han tenido éxito:

- 1 *Presión y surgimiento* Fuertes presiones en la administración superior de la organización estimulan las condiciones para los cambios que han tenido éxito.
- 2 *Intervención y reorientación* Como existe la tendencia a buscar respuestas en las soluciones tradicionales, la intervención de una persona ajena a la organización (un asesor o una persona nueva) quizá sea necesaria para lograr que la administración abandone los métodos rutinarios e incursiones en métodos nuevos
- 3 *Diagnóstico y reconocimiento* Toda la organización, de la cúspide a la base, se reúne para diagnosticar y especificar el problema Greiner observa que los cambios que han tenido menos éxito suelen utilizar en esta etapa métodos de autoridad unilateral o delegada
- 4 *Intervención y compromiso.* La persona ajena a la organización (asesor) alienta activamente al personal administrativo y no administrativo a plantear nuevas soluciones para los problemas diagnosticados. En esta etapa, todo el personal participa.
5. *Experimentación y búsqueda* La solución no se pone en práctica en gran escala; por el contrario, se pone en práctica en pequeña escala en diversos puntos de la organización; el objetivo consiste en comprobar la validez de la solución sobre una base experimental.
- 6 *Refuerzo y aceptación* A medida que los experimentos suministran señales positivas de que el cambio se está efectuando como se había planificado, se origina un efecto de refuerzo que motiva a los participantes a aceptar el cambio y a incrementar potencialmente, el alcance de sus propios esfuerzos.

La estrategia para poner en práctica los cambios, como se dijo anteriormente, incluye la participación de los supervisores y de todo el personal durante la totalidad del proceso. No obstante, es preciso reconocer que no existe ninguna garantía de que la estrategia funcione en todas las organizaciones. De hecho, deben existir algunas condiciones previas básicas antes de que los empleados puedan participar significativamente en el proceso del cambio. Un factor intuitivamente obvio es que el personal sienta deseos de participar. Tal vez rechace la invitación a hacerlo por cualquier número de motivos; quizá tenga necesidades más urgentes, por ejemplo, sacar adelante su trabajo. Asimismo, es probable que crea que la invitación a participar es un intento sutil por parte de los administradores para manipularlo hacia una solución que ya ha sido determinada. Si el ambiente de la dirección o la cultura de la organización han creado un clima de desconfianza y falta de sinceridad, el personal considerará cínico cualquier intento que se realice por lograr su participación.

Estabilización y congelamiento de la situación nueva en el nuevo nivel a fin de que se mantenga. Lewin (1947) introdujo el concepto de "hábito social" como una resistencia interna al cambio a pesar de la aplicación de fuerzas en el nivel del proceso social. Para vencer esta resistencia interna, tal vez sea necesario aplicar una nueva fuerza, suficiente para descongelar el hábito o la costumbre. Ese hábito podría ser los valores del grupo particular de un individuo en el que se debe producir el cambio. ¿Qué valor tienen estas normas para el individuo? La experiencia ha demostrado que mientras las normas del grupo permanezcan inalteradas, cuanto más se espere que el individuo se aleje de las normas del grupo, más resistencia manifestará el individuo al cambio. Si se descongelan las normas del grupo, se elimina la resistencia causada por la relación que existe entre el individuo y el grupo. La mayor parte de los individuos se apegan a las normas del grupo al que pertenecen o desean

pertenecer. De esta forma, el nivel del grupo en sí mismo se convierte en un valor positivo o valencia que corresponde al campo de la fuerza central; estas fuerzas hacen que el individuo esté de acuerdo con las normas del grupo.

Por tanto, podemos concluir que la resistencia al cambio debe disminuir si se reduce la fuerza del valor de las normas del grupo o se cambia el nivel de valor social que percibe el individuo. Esta es una de las razones de la eficacia de la colaboración del grupo en la planificación del cambio o de los cambios *efectuados por el grupo*. Los estudios realizados han demostrado que es más fácil cambiar a los individuos que forman parte de un grupo, que a los individuos que trabajan de forma independiente.

Si se desea congelar el cambio en un nivel nuevo, es preciso estar consciente de la naturaleza dinámica del campo de fuerzas. Según Bennett (1961), cuando se produce un cambio a través de la reducción de las fuerzas restrictivas y se realiza mediante el aumento de la colaboración de las personas interesadas en el cambio, en el proceso de resolución de problemas, resulta más fácil estabilizar o congelar, en el nuevo nivel.

Como se mencionó anteriormente, los cambios efectuados por el grupo son más eficaces que los realizados por un solo individuo. Cuando el cambio incluye a personas, es necesario tomar las medidas necesarias para ayudarlas a crear los comportamientos que requiere el nuevo ambiente creado por el cambio. Cuando el ambiente permite que las personas afectadas por el cambio conserven su libertad, su imaginación estará libre para ayudar a producir el cambio. Por medio de la participación, los recursos humanos se desarrollan con mayor efectividad para lograr y mantener las nuevas formas de desempeño.

Aspecto físico: poner en práctica el cambio planificado

Poner en práctica el cambio propuesto tiene dos aspectos fundamentales: el tiempo

y el alcance. El problema del tiempo es estratégico y depende de diversos factores, en especial, del ciclo de operaciones de la organización y de los motivos que hayan generado el cambio. Ciertamente, si el cambio es de una magnitud considerable es conveniente que no compita con las operaciones normales del servicio de enfermería. En consecuencia, quizá sea mejor que el cambio se lleve a cabo en periodos de poca presión. Por otra parte, si el problema es de vital importancia para brindar un servicio de enfermería más adecuado, se debe poner en práctica de inmediato. El alcance del cambio depende de la estrategia. El cambio se puede poner en práctica en todo el departamento, unidad clínica por unidad clínica o departamento por departamento. De acuerdo con Greiner (1967), la estrategia para el cambio que ha tenido éxito emplea un método de fases que limita el alcance pero proporciona retroalimentación para cada una de las etapas subsiguientes al poner en práctica el cambio.

TECNICAS ALTERNATIVAS DE CAMBIO

La elección de una técnica de cambio determinada depende de la naturaleza del problema que se haya diagnosticado. El administrador de servicios de enfermería tiene que decidir qué alternativa tiene más probabilidades de producir los resultados deseados, ya sea que se trate de mejorar los conocimientos, actitudes, habilidades, el desempeño de las actividades de la organización por parte del personal o los recursos materiales. Como se mencionó anteriormente, el diagnóstico del problema incluye la especificación de los resultados que la administración desea obtener del cambio. Donnelly, Gibson e Ivancevich (1971) definieron y clasificaron estas técnicas de acuerdo con los objetivos fundamentales de las mismas, es decir, cambiar la estructura de la organización, el comportamiento (seres humanos) o la tecnología. Esta clasificación de métodos para generar cambios en la organización, no implica de ninguna manera una distinción definitiva entre los tres tipos; por

el contrario, es necesario aceptar y prever las relaciones entre la estructura, el comportamiento (seres humanos) y la tecnología. Si hace algunos años se les hubiera pedido a los administradores de servicios de enfermería que dieran consejos acerca de los problemas humanos de los servicios de enfermería, sus opiniones se hubieran limitado a lo que hoy en día se conoce como enfoque de los *elementos*. Sus reflexiones se hubieran dirigido a los elementos que constituyen el sistema, en este caso, las personas que están involucradas. Ellos habrían explorado respuestas tales como los esquemas de incentivos, capacitación en relaciones humanas, procedimientos de selección y tal vez, algunos estudios de tiempo y movimiento. Se hubieran limitado a tratar de cambiar los elementos, a fin de que se adaptaran al sistema tal y como fue diseñado, sin tener en cuenta cuán deficiente pudiera ser el diseño.

No obstante, en la actualidad los administradores de servicios de enfermería se preocupan por la *información* que debe *procesar* el sistema. Su interés fundamental son las funciones que el sistema debe llevar a cabo y cómo se pueden desempeñar mejor estas funciones. En especial, se preocupan por la forma como está diseñado el sistema para poder manejar las situaciones de exceso de información.

Una contribución importante de la escuela del comportamiento es la documentación relativa al efecto que tiene la estructura de la organización en las actitudes y el comportamiento de las personas. La especialización excesiva y el escaso espacio para el control, pueden dar por resultado bajos niveles en el espíritu de cooperación y, en última instancia, bajos niveles de servicio a las personas o baja productividad. Asimismo, el efecto de la tecnología, distribución y procesamiento de la información, puede determinar las características estructurales, así como las actitudes y sentimientos de la organización de atención de salud.

Cambio estructural. Por lo general, los cambios en la estructura de la organización

se derivan de los cambios en la estrategia. Lógicamente, la función de organización va después de la función de planificación porque la estructura constituye un medio para lograr las metas establecidas durante la planificación. En el contexto del cambio de la organización, el cambio estructural se refiere a las medidas administrativas que tratan de mejorar el desempeño de las actividades, alterando la estructura formal de las mismas y las relaciones de autoridad. Asimismo, es necesario reconocer que la estructura genera relaciones humanas y sociales que, en forma gradual, se pueden convertir en fines para los miembros de la institución. Cuando la administración define y legitima las relaciones, éstas introducen un elemento de estabilidad. Es probable que el personal se muestre renuente a aceptar una alteración en estas relaciones.

Los cambios estructurales afectan algunos aspectos relacionados con la definición de tareas y autoridad formales. El diseño de una organización incluye la definición y especificación del contenido y alcance del trabajo, la agrupación del trabajo en departamentos, la determinación del tamaño de los grupos que responden ante un solo supervisor o coordinador y las medidas necesarias para ayudar al personal. Dentro de este marco de referencia, se llevan a cabo los procesos de comunicación, toma de decisiones e interacción humana. Por lo tanto, es posible apreciar que los cambios producidos en la naturaleza de los puestos, las bases para la departamentalización y en las relaciones entre el personal de línea y el asesoría, constituyen el meollo del cambio estructural.

Los cambios en la naturaleza de los puestos incluyen todas las revisiones que se efectúen en los métodos para desempeñar las tareas asignadas. Los orígenes de dichos cambios surgen al poner en práctica nuevos métodos y al introducir los equipos nuevos. Dos ejemplos de los cambios de métodos podrían ser la simplificación del trabajo y la ampliación de los puestos. La simplificación del trabajo reduce el contenido y alcance del cargo, mientras que la amplia-

ción del puesto hace que sean mayores las las funciones asignadas. La administración científica introdujo algunos cambios importantes en la forma de realizar el trabajo, utilizando los estudios de tiempo y movimiento. La enfermería funcional es un ejemplo de la especialización por tarea; reduce el alcance y el contenido del trabajo. Por otra parte, la ampliación de los puestos se mueve en la dirección contraria, es decir, hacia la eliminación de la especialización. La enfermería en equipo es un ejemplo de la especialización por habilidades y contribuye a la ampliación de las funciones de un cargo o posición.

Cambio en el comportamiento. Este tipo de cambio se refiere a los esfuerzos por reorientar y mejorar las actitudes, habilidades y conocimientos de los empleados. El objetivo consiste en aumentar la capacidad del individuo para desempeñar una tarea asignada, en coordinación con otras personas. Los primeros intentos por producir cambios en el comportamiento se remontan a la administración científica y a sus métodos de mejoramiento del trabajo y capacitación de los empleados. El objetivo principal de dichos intentos consiste en mejorar las habilidades y aumentar los conocimientos de los empleados. Los programas de asesoría para los empleados que surgieron a raíz de los estudios Hawthorne estaban (y están) destinados fundamentalmente a mejorar las actitudes de los empleados.

Los programas educativos para administradores por lo general hacen hincapié en las relaciones de supervisión. Se trata de suministrar a los supervisores habilidades técnicas y de relaciones humanas básicas. Dado que el interés fundamental de los supervisores es dirigir el trabajo de otras personas, el contenido de estos programas tradicionales pone énfasis en las técnicas para manejar los problemas de los seres humanos; por ejemplo, cómo tratar a los empleados que siempre tienen dificultades o quienes presentan quejas frecuentes. En la actualidad, se han abandonado los programas tradicionales y se han creado nuevos programas que abarcan la comunicación, los estilos de dirección,

las relaciones de la organización y las relaciones de los puestos de aquellas personas que se encuentran en diferentes niveles de autoridad, pero que deben cooperar unas con otras para que se pueda llevar a cabo el trabajo. Dos enfoques de cambio en el comportamiento, que emplea la administración contemporánea, son el Test Descriptivo del Desarrollo de Aspectos Positivos, elaborada por Porter (1973), trata de hacer que la persona cobre mayor conciencia de sí misma y de sus relaciones con los demás, y *La Organización Humana* de Likert (1967), que relaciona el cambio en los seres humanos con el cambio estructural. Según Likert, se puede describir una organización en función de las siguientes ocho características operativas: dirección, motivación, comunicación, interacción toma de decisiones, establecimiento de metas, control y desempeño. La naturaleza de cada una de estas características se puede ubicar en una línea continua, utilizando un cuestionario que contestan los miembros de la organización (por lo general, los supervisores). Las medias aritméticas (promedios) de cada categoría de respuestas, se calculan y diagraman para obtener el perfil de la organización. El perfil de Likert plantea la necesidad de analizar los procesos de motivación, comunicación y toma de decisiones, ya que las desviaciones más importantes se producen en estas áreas. El análisis posterior de la información contenida en la encuesta de actitudes, confirmó sus observaciones de que en realidad existían problemas en las áreas de motivación, comunicación y toma de decisiones. El plano horizontal del perfil de la organización, describe cuatro puntos en las líneas continuas de cada una de las ocho características operativas que aparecen en el plano vertical. Likert resume estos resultados observando que los que él llama Sistema 4, es aquel en el que los administradores: (1) emplean el principio de las relaciones de apoyo; (2) utilizan los métodos de grupo en la toma de decisiones y en la supervisión, y (3) tienen altas metas de desempeño. La organización del Sistema 4, descrita anteriormente, no tiene paralelo

en la realidad. Likert supone que es un "tipo ideal", un ideal basado en la extrapolación hacia la cual se dirigen la mayor parte de las organizaciones que tienen éxito.

El entrenamiento en sensibilidad es otra técnica de cambio que funciona sobre la hipótesis de que las causas del desempeño deficiente de las tareas son los problemas emocionales de las personas que deben participar en el logro de la meta. Si se eliminan estos problemas, desaparecerá uno de los principales obstáculos para el desempeño de las actividades.

Las publicaciones tradicionales sobre la administración tienen mucho más que decir acerca de las relaciones que existen entre un superior y sus subordinados, que respecto a las que existen entre dos supervisores o dos jefes de departamento.

Cambio tecnológico. Esta categoría de cambio comprende todas las aplicaciones de nuevos métodos para transformar los recursos en productos o servicios. En el sentido normal de la palabra, tecnología significa nuevas máquinas, tales como tornos, prensas y computadoras; empero, el concepto debería ampliarse para incluir nuevas técnicas, con o sin máquinas nuevas. Desde este punto de vista, los métodos para mejorar el trabajo, introducidos por la administración científica, se pueden considerar adelantos tecnológicos.

Los cambios en la eficiencia de una organización que resultan de la introducción de una máquina nueva, se calculan en términos puramente económicos y de ingeniería. El hecho de si la máquina es una buena inversión es cuestión de calcular su rentabilidad futura en relación con su costo actual. Estos cálculos representan un elemento importante de la función administrativa de control. No obstante, en este caso nos interesa conocer el efecto de la nueva máquina en la estructura de la organización. Como han observado algunos expertos, la tecnología es un determinante fundamental de la estructura; concluyeron de manera tentativa que las organizaciones que tienen una tecnología sencilla y estable, se pueden adaptar con más facilidad a una estructura

que tienda hacia la organización burocrática, mientras que las organizaciones que poseen una tecnología dinámica y compleja, tienden hacia la estructura de sistemas, que es más abierta y flexible. Por lo tanto, parece que la adopción de nueva tecnología implica también la decisión de adaptar la estructura de la organización a dicha tecnología. Ya sea que exista o no una relación inexorable y determinista entre la tecnología y la estructura, lo cierto es que la introducción de innovaciones tecnológicas tiene, como lo ejemplifican las organizaciones de servicios de enfermería, efectos muy amplios en la organización.

Con el fin de clasificar los efectos del cambio tecnológico en la estructura y en el comportamiento, Floyd C. Mann (1962) analizó diversos casos reales y llegó a la conclusión de que la adopción de nuevas máquinas en la fábrica implica: grandes cambios en la división del trabajo y en el contenido de los puestos; cambios en las relaciones sociales de los trabajadores; mejores condiciones de trabajo; necesidad de habilidades diferentes de supervisión; cambios en los patrones de las carreras, procedimientos de promoción y seguridad del puesto; salarios generalmente más altos; mayor prestigio para aquellas personas que trabajan en la organización, y operaciones continuas. El grado y medida de estos cambios observados en la estructura y en el comportamiento, dependen de la magnitud del cambio tecnológico.

Evaluación: control del proceso y los resultados mediante el sistema de retroalimentación

Se llama fase de control al suministro de información de retroalimentación. En nuestro modelo, podemos observar que la información retroalimenta a la fase de poner en práctica; también retroalimenta a la fase de entrada de insumos, porque el cambio mismo establece una nueva situación que creará problemas. La fase de control debe resolver dos problemas: la adquisición de información que evalúe los objetivos deseados y la determinación de la tendencia

estimada de mejoramiento con el transcurso del tiempo. La adquisición de información que evalúe los objetivos que se pretende alcanzar es, relativamente, el problema más sencillo que hay que resolver, aunque por supuesto no lleva a soluciones ingenuas. Como hemos llegado a comprender, el estímulo para realizar el cambio puede radicar en la definición de criterios de desempeño, que la administración puede atribuir a causas naturales, tecnológicas o de comportamiento; los criterios pueden ser cualquier número de indicadores objetivos, incluyendo la disminución en la calidad de los servicios de enfermería y en el número de pacientes atendidos, el ausentismo y la rotación del personal, y el incremento en los costos correspondientes a la educación y capacitación en el servicio. La fuente principal de retroalimentación de esas variables es el sistema normal de información de la organización; empero, si el cambio incluye la esperanza de mejorar las actitudes y espíritu de cooperación de los empleados, las fuentes regulares información son limitadas y, en ocasiones, no tienen validez. Como demostró Likert (1967), es muy posible que un cambio produzca un incremento en el servicio a costa de disminuir la motivación y actitudes del personal. Por lo tanto, si el administrador confía en la suposición de que el servicio y el espíritu de cooperación del personal se relacionan directamente, puede considerar incorrectamente que el cambio ha tenido éxito cuando analiza los progresos en el servicio y los informes de costos.

Para evitar el riesgo de confiar demasiado en la información correspondiente al servicio, el administrador puede generar información especial que evalúe las actitudes espíritu de cooperación de los empleados. Se dispondría de un punto de partida para la evaluación si se hubiera utilizado una encuesta de actitudes durante la fase de diagnóstico. Cuando se trata de evaluar la información relativa al comportamiento, resulta difícil definir un mejoramiento aceptable porque la cuestión de "cuánto

más positiva" debería ser la actitud de los empleados es muy diferente de "cuánto más productivos" deberían ser los empleados. Sin embargo, si se desea realizar un análisis completo de los resultados, es preciso combinar las condiciones relativas al comportamiento con las correspondientes a los servicios.

El segundo problema de la fase de control es la determinación de la tendencia de mejoramiento con el transcurso del tiempo. La tendencia tiene tres dimensiones: la primera indicación de mejoramiento, la magnitud de éste y la duración del mismo. Una estrategia de cambio bien elaborada incluye el análisis del patrón que se espera alcanzar; posteriormente, se puede comparar el patrón real con el que se ha previsto lograr.

En forma ideal, el patrón consiste en su índice que mide las variables de desempeño y comportamiento. La Fig. 7-2 presenta un modelo que describe la información necesaria para obtener un índice semejante. La línea continua es el patrón estimado con el transcurso del tiempo; presenta un movimiento hacia el comportamiento aceptable, antes de que se produzca un movimiento hacia el desempeño aceptable. Por supuesto, el patrón estimado puede tomar cualquier configuración. La línea punteada representa el diagrama del cambio real a través del

tiempo; refleja no sólo lo que está sucediendo, sino también el efecto de las medidas correctivas tomadas por la administración para seguir adelante con el programa de cambio. Si el patrón esperado es válido, como se concibió en un principio, el objetivo del administrador será reducir al mínimo las fluctuaciones en torno a los resultados planificados.

En términos generales, la fase de control es una aplicación específica del control administrativo. Para que pueda ser eficaz, la administración tiene que tomar las medidas necesarias para evaluar el objetivo, suministrar la información para comparar los resultados reales con los resultados planificados y tomar las medidas necesarias para corregir todas las desviaciones.

El cambio se ha convertido en un factor fundamental del mundo moderno; por ende, resulta lógico y conveniente colocar a la administración de servicios de enfermería en un marco de referencia que ponga énfasis en el cambio. En este momento, la administración del cambio no implica respuestas aleatorias y no planificadas a un medio cambiante; por el contrario, hemos subrayado la necesidad de un análisis sistemático de todos los aspectos del programa de cambio propuesto.

Se cree que existe una necesidad urgente de planificar, organizar, dirigir y controlar

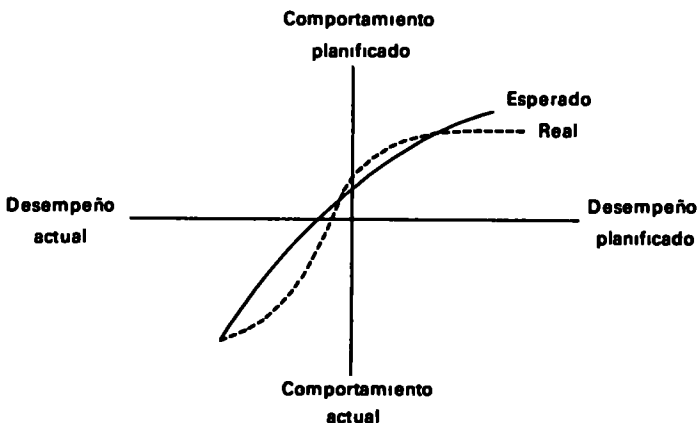


Fig. 7-2. Patrón real esperado de los resultados. (Modificado de O'Connell, J. J.: *Managing organizational innovation*, Homewood, Ill., 1968, Richard D. Irwin, Inc., p. 156.)

el proceso del cambio, como se confirma en las publicaciones que han hecho sobre el cambio diferentes organizaciones. Hicimos hincapié en que la manera de poner en práctica el cambio, afecta en gran medida los resultados finales. En realidad, quizá una técnica de cambio fracase a causa de las deficiencias en la forma de ponerlo en práctica. Asimismo, se hace énfasis en la necesidad de evaluar las técnicas y estrategias en el contexto de cada organización.

Se sabe que los administradores progresistas de nuestros días están profundamente interesados en el problema de crear estrategias administrativas que sean apropiadas a las cambiantes condiciones. Los administradores de enfermería trabajan constantemente en problemas relativos a la creación de una organización flexible, que pueda hacer frente a los cambiantes requisitos, una organización que pueda ser *proactiva* (que influya en el medio) y no reactiva. Los administradores están tratando de encontrar formas de establecer un ambiente de trabajo en el que las decisiones cada vez más complejas, puedan ser tomadas por las personas que poseen la información necesaria, sin importar el lugar que ocupen dentro de la organización. Los administradores están buscando formas de manejar las tecnologías más y más complejas de nuestros días, formas de motivar a las personas que desean tener un alto grado de libertad y autonomía, para que permanezcan y trabajen en sus organizaciones. La búsqueda de formas que aumenten la colaboración entre los miembros de la organización y, al mismo tiempo, aumenten la racionalidad de las decisiones, ocupa muchas horas del tiempo de los administradores y muchos capítulos de los libros de administración. Los cambios planificados, que son necesarios para satisfacer las condiciones antes mencionadas, aparecen bajo el nombre que se aplica a todo un sistema, es decir, desarrollo de la organización.

BIBLIOGRAFIA

Benne, K Democratic ethics and human engineering
In Bennis, W., Benne, K., and Chin, R., editors. The

- planning of change, New York, 1961, Holt, Rinehart & Winston, Inc
- Bennett, T R., II The leader looks at change In Schmidt, W H., and Ayers, R., editors Looking into nursing leadership series, Washington, D C., 1966, Leadership Resources, Inc
- Bennis, W., Benne, K., and Chin, R The planning of change, New York, 1961, Holt, Rinehart & Winston, Inc
- Blau, P M., and Scott, R Formal organizations, San Francisco, 1962, Chandler Pub Co
- Commager, H The American mind, New Haven, 1960, Yale University Press
- Donnelly, J H., JR., Gibson, J L., and Ivancevich, J M Fundamentals of management, Dallas, Tex., 1971, Business Publications, Inc
- Filley, A C., and House, R J Managerial process and organizational behavior, Glenview, Ill., 1969, Scott, Foresman and Co
- Greiner, I E Patterns of organization change, Harvard Business Review 45: 119-130, May-June 1967.
- Lewin, K Frontiers in group dynamics concept, method, and reality in social science social equilibria and social change, Hum Relations 1: 1, June 1947
- Lewin, K Quasi-social equilibria and the problem of permanent change In Bennis, W., Benne, K., and Chin, R., editors The planning of change, New York, 1962, Holt, Rinehart & Winston, Inc
- Likert, R The human organization, New York, 1967, McGraw-Hill Book Co
- Mann, F C Studing and creating change In Bennis, W., Benne, K., and Chin, R., editors The planning of change, New York, 1962, Holt, Rinehart & Winston, Inc
- O'Connell, J J Managing organizational innovation, Homewood, Ill., 1968, Richard D Irwin, Inc, pp 10
- Porter, E H Strength, development, inventory, Pacific Palisades, Calif., 1973, Personal Strength Assessment Service
- Strauss, G., and Sayles, L Personnel the human problems of management, Engle wood Cliffs, N J., 1960, Prentice-Hall, Inc, p 61
- Strauss, G., and Sayles, L The human problems of adjustment, Englewood Cliffs, N J., 1970, Prentice-Hall, Inc.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- Beckhard, R. Organization development strategies and models, Reading, Mass., 1969, Addison-Wesley Pub Co
- Chin, R The utility of system models and development models for practitioners In Bennis, W., Benne, K., and Chin, R., editors The planning of change, New York, 1961, Holt, Rinehart & Winston, Inc
- Georgopoulos, B S., and Mann, F C The community general hospital, Ann Arbor, 1962, Survey Research Center and Department of Psychology, The University of Michigan.
- Guest, R. H Organization change the effect of success-

ful leadership, Homewood, Ill., 1962, Dorsey Press
Mann, F. C.: Psychological and organizational impacts.
In Dunlop, J. T., editor. Automation and technological
change, Englewood Cliffs, N. J., 1962, Prentice-
Hall, Inc., pp. 50-55

Reinkemeyer, A. M. Nursing need: commitment to an
ideology of change. *Nurs. Forum* 9 (4): 341-355,
1970.

Seashore, S. E., and Bowers, D. G.: Changing the
structure and functioning of an organization, Survey
Research Center, Ann Arbor, Mich., Monograph

No. 33, 1963, The University of Michigan.

Tannenbaum, R.: The introduction of change in indus-
trial organizations, reprint from General manage-
ment series No. 186, New York, 1957, American Ma-
nagement Association, Inc.

Tannenbaum, R.: When it's time for a change, reprint
from General management series, New York, 1957,
American Management Association, Inc.

Walker, D. J.: Our changing world—its challenge to
nursing, *Nurs. Forum* 9 (4): 328-339, 1970

8

Problemas de relaciones entre el individuo y el grupo

La institución de atención de salud es un sistema social complejo, cuyos insumos fundamentales (pacientes y personal) son seres humanos y cuyos productos más importantes (atención de los pacientes y salud) son servicios personales e información a las personas. La mayor parte de su trabajo se realiza con medios humanos; sus principales objetivos, suministrar ayuda individualizada y atención profesional a las personas que lo necesitan o solicitan, realizar investigaciones y brindar capacitación que redunde en beneficio de dicha ayuda y suministrar servicios de alta calidad a la comunidad, son objetivos sociales.

La organización de atención de la salud es un sistema que resuelve problemas y cuyos elementos más importantes son seres humanos con un propósito, capaces de actuar, interactuar y comunicarse a voluntad, pensar y sentir tanto consciente como inconscientemente, razonar y resolver problemas, y tomar decisiones que pueden ser correctas o incorrectas, racionales o irracionales, egoístas o altruistas, y tener o no tener importancia para la organización.

Asimismo, la organización es un sistema "vivo", constituido por los actos e interacciones "orquestradas" de un grupo numeroso de profesionales y no profesionales, que desempeñan funciones relacionadas y realizan una gran variedad de tareas especializadas e interdependientes. El desempeño convergente y combinado de su trabajo, le

permite a la organización manejar problemas específicos y tratar de alcanzar objetivos determinados dentro de su ambiente particular (Georgopoulos, 1972).

Tanto la organización de atención de la salud como sus miembros, son sistemas que resuelven problemas. Los principales problemas de organización a los que tiene que hacer frente el hospital se manifiestan no sólo en el nivel colectivo, sino también en el nivel individual y en el nivel de las relaciones entre el individuo y el grupo. El comportamiento de cada uno de los miembros que desempeñan funciones particulares, afecta la resolución de problemas en el nivel colectivo; de la misma manera, todos los problemas colectivos importantes que se analizan en la organización, se reflejan en el comportamiento de cada uno de los miembros de la organización, así como en las relaciones del personal con la organización. Este capítulo se ocupa primordialmente de las relaciones que existen entre la organización y su personal.

El marco conceptual que se emplea en estas relaciones, acepta la complejidad de los individuos y los factores que afectan su motivación para contribuir al logro de las metas de la organización. Este esquema conceptual se basa en los resultados de algunas investigaciones que indican que se puede considerar convenientemente a un individuo como un sistema de necesidades biológicas, con motivaciones, valores y

percepciones psicológicas (Lawrence y Lorsch, 1969; Schein, 1965; Seiler, 1967). Asimismo, las especificaciones y expectativas del trabajo, la capacidad o incapacidad para relacionarse con otras personas, las experiencias pasadas, las motivaciones y las características de la personalidad, determinan parcialmente el comportamiento de los individuos. Tanto el ambiente de trabajo como la vida fuera del mismo influyen en su conducta. Si bien es cierto que el comportamiento de un individuo se adapta en gran medida a las expectativas y normas culturales de la sociedad, también es cierto que las personas no dejan de ser sumamente individualistas en lo que se refieren a las creencias personales, intereses, expectativas y metas.

Por lo tanto, el objetivo fundamental del desarrollo de la organización en cuanto a esta relación, consiste en combinar adecuadamente las necesidades individuales y el comportamiento que debe tener la persona para llevar a cabo las metas de la organización.

Diversos estudios clasifican de manera diferente los problemas de la organización y de los individuos, pero todos tienen varios puntos en común. Por ejemplo, según Georgopoulos (1972), los problemas que surgen a nivel individual, intradepartamental e interdepartamental, se pueden clasificar en siete categorías: adaptación, distribución, coordinación, integración, tensión y presión de las funciones, producto y mantenimiento. Bennis (1969) los clasifica en seis categorías: integración, influencia social, colaboración, adaptación identidad y revivificación. Lawrence y Lorsch (1969) los clasifican en tres categorías: organización-ambiente, grupo-agrupado e individuo-organización. Watson (1958), los divide según áreas de establecimiento de objetivos, estrategia de la planificación, organización y control. La encuesta que se efectuó entre 35 directores y supervisores de enfermería que asistieron al Taller de Administración de Servicios de Enfermería de la Comisión Interestatal del Oeste de Estados Unidos de Educación Superior de Enfermería (Western Interstate Co-

mmission of Higher Education in Nursing, WICHEN) (octubre de 1972), clasificaron los problemas en las cinco categorías siguientes: atención de los pacientes, dotación de personal, conflicto de funciones, comunicación y resistencia al cambio.

Tras analizar cada categoría de clasificación de problemas en relación con las formas más eficaces de presentar, diagnosticar y planificar la manera de actuar, se decidió integrar los cinco puntos de vista. Como la clasificación de Georgopoulos comprende a todas las demás, salvo la de Watson, y como nuestro marco teórico administrativo es muy semejante al de Watson, se presentarán los problemas utilizando las siete categorías de Georgopoulos en el marco teórico; por ejemplo, quizá el problema de falta de adaptación en el nivel del individuo o de la organización, se deba en realidad a problemas de planificación inadecuada para lograr una adaptación satisfactoria, o a falta de organización, dirección y control para lograr una adaptación satisfactoria. El empleo de este esquema tiene la ventaja de que se puede utilizar el marco conceptual administrativo como un instrumento para identificar los problemas; por otra parte, también guía al especialista a planificar un curso de acción.

Los siete problemas clasificados dentro de nuestro marco teórico, abarcan todo el ciclo: entrada de insumos, transformación y productos del sistema, tanto a nivel colectivo como individual. Algunos problemas se analizan fundamentalmente desde el punto de vista de los insumos; algunos, del de los productos, y otros, desde puntos intermedios. Los problemas se manifiestan como dificultades concretas, es decir, en relación con el comportamiento y actividades de determinados miembros de la organización y en función de las relaciones que existan entre la organización y los miembros de la misma. Es importante analizar los problemas a nivel individual para poder comprender la manera como se comportan los miembros del sistema. La eficiencia del sistema sólo se puede evaluar satisfactoriamente si se tiene en cuenta el desempeño de la orga-

nización y de sus miembros en la resolución de los problemas.

Una advertencia respecto a la solución de estos problemas a nivel individual es: los problemas son complejos y persistentes y no tienen soluciones definitivas. La resolución de estos problemas exige que la organización realice un gran esfuerzo, ya que la urgencia de los problemas cambia y no se aceptan de la misma manera en todas las instituciones de atención de salud. No obstante, se trata de problemas a los que la organización tiene que hacer frente de manera permanente y que es preciso manejar tanto en el nivel de los individuos como en el nivel colectivo. Por otra parte, los problemas complejos tienen tantas facetas y están muy relacionados entre sí, que es difícil solucionarlos, aunque se analicen uno por uno y en orden (Georgopoulos, 1972).

EL PROCESO DE RESOLUCION DE PROBLEMAS

En el nivel individual, los problemas surgen cuando hay una necesidad insatisfecha, cuando desde un principio no se satisfacen ni realizan los objetivos individuales o cuando existen deficiencias que no permiten cumplir la norma establecida.

A menudo, el proceso de resolución de problemas es sinónimo del proceso científico. Este estudio se ocupa del proceso de resolución de problemas y utiliza nuestra teoría administrativa como una guía para efectuar el diagnóstico, identificar los factores que originaron el problema, planificar y poner en práctica un curso de acción.

Recopilación de la información

El primer paso del proceso consiste en recopilar la información pertinente, que se clasifica en los *insumos* (ver la Fig. 2-1). Esta información puede estar constituida por: (1) signos y síntomas de un problema determinado, que suelen tomar la forma de quejas de los pacientes, del personal de enfermería, de la comunidad y otras fuentes; (2) información de retroalimentación, que se obtiene a partir de la evaluación anterior,

e (3) información complementaria, que se recopila a través de entrevistas y demás mediciones de las pruebas.

Percepción

El segundo paso consiste en separar la información importante de la que no lo es, a lo que se le da el nombre de percepción. El investigador tiene que clasificar y analizar la información importante de acuerdo con el marco conceptual, y tratar de obtener un panorama general del problema. (El investigador puede ser el administrador de servicios de enfermería, la enfermera clínica especializada o un asesor ajeno a la organización. Cualquiera de ellos u otras personas calificadas que estén a cargo de la investigación del problema, pueden ser designadas como el investigador). Un marco conceptual debe ofrecer la posibilidad obtener una perspectiva de las áreas que preocupan (entrada-insumos) como síntomas y no como problemas que es preciso atacar de frente. Por ejemplo, el médico no trata la fiebre alta y el recuento excesivo de glóbulos blancos como padecimientos diferentes, sino que intenta encontrar la causa de ambos y efectuar un diagnóstico correcto.

El marco conceptual proporciona un método sistemático y significativo para analizar los problemas subyacentes que producen los diferentes síntomas de malestar; por ejemplo, tal vez algunos problemas afecten a diversas áreas. Asimismo, el investigador puede analizar y examinar la información desde el punto de vista del proceso administrativo compuesto; por ejemplo, ¿los síntomas muestran falla por parte del individuo o por parte del superior al establecer los objetivos, planificar, organizar, dirigir o controlar? Con el fin de que un individuo se adapte a una situación de trabajo determinada, distribuya adecuadamente los recursos, coordine las funciones, desempeñe las tareas incluidas en la descripción del puesto o cree un medio en el cual la presión ocasionada por las funciones sea mínima, dicho individuo tiene que planificar, organizar, dirigir y controlar cada

una de estas funciones. Si el investigador examina y analiza la información desde el punto de vista de este proceso, podrá identificar las causas de los problemas y realizar un diagnóstico, es decir, podrá formular una hipótesis, que constituye el tercer paso del proceso de resolución de problemas.

Diagnóstico utilizando el marco de referencia del proceso administrativo compuesto (PAC)

Con objeto de identificar la causa de los problemas y realizar un diagnóstico correcto, es necesario crear instrumentos válidos, confiables y razonables para medir el grado de severidad o agudeza del problema de comportamiento; los mismo instrumentos deben medir el éxito o fracaso de las medidas correctivas propuestas.

Se puede utilizar un marco conceptual como instrumento de diagnóstico para identificar las causas de los problemas y efectuar el diagnóstico (Watson, 1958). En esta obra, utilizamos los procesos administrativos compuestos (*Ac* y *Af*) como instrumentos de diagnóstico, a fin de encontrar las causas de los problemas.

FORMULACION DE OBJETIVOS (*Ac*)

Al buscar las causas de los problemas relativos al establecimiento de los objetivos, es necesario determinar los siguientes elementos:

1. ¿Los objetivos fundamentales del trabajo o servicios que desempeña el individuo, y que establece el superior o el individuo mismo, están enunciados en función de la naturaleza exacta del comportamiento que se supone debe tener el individuo?
2. ¿Son los objetivos tan claros que guían al individuo y al superior?
3. ¿Tienen en cuenta los objetivos las exigencias del usuario, es decir, de las enfermeras y sus familias, de los pacientes y la comunidad?
4. ¿Se establecieron los objetivos con suficiente flexibilidad para permitir que se adapten con facilidad al cambio?
5. ¿Permiten los objetivos adoptar nuevas tendencias? La mayor parte de las profesiones,

incluyendo las relacionadas con las instituciones de atención de salud, están sufriendo cambios rápidos. Los avances científicos y tecnológicos imponen exigencias en los individuos y en el tipo de servicios prestados

6. ¿Son los objetivos congruentes con los recursos de que dispone el individuo para alcanzarlos?
7. ¿Se revisan y examinan periódicamente los objetivos en relación con las necesidades de los usuarios, las tendencias actuales y el progreso y superación del propio individuo?

Al tratar de encontrar las causas del fracaso y al hacer el diagnóstico de un problema de comportamiento, tal vez el investigador encuentre que muchos de los síntomas descubiertos se deben a una falla en el área de los objetivos, tal como la incertidumbre respecto a la posición de las enfermeras o en cuanto a las expectativas y exigencias del trabajo. Es probable que el investigador tenga que realizar un gran número de entrevistas y estudios para rastrear la falla hasta los objetivos. Quizá no sea visible de inmediato, en especial porque algunos supervisores sólo aparentan estar de acuerdo con la importancia de establecer objetivos. No obstante, si una investigación detallada saca a relucir una falla en este aspecto, el investigador podrá asegurar tanto al director como a la enfermera que si se toman las medidas adecuadas para resolver el problema, se obtendrán excelentes resultados, no sólo en un área, sino en muchas.

En caso de que el investigador no pueda hacer un seguimiento de los problemas de comportamiento del individuo hasta los objetivos, incluso cuando haya utilizado el método de diagnóstico, quizá no encuentre ningún problema porque los objetivos estén claramente definidos en términos flexibles; también es probable que el investigador no haya reunido información suficiente para responder a todas las preguntas. No importa cuál sea el caso; el investigador puede proseguir al siguiente paso, a la estrategia de la planificación, o formular una nueva hipótesis respecto al establecimiento de los objetivos.

LA ESTRATEGIA DE LA PLANIFICACION COMO INSTRUMENTO DE DIAGNOSTICO (Ac)

Todo individuo que pertenece a una organización necesita contar con un plan para lograr sus objetivos personales; el individuo necesita un plan basado en su capacidad y potencial personales, así como en las características de la organización, los recursos disponibles y las condiciones del medio de trabajo, un plan que constituya un beneficio considerable para el individuo y para la organización. La estrategia de la planificación se relaciona estrechamente con la posición específica del individuo o con las expectativas del puesto.

Una estrategia adecuada reconoce las actividades más importantes para alcanzar el éxito en un momento determinado. Tal vez una enfermera supervisora tenga que cambiar de una situación a otra, dependiendo de su progreso dentro de la organización y de las necesidades de la organización misma; por ejemplo, tal vez en ciertos momentos el supervisor dedique todos sus esfuerzos a perfeccionar el conocimiento que tiene del equipo que está bajo sus órdenes. En otros, puede dedicarse a estudiar para mantenerse al corriente de los avances tecnológicos. Quizá en otras ocasiones haga hincapié en mejorar la atención que los miembros de su equipo brindan a los pacientes. Asimismo, puede destinar parte de su tiempo a enseñar a sus colaboradores, por ejemplo, como deben atender a los pacientes con colostomía. Por otra parte, el supervisor tiene que establecer prioridades durante las emergencias y concentrarse en resolver la crisis antes de atender su trabajo rutinario. A menos que el individuo sea capaz de valorar las áreas que necesitan atención especial en un momento determinado, quizá encuentre que el descuido de un aspecto importante mostrará falta de habilidad para desempeñar sus funciones y producirá insatisfacción en su trabajo.

Otros aspectos de la planificación son la programación y coordinación de las actividades; por ejemplo, ¿qué espera el individuo

producir (o realizar) durante un periodo determinado de tiempo? ¿Qué puede aprender durante las próximas dos semanas o meses? El establecimiento de fechas límite permite a la persona planificar sus actividades y hace que la consecución de metas específicas en esa fecha sea bastante probable. Sin importar el tipo de planificación que se lleve a cabo, el individuo tiene que estar consciente de la importancia de la programación inicial y subsecuente de una actividad o programa que se debe llevar a cabo.

En consecuencia, para rastrear los problemas hasta la etapa de la planificación, el investigador o individuo debe plantear las siguientes preguntas como instrumento de diagnóstico:

1. ¿Los signos y síntomas se derivan de una falla en la elaboración de estrategias o de algún otro aspecto de la planificación?
2. ¿Satisfacen los planes algún aspecto de los objetivos de los individuos o de la organización?
3. ¿Las fechas límite se fijan en términos realistas?
4. ¿Son congruentes y realistas la programación, secuencia y coordinación de las actividades? Es decir, ¿se han fijado prioridades de manera apropiada?
5. ¿Son adecuados los comportamientos iniciales de las enfermeras, de tal manera que puedan emprender nuevas tareas?

En consecuencia, la planificación suele constituir un valioso instrumento de diagnóstico, que ayuda al individuo y al investigador a efectuar el análisis de los problemas de comportamiento del individuo, así como de los problemas que se producen en la unidad.

Si el investigador es incapaz de hacer un seguimiento de la situación para encontrar las causas de los problemas para llegar a la etapa de planificación por la misma razón que no pudo encontrarlas en el área de los objetivos, aun cuando haya utilizado el método del diagnóstico, debe proseguir a la siguiente etapa del proceso administrativo y formular una nueva hipótesis a partir de la nueva información obtenida.

LA ORGANIZACION COMO AUXILIAR DEL DIAGNOSTICO (Ac)

El análisis exacto de un problema en el nivel de la organización es muy complicado, aunque se trata de un área donde con frecuencia se hacen juicios inmediatos (Watson, 1958) Tal vez la cualidad más importante que necesita el investigador sea una forma sistemática de hablar acerca de toda la situación de trabajo, la organización y cómo afecta el comportamiento del individuo. Por tanto, es preciso examinar el sistema de organización en función de los elementos interdependientes que lo constituyen, tales como estructura de los puestos, líneas de autoridad, comunicación, grupos sociales y los individuos. A medida que el investigador examina cada variable o dimensión, debe tener en cuenta no sólo "todos los factores que influyen en la situación, sino además, la relación que existe entre estos factores" (Metcalf y Urwick, 1941, p. 181).

Estructura del puesto. Al analizar la estructura del puesto con objeto de detectar algún problema, el investigador tiene que examinar diversos puntos de vista: el de una enfermera de sala para determinar la viabilidad de los métodos y procedimientos y el de la enfermera clínica especialista, a fin de analizar las tareas desde el punto de vista de la simplificación de funciones, para estudiar el tipo de atención que requiere cada categoría de pacientes y determinar la preparación y experiencia de las personas que deben realizar las tareas en ese nivel. La enfermera de sala y la enfermera clínica especializada pueden atestiguar en qué medida la estructura del puesto y en la posición que ellas mismas ocupan aprovechan su especialización y preparación educativa. ¿Tienen las enfermeras oportunidad de practicar lo que aprendieron? ¿Se las prepara mediante programas educativos en el servicio para que realicen nuevas tareas para las cuales no habían sido capacitadas? Si se subestima la capacidad y potencial de una persona, ésta se aburrirá y experimentará frustración e insatisfacción. De la misma manera, se puede generar frustración si se

obliga a las enfermeras a desempeñar tareas para las cuales no se las ha preparado convenientemente, pues aumentan las probabilidades de cometer errores en el desempeño de la tarea, produce una atención de los pacientes deficiente y poco segura y da por resultado la pérdida de la auto-estima.

Asimismo, el investigador necesita estudiar el nivel de la toma de decisiones para determinar si la modificación de la centralización o descentralización de algunos aspectos específicos mejorará la estructura de los puestos. Es probable que la fricción entre diversas personas sea la raíz de algún problema. Al realizar el análisis puede resultar que algunos problemas que se habían diagnosticado, por ejemplo, como falta de comunicación o autoridad, se deban en realidad a fallas en la especificación de los puestos.

Sistema de autoridad. La asignación de un puesto a una persona determinada, implica la asignación de la autoridad correspondiente para desempeñar las responsabilidades que entraña dicho puesto. Una gran cantidad de problemas surgen porque no hay ninguna certeza acerca de la autoridad y responsabilidad que exige el puesto. A menudo, se superponen las áreas de autoridad y responsabilidad de puestos colaterales; por ejemplo, entre el puesto de enfermera de sala y el de enfermera líder de equipo y entre el cargo de enfermera jefe y el de supervisora, lo cual causa fricción respecto a las responsabilidades y deberes del puesto. No obstante, también surgen muchos problemas que se resuelven mejor a través de la cooperación y la conciliación que definiendo la autoridad con mayor precisión (Watson, 1958).

Cuando se trata de encontrar las causas de un problema relacionado con el nivel de autoridad, el investigador tiene que saber distinguir si los síntomas de disturbio provienen de las relaciones inadecuadas y poco cooperativas que existen entre el superior y el subordinado, o si se derivan de la relación de trabajo entre personas que funcionan con diferentes canales de autoridad, pero que, no obstante, deben trabajar juntas en

la misma área. El estudio realizado por Myers y Turnbull (1956) sobre las relaciones entre el personal directivo y de asesoría, muestra que el poder no se puede distribuir de acuerdo con la sencilla fórmula tradicional que afirma que el personal de asesoría siempre "aconseja" o "convence" al personal directivo. Hay enfermeras de sala que saben más que los supervisores acerca de los problemas específicos de los pacientes, del funcionamiento de complejas máquinas, de la lectura de electrocardiogramas, etc. Es frecuente que la persona que ocupa un puesto de asesoría termine por contar con el poder real para tomar ciertas decisiones, sin importar lo que diga el organigrama de la organización. Por ende, la persona que ocupa un puesto directivo (supervisor) y la que ocupa un puesto de asesoría (enfermera) tienen que hacer frente al conflicto que surgen entre el poder delegado y el poder ganado. Tal vez las decisiones de la enfermera de sala pasen por encima de las del supervisor a causa de la experiencia de la primera en el área clínica y del apoyo que recibe de sus colegas. Por otra parte, dependiendo de la actitud de las demás personas hacia el supervisor y de la fuerza del espíritu de grupo al que pertenece la enfermera, ésta puede tener tanto el poder como el jefe de una pequeña organización informal. El riesgo del que es preciso estar consciente es que disminuirán considerablemente las funciones y el poder del supervisor.

Sistema de comunicación. La asignación de puestos y la asignación de la autoridad determinan los canales formales de comunicación. Los canales informales crean la red formal a través de la cual las personas interactúan; la idoneidad de dichos canales depende fundamentalmente del comportamiento del individuo y de la capacidad que tenga para comunicarse (Watson, 1958).

Como no es fácil lograr la claridad de las comunicaciones, quizá el investigador encuentre que precisamente ahí radica la causa de algunos problemas. Otra causa de problemas puede ser la deficiencia en la red formal de comunicaciones de la organiza-

ción. Las organizaciones informales están llenas de medios secretos de comunicación porque no se han tenido en cuenta las necesidades de los individuos, especialmente, la necesidad de contar con información exacta; la necesidad de pertenecer a un grupo, de identidad y de asociación; la necesidad de poder, y las necesidades básicas de seguridad y recompensas. Tal vez algunos de estos problemas de necesidades insatisfechas se deriven de la incapacidad del sistema formal de comunicación de la organización en cuanto a suministrar información adecuada y exacta en el momento oportuno, o de un exceso de información comunicada indiscriminadamente y en el momento equivocado.

Después de que el investigador identifica la comunicación deficiente como la causa del problema, la solución exige atención inmediata por parte de los directivos. La solución no es sencilla; quizá la capacitación en las habilidades de comunicación resulte útil después de algún tiempo, pero es muy probable que los beneficios inmediatos se limiten a mejorar la comunicación en el nivel de la información y a crear cierto interés por las necesidades, exigencias y peticiones insatisfechas de los individuos; también es posible que las personas que ocupan puestos administrativos altos y medios, reconozcan sus responsabilidades como una función diferente: crear un medio mejor de comunicación (Watson, 1958).

Sistema social. Las relaciones formales que existen en una institución de atención de salud, constituyen una estructura alrededor de la cual se llevan a cabo las actividades informales. El personal de la organización pertenece también a diversos grupos relacionados, más pequeños (organizaciones informales), que están unidos por intereses comunes; quizá un cambio altere las relaciones sociales de un grupo y tenga repercusiones en toda la organización formal.

En los grupos sociales más pequeños, se comparten las experiencias comunes, actitudes y creencias y, por lo tanto, se satisface una necesidad; esos grupos respaldan al individuo y le proporcionan un sentimiento

de seguridad y pertenencia; las normas del grupo son muy eficaces para controlar el comportamiento del individuo. Dichos grupos sociales pueden ayudar a alcanzar las metas de la organización y de los individuos si sus miembros se identifican firmemente con su trabajo y, por ello, con la meta de la organización que se les asignó. Los problemas surgen diversas causas: (1) cuando las metas de la organización son incongruentes con las metas de los individuos o cuando la consecución de unas va en detrimento de las otras, (2) cuando se imponen cambios a los miembros de un grupo social sin planificar por adelantado cómo efectuar el cambio sin perturbar el sentimiento de seguridad de los individuos y (3) cuando la persona que introduce las modificaciones (terapeuta o supervisor) ignora las normas del grupo y pretende modificar el comportamiento "inconveniente" de un individuo.

Si el investigador, después de aplicar el método de diagnóstico para explorar un problema en el nivel de organización y después de haber considerado las variables de la estructura de los puestos, sistema de autoridad, sistema de comunicación y grupos sociales en el diagnóstico, no es capaz de descubrir la causa del problema, tendrá que analizar los procesos de dirección y control.

LOS PROCESOS DE DIRECCION Y CONTROL COMO AUXILIARES DEL DIAGNOSTICO (A)

Cuando se cuenta con un conjunto de objetivos claramente definidos y con un método para determinar cómo y quién debe cumplirlos, el jefe del equipo o el administrador de enfermería pasará a ponerlos en práctica y establecer un método de control y seguimiento, en otras palabras, los dirige.

El control es la función que se encarga de verificar el desempeño y evaluar los resultados, comparándolos con alguna norma. La norma se puede definir, dependiendo de lo que se desee controlar, en función de fechas límite para la realización de determinadas tareas, o en función de parámetros de eficiencia, tales como el número de planes de

atención de los pacientes que se hayan preparado y revisado cada día, la frecuencia y calidad de las reuniones del equipo, la reducción de las llamadas por parte de los pacientes y la conclusión de tareas al finalizar cada turno de trabajo de ocho horas.

El proceso de control debe incluir un "sistema de alarma" dentro de la situación de trabajo, mediante el cual se detecten las ineficiencias o retrasos oportunamente para poder efectuar modificaciones; como no es posible que las enfermeras o administradores anticipen todos los acontecimientos, deben estar preparados para modificar rápidamente los planes. La creación de sistemas de alarma, tales como fechas límite a corto plazo, hojas de control de órdenes (hojas maestras con todas las actividades diarias para cada uno de los pacientes) que permitan verificar las actividades de atención de los pacientes o las evaluaciones formativas frecuentes en relación con el desempeño, permiten detectar posibles errores y retrasos en los procedimientos de atención a los pacientes, de tal manera que se pueden modificar los planes sobre la marcha y corregir los errores sin perder tiempo, ni esfuerzo. La precisión y eficacia del proceso de control dependen de la sensibilidad del sistema de alarma.

El proceso de control no será eficaz si alguna persona, en cualquier nivel, no está segura de la objetividad o no ha planificado mirando hacia el futuro. El control representa la difícil tarea de encontrar y organizar nuevamente la información importante; si se depende de un sólo mecanismo, tal como los informes formales del personal del nivel operativo, no se obtendrán todas las respuestas (McLean, 1957; Watson, 1958).

Si se realiza con eficiencia la tarea de seleccionar los objetivos, planificar, organizar, dirigir y controlar, el resultado será un esfuerzo coordinado. Con el objeto de lograr la coordinación necesaria, las personas que trabajan en todos los niveles deben saber qué están tratando de lograr, cómo hacerlo, quién hace qué, cuándo hay que hacerlo y también, deben ser capaces de detectar con rapidez la necesidad de modifi-

car los planes y las actividades. En consecuencia, la coordinación es un conjunto de funciones relacionadas que depende de la administración hábil a fin de lograr la eficiencia (Watson, 1958).

Si el investigador analiza e interpreta la información con detenimiento, obtendrá un panorama más claro de las causas de los problemas que existen a nivel de los individuos; cuando el análisis demuestre que los síntomas se derivan en gran parte de fallas en algunos procesos administrativos compuestos, el investigador podrá reunir pruebas que demuestren cómo estas fallas han afectado negativamente el comportamiento de los individuos y su desempeño en el trabajo, y han producido reacciones en toda la organización.

Intervención

Una vez que ha determinado la causa del problema, el investigador tiene que planificar la intervención este es el cuarto paso del proceso de resolución de problemas.

También en este caso, el investigador encontrará que el proceso administrativo compuesto puede ayudarlo a formular un curso de acción; por ejemplo:

1. ¿Qué objetivo deben tratar de alcanzar los individuos, teniendo en cuenta sus conocimientos y habilidades, así como los requisitos del puesto?
2. ¿Qué estrategia en cuanto al "qué", "cuánto" y "cuándo" de las tareas que implica su situación de trabajo deben seguir los individuos para asegurar la superación personal?
3. ¿Cuánta y qué tipo de capacitación y educación necesitan los individuos para adaptarse a los cambios producidos en la situación de trabajo?
4. ¿Qué medidas de control deben aplicar los individuos para dar cabida a circunstancias imprevistas y cambiantes, y para asegurar que los objetivos de la organización y de los individuos se cumplan en las fechas señaladas?
5. ¿Evalúan periódicamente los individuos todas estas funciones, en especial cuando la información de retroalimentación, que se obtiene a partir de la autoevaluación y de los procesos de control, presenta discrepancias y deficiencias en la consecución de los objetivos personales y de la organización?

La resolución eficaz de problemas depende de la capacidad del investigador o director de establecer relaciones ordenadas entre los factores que rodean al individuo dentro de la organización. El investigador tiene la obligación de analizar tanto los objetivos de los individuos como los de la organización, planificar para alcanzar el objetivo, organizar, dirigir y controlar la situación a fin de lograr la meta final; al hacerlo, siempre debe tener en cuenta que todos estos factores son interdependientes. Con el objeto de alcanzar el éxito, es preciso utilizar adecuadamente el proceso administrativo compuesto en la elaboración de un diagnóstico y de un plan de acción.

Evaluación

El último paso del proceso de resolución de problemas es la evaluación de la intervención. En caso necesario, el investigador puede proponer otros cambios. En consecuencia, si el diagnóstico fue correcto y las medidas planificadas, adecuadas, se debe obtener una reducción significativa en la gravedad del problema. Si el problema persiste, entonces, de acuerdo con los resultados (retroalimentación) de la evaluación, se formulan nuevas hipótesis y se comienza una vez más todo el ciclo del proceso de resolución de problemas.

MANIFESTACION DE LOS PROBLEMAS A NIVEL DE LOS INDIVIDUOS

El razonamiento que se sigue para analizar cada una de las áreas problema es semejante al que se utiliza en la medicina, en la que los estudiantes estudian cada enfermedad en función de los signos y síntomas, causas, manifestaciones, medios de diagnóstico, tratamiento y pronóstico, a fin de tener un modelo cuando se encuentran frente al problema de un paciente. En el nivel de los individuos, la mayor parte de los problemas son de comportamiento, no se pueden observar directamente sino que se infieren a partir de otras formas de comportamiento observables o medibles.

Adaptación

La adaptación se refiere a la capacidad que tiene la persona de afrontar, en forma adecuada, los cambios ocasionados por el ambiente, de responder rápidamente a las innovaciones y de obtener recursos

La capacidad de cambiar es un elemento esencial de la adaptación satisfactoria. El cambio es constante y universal, y los individuos tienen que hacer frente constantemente a la ley inmutable de que se producirán cambios en su medio, entre ellos y su ambiente en sus relaciones con los demás y dentro de ellos mismos (Murphy, 1971).

El estudio de la teoría de la adaptación en relación con la sociedad contemporánea y el ambiente requiere el análisis de las necesidades de los individuos, de los recursos que existen dentro del individuo o que están a su disposición en relación con el medio y de las necesidades y recursos del medio mismo (Murphy, 1971).

Las personas son seres biopsicosociales que interactúan constantemente con su medio. Los individuos utilizan varios mecanismos (biológicos, sociológicos o psicológicos) para adaptarse a estos cambios constantes. Si el individuo llega a un estado de adaptación, podrá responder a otros estímulos; los efectos combinados de los siguientes estímulos determinan el grado de adaptación: (1) focal o central es el problema inmediato a que tiene que hacer frente el individuo, (2) contextual o del entorno, incluye otros estímulos presentes y (3) el residual, que abarca las creencias, actitudes y experiencias pasadas, que se relacionan con la situación actual (Roy, 1970).

Las necesidades de los individuos se basan en los siguientes cuatro tipos de adaptación; cualquier cambio que se produzca en el medio, representa una amenaza para cada uno o varios de ellos:

necesidades fisiológicas: la capacidad de los individuos para conservar la homeostasis en los sistemas de nutrición, actividad, eliminación, fluidos y electrolitos, respiración, circulación y regulación mientras interactúan con el medio.

concepto de uno mismo: la evaluación positiva o negativa que hacen los individuos de sí mismos, la cual se ve afectada por la retroalimentación procedente del medio y de las reacciones de los individuos hacia sí mismos y hacia el medio. Los elementos de este concepto son:

ser físico: la forma como los individuos se ven físicamente y aceptan lo que ven

ser personal: el carácter y autoestimación del individuo.

ser interpersonal: el propio ser en relación con un grupo social primario (familia) o con un grupo social secundario

dominio de los roles: la capacidad de los individuos de organizar su comportamiento prescrito en un entorno específico y ponerlo en práctica con eficiencia en un proceso complementario de interacción.

Interdependencia: el concepto que tienen los individuos de sí mismos y su dominio de las funciones y roles que interactúan de manera interdependiente en el medio (Roy, 1970, 1971).

En los individuos, los dos mecanismos de adaptación más importantes son el regulador, que funciona a través del sistema nervioso vegetativo, y el cognoscitivo, que identifica, almacena y relaciona los estímulos, de tal manera que se puedan producir respuestas simbólicas. El mecanismo cognoscitivo actúa conscientemente a través del pensamiento y las decisiones, e inconscientemente por medio de los mecanismos de defensa. La ineficacia del mecanismo cognoscitivo implica que hay fallas en la adaptación (Roy, 1970).

Es posible derivar medidas específicas de intervención analizando cada problema de adaptación en función de: (1) Los estímulos residuales importantes (las experiencias y mecanismos de enfrentamiento pasados del individuo), (2) la respuesta del comportamiento a un estímulo al determinado y (3) el instrumento de diagnóstico del proceso Administrativo compuesto (PAC). En consecuencia, el supervisor o administrador consejero pueden contar con un sistema de medidas de intervención relacionadas con la enfermería para solucionar los problemas de adaptación que puedan encontrar al aconsejar a los empleados. Como agente de control, el consejero de

enfermería o supervisor puede manipular el medio físico y conceptual y adaptar los estímulos presentes en la situación laboral, con el objeto de obtener del empleado (enfermera) respuestas positivas; asimismo, puede fomentar la adaptación realizando cambios en el interior del sistema. Si el consejero-supervisor tiene éxito, el individuo pasará a un nuevo estado, más sano, de adaptación.

En las instituciones de atención de salud, los individuos son objeto de un exceso de estímulos sensoriales; algunos de los estímulos que exigen una respuesta inmediata perturban el equilibrio del individuo y le impiden hacer frente adecuadamente a las nuevas exigencias. Las organizaciones profesionales, sindicatos, comunidad, familia e incluso la organización, imponen restricciones a los individuos. (es decir estímulos o situaciones a las que hay que adaptarse) Una institución de atención de la salud, con las normas y reglamentos que prevalecen actualmente en su organización, no puede funcionar con eficiencia sin contar con el pleno consentimiento del personal para adaptarse a los requisitos de la tecnología y a las características físicas del lugar de trabajo. El personal debe cumplir las prescripciones formales de sus roles, las normas del grupo de trabajo y los estándares de ejercicio profesional, así como las políticas generales y los preceptos de la autoridad; asimismo, además, debe adaptar su comportamiento para satisfacer las necesidades de la organización y de sus colegas (Etzioni, 1964; Thompson, 1961). Estos tipos de consentimiento que la organización exige a los individuos, producen la reglamentación del comportamiento. De la misma manera, el personal no puede satisfacer importantes necesidades y metas individuales, que se cumplen por medio del trabajo, sin someterse a la reglamentación de la organización y las restricciones de comportamiento. No obstante, si la organización no satisface algunas de las necesidades psicológicas fundamentales de sus miembros, incluyendo la necesidad de asociación y de relaciones primarias, lo más probable

es que las personas creen una organización informal que compense algunos de los requisitos de trabajo que les impone el sistema formal.

Por otra parte, los profesionales, incluyendo a los médicos y enfermeras, sienten una gran necesidad de independencia personal, prefieren el máximo de libertad y autonomía en su trabajo y se oponen a la reglamentación que trata de imponer las órdenes de la organización.

En consecuencia, es posible observar que la tarea de adaptación es muy compleja; la organización y sus miembros tienen que conciliar sus metas, es decir, establecer una relación recíproca entre las metas de la organización y los objetivos de los individuos, en la que la consecución de unas facilite la consecución de los objetivos de los demás. Por ende, los signos y síntomas de la desadaptación por parte de los individuos, dependerán del tipo de objetivos personales que no se hayan alcanzado; por ejemplo, si uno de los objetivos es: "las enfermeras de sala mantendrán al tanto de los avances tecnológicos relacionados con sus especialidades", los signos y síntomas de desadaptación en cuanto a este objetivo incluirán síntomas tales como el fracaso de las enfermeras en cuanto a poner en práctica una técnica nueva (por ejemplo, irrigación de la colostomía o aplicación de la bolsa de la colostomía), señales de resistencia a poner en práctica nuevos procedimientos y los pacientes no reciben la atención adecuada.

Supongamos que estos síntomas de problemas se presentan ante la enfermera jefe, o la supervisora, a quien se le pide que ayude a la enfermera que afronta el problema ¿cómo puede hacer la enfermera jefe un diagnóstico exacto y planificar las medidas de intervención necesarias? En ese momento tiene que hacer frente a una situación de resolución de problemas; si puede utilizar la teoría de la adaptación junto con el instrumento de diagnóstico del proceso administrativo compuesto (PAC) podrá diagnosticar con exactitud y planificar las medidas de intervención.

El primer paso del proceso de resolución de problemas es la recopilación de la información, es decir, los signos y síntomas del problema; asimismo deseará obtener más información respecto a los estímulos focales, contextual y residual, porque el efecto combinado de estos tres estímulos determina el nivel de adaptación.

Después de recopilar la información, la somete a un análisis, es decir, a un método para clasificar la información pertinente en un esquema lógico que conduzca a un diagnóstico exacto. Además, necesita identificar qué tipo de adaptación es el más afectado, o sea, el fisiológico, el concepto de sí mismo, el dominio de roles o la interdependencia; la información (signos y síntomas) debe servirle de pauta para determinar el tipo de adaptación afectado. No obstante, lo más probable es que la enfermera jefe no haya identificado todavía la causa del problema, aunque tenga la corazonada de que los signos y síntomas señalan el área de desadaptación. A continuación, emplea el instrumento de diagnóstico del PAC para determinar la causa, es decir, ¿se debe a desconocimiento de los objetivos? Si se diagnostica correctamente que la causa es el aspecto relacionado con el establecimiento de objetivos, la enfermera jefe puede proceder a determinar si la estrategia de la planificación es adecuada; si encuentra que los objetivos no se establecieron adecuadamente y no se lo explicaron al individuo, efectúa el diagnóstico de que existe una falla en el establecimiento de los objetivos que provocó la falta de adaptación para mantenerse al corriente de los avances recientes de la tecnología. A continuación planifica medidas de intervención para definir apropiadamente los objetivos, se asegura de que se le expliquen al empleado y planifica en consecuencia las acciones para poner en práctica los objetivos. Si las medidas de intervención son correctas, se producirá un incremento en los comportamientos que indican que existe una buena adaptación; por ejemplo, la enfermera leerá publicaciones sobre la nueva tecnología y tratará de buscar oportunidades de aprender

nuevas técnicas y muchos otros comportamientos.

Supongamos que la etapa de establecimientos de objetivos es correcta y que la causa del problema no radica en ella, entonces, la enfermera jefe tiene que utilizar el instrumento de diagnóstico de la estrategia de planificación, para descubrir si la causa de la desadaptación se encuentra en la etapa de la planificación. Si la respuesta es afirmativa, la enfermera en jefe utilizar el mismo proceso administrativo compuesto para planificar las medidas de intervención.

En consecuencia, si aplica este marco teórico al proceso de resolución de problemas, la enfermera jefe podrá diagnosticar correctamente los problemas de desadaptación y planificar medidas de intervención que le permitan a la enfermera de sala adaptarse mejor a la situación de trabajo. Asimismo, si las medidas de intervención tienen éxito, es posible que también resulte afectado el medio conceptual; por ejemplo, otros miembros del equipo consultarán a la enfermera jefe y ésta se sentirá más motivada para enseñar a otras personas y aprender de ellas; también podrá utilizar los recursos que ofrece el medio físico para desempeñar sus labores con mayor eficacia, eficiencia y economía.

Por supuesto, la forma de determinar si las medidas de intervención han tenido éxito, consiste en evaluar los cambios producidos en el individuo a fin de determinar el grado en que se han cumplido los objetivos de la organización y de los individuos y medir la diferencia entre los niveles iniciales de consecución de los objetivos y los niveles alcanzados después de aplicar las medidas de intervención.

Conservación

La conservación se refiere a la capacidad del individuo de mantener su identidad, carácter básico, integridad y viabilidad, frente a los cambios que se producen de manera constante en el medio ambiente y dentro del individuo; la conservación también se relaciona con la capacidad del individuo de mostrar coherencia y capacidad para ma-

nejear el problema de la supervivencia personal.

La capacidad de un individuo de lograr su propia conservación física, social y psicológica, se relaciona de manera compleja con la capacidad de adaptación y conservación del equilibrio personal frente a los cambios constantes.

La organización exige a sus miembros que desempeñen sus funciones de manera confiable y que logren y mantengan altos niveles de rendimiento (Katz y Kahn, 1966). Al mismo tiempo, el personal tiene que hacer frente al problema de conservar y actualizar sus habilidades y conocimientos profesionales, aunque tal vez algunas de estas habilidades no se utilicen todo lo que deberían a causa de la naturaleza y definición de las funciones que requiere el sistema (Georgopoulos y Christman, 1970).

Con el fin de que los individuos conserven su posición profesional y estén al corriente de los avances científicos y tecnológicos, tienen que renovarse y actualizarse, Bennis (1969) introdujo el término revitalización, o autorrenovación, para abarcar todos los mecanismos sociales que se estancan y regeneran, así como los procesos de este ciclo. Los individuos deben ser capaces de satisfacer los siguientes cuatro elementos de la revitalización: (1) aprender de la experiencia y utilizar los conocimientos importantes cuando sea necesario, (2) fomentar y mejorar su capacidad de aprender, (3) autoanalizar su propio desempeño para adquirir y emplear mecanismos de retroalimentación en el desempeño, ser autocríticos, y (4) controlar su propio destino.

Los signos y síntomas de fallas en la autoconservación son semejantes a los de la desadaptación: debilitamiento de la identidad, pérdida de la autoestima, incapacidad de enfrentar convenientemente los cambios y exigencias de la nueva tecnología, torpeza para pensar, incapacidad de aprender de las experiencias pasadas e incapacidad de utilizar la información procedente de la retroalimentación para lograr la superación personal.

Los medios para resolver los problemas de conservación en el nivel de los individuos, también se parecen a los de la adaptación. El marco conceptual administrativo se puede emplear para diagnosticar un problema de conservación y planificar un método de intervención a fin de resolverlo.

Producto

En términos operativos, el producto se define como la capacidad del individuo de actuar con la mayor eficiencia, en función de la cantidad y calidad de la atención de los pacientes, la aceptabilidad y el costo. Asimismo, incluye la capacidad de todas las personas en todos los niveles, para incrementar al máximo el desempeño eficiente y confiable de las funciones. El producto depende de que el sistema brinde a todos sus miembros las mejores oportunidades para alcanzar las metas y obtener satisfacción en el trabajo (Georgopoulos, 1966, 1972).

En una organización de atención de salud, la razón por la cual se debe hacer énfasis en la solución de los problemas relacionados con el producto, en el nivel de los individuos, radica en que el producto determina la eficiencia social de la organización la cual a su vez depende de su capital humano y recursos. La eficiencia social implica la consecución de las metas individuales de todos los miembros, desde la cúspide hasta la base; implica también una gran participación en el proceso de toma de decisiones, identificación con la organización, oportunidades de expresión del comportamiento satisfacción de las motivaciones intrínsecas y recompensas psicológicas (Georgopoulos, 1972).

Los problemas y dificultades que suelen surgir en el ámbito del producto individual incluyen calidad, cantidad, costo y confiabilidad del desempeño del individuo y del grupo, problemas de relación entre los insumos y los productos en los que interviene la eficiencia sociopsicológica del sistema, el equilibrio entre el esfuerzo y la recompensa obtenida y demás dificultades relacionadas con la motivación y el trabajo.

Por otra parte, entre los insumos y los productos se encuentran los procesos fundamentales de distribución y control de los recursos, coordinación de los esfuerzos, integración social y psicológica las tensiones de la organización y la forma de manejarlas. Todos estos factores intervienen para modificar radicalmente las relaciones que existen entre las variables de los insumos y los resultados. Quizá un individuo que reciba excelentes insumos (conocimientos, experiencia y especialización) produzca resultados muy deficientes porque los procesos sociopsicológicos del ambiente alteran los resultados para el sistema o se llevan a cabo de tal manera que se apartan de los criterios de un desempeño eficiente.

Otro factor que afecta directamente el nivel y la calidad del desempeño y el producto global de un individuo, es la satisfacción por las motivaciones personales. Las motivaciones son necesidades o deseos insatisfechos; los individuos se motivan primordialmente para trabajar por las recompensas económicas; por lo tanto, el contrato psicológico que celebran la organización y el individuo es un esfuerzo a cambio de dinero. No obstante, Schein (1965) señala que esta hipótesis pasa por alto otras necesidades sociales de los individuos. La necesidad de pertenecer constituye la motivación básica para trabajar; en este caso, el contrato psicológico que celebra la organización con el individuo es la satisfacción de las necesidades sociales a cambio del esfuerzo del individuo.

Otros teóricos del comportamiento, tales como Argyris, Maslow, McGregor y McClelland, han demostrado que el trabajo en las organizaciones está perdiendo gran parte de su valor intrínseco. Sus investigaciones indican que esta pérdida de significado se relaciona no tanto con las necesidades sociales de los individuos como con su necesidad inherente de utilizar su capacidad y habilidad de manera productiva y madura (Lawrence y Lorsch, 1969; Schein, 1965). Estos teóricos consideran a los individuos en un proceso de autorrealización; la suposición de estos autores se fundamenta

en el principio que las necesidades de los seres humanos están colocadas en un orden jerárquico y van desde el alimento y la seguridad de supervivencia hasta las necesidades sociales, autoestima, autonomía, superación y autorrealización. El contrato que celebra la organización con el individuo es seguridad, contacto social, asociación, autoestima, autonomía y realización, expresados en términos de la autorrealización a cambio del esfuerzo del individuo. El conflicto inherente a esta situación es que, si bien es cierto que el fin último de los individuos es lograr la independencia y la autorrealización, el contexto de la organización los coloca en posiciones de dependencia y restricción que les impiden satisfacer estas necesidades de orden superior (Lawrence y Lorsch, 1969).

McClelland (1961) clasifica las motivaciones de orden superior de una manera especialmente útil para nuestros propósitos; identifica las tres motivaciones más importantes como necesidad de (1) superación (necesidad de tener un éxito competitivo, medido en comparación con una norma personal de excelencia), (2) asociación (necesidad de tener relaciones cálidas, amistosas y humanas con los demás), y (3) poder (necesidad de controlar o tener influencia sobre otras personas). Los niveles de estas motivaciones varían de un individuo a otro.

A menudo se considera que las personas que alcanzan un alto grado de superación, poseen la necesidad de un sentimiento de competencia o dominio (White, 1963), las investigaciones realizadas corroboran este punto de vista de los seres humanos como seres que resuelven problemas (Herzberg, Mausner y Snyderman, 1959; Myers, 1964). Por ejemplo, en el estudio que realizaron en la Texas Instruments, Myers y sus colegas encontraron que algunos miembros del personal de la organización que ocupaban distintos puestos, en todos los niveles, estaban motivados por el reto de obtener una oportunidad de realizarse en sus trabajos, la participación intrínseca en el trabajo y el sentimiento de realización que se derivaba del mismo, constituían motivaciones más im-

portantes que otros factores, tales como las recompensas sociales, posición, condiciones físicas e incluso las recompensas económicas. El estudio de Herzberg y Myers indicaba básicamente que los individuos, en sus intercambios en el ambiente de la organización, se sienten motivados por el deseo de utilizar su capacidad de resolver problemas. Además, una organización puede estimular un alto grado de realización en los empleados, instituyendo un procedimiento formal para establecer las metas con la participación de los empleados, medir el desempeño en función de las metas y evaluar dicho desempeño. Esta recomendación es congruente con la conclusión de McClelland de que la retroalimentación respecto al desempeño, comparado con las normas establecidas, estimula la necesidad de realización.

Los factores que determinan si una persona posee un alto grado de realización, asociación o poder, dependen del proceso pasado de aprendizaje y de la percepción del individuo en cuanto a si sus objetivos personales se cumplirán o no. Cuando a alguien se le ofrece determinada situación de trabajo, los antecedentes del individuo le permiten percibir que ciertos aspectos de la situación actual pueden llegar a ser satisfactorios y que otros no. Por lo tanto, el hecho de que una persona tenga un alto grado de realización o de asociación en una situación de trabajo, dependerá de la fuerza de las motivaciones inherentes de esa persona y de la medida en que considere que los podrá satisfacer (Lawrence y Lorsch, 1969).

El grado de autonomía profesional y de expresión de la personalidad que tenga un individuo, así como la disminución de las restricciones, determinan la satisfacción que se deriva del trabajo. Es preciso que las personas participen en el proceso de toma de decisiones y que estén libres de requisitos formales, excepto los dictados por la naturaleza de sus tareas, funciones, interdependencia laboral, estándares de trabajo profesional aceptados y los problemas fundamentales del sistema (Georgopoulos, 1972). En las instituciones de

atención de salud, la práctica profesional eficiente requiere que los jefes y los supervisores aseguren el equilibrio entre las restricciones impuestas por la organización y la necesidad personal de autonomía profesional y de la propia expresión de la personalidad. Ni el enfoque autoritario, ni el de las relaciones humanas puras son adecuados para supervisar los departamentos de enfermería (Georgopoulos, 1966).

Parece que se han logrado mejores resultados haciendo énfasis en la orientación del trabajo hacia las tareas y en la consideración de las necesidades y metas personales de los empleados.

Con el objeto de conservar la motivación de los empleados, la organización debe facilitar la consecución del desempeño de las funciones y de las metas personales de sus miembros, eliminando los obstáculos reales tales como interferencias externas, complejidad e incertidumbre innecesarias, sobrecarga de funciones, conflicto y frustraciones que afectan la dignidad y la valía personal de los participantes o ponen en peligro su integridad, pues reprimen la libertad de los individuos o limitan indebidamente su participación en los asuntos del sistema.

En resumen, dondequiera que no se satisfacen las necesidades de los individuos, ya sea que se trate de las necesidades básicas de alimento y albergue, o de las necesidades de orden superior como la asociación, poder y realización, que dan por resultado la autorrealización de los individuos, se disminuye la producción de los individuos y se afecta la forma de desempeño en el trabajo y la satisfacción personal, esto a su vez, afecta la consecución de las metas de la organización.

Por lo general, los administradores y supervisores reconocen en estos aspectos los síntomas de un problema; pueden indicar que son la causa de la falta de esfuerzo o de resultados, del autosentismo o la rotación del personal, y con frecuencia la explicación que se da es que los individuos tienen una debilidad de carácter, les falta motivación; no obstante, como afirman Lawrence y Lorsch (1969), los administradores y super-

visores que dan esta explicación no alcanzan a percibir la falacia, en especial que si los individuos no están motivados para lograr las metas de la organización, no significa que carezcan de motivación, sino que están interesados por hacer alguna otra cosa, incluso luchar contra las metas mismas de la organización. Por ejemplo, el estudio realizado por Roethlisberger y Dickson (1939), demostró que la producción limitada de una fábrica de cables eléctricos, no se podía citar como prueba de que los trabajadores no estaban motivados, por el contrario, los trabajadores estaban muy motivados para crear complejos mecanismos que restringieran la producción.

Los medios para resolver los problemas de producción y motivación a nivel del individuo, consisten en seguir el proceso de resolución de problemas que se explicó anteriormente. El investigador o la persona encargada de resolver el problema, puede utilizar el marco teórico de la motivación y nuestro marco conceptual administrativo del PAC para diagnosticar problemas de producción. Las publicaciones sobre psicológica suministran una gran variedad de instrumentos válidos y confiables para medir el nivel de motivación de los individuos. Existen dos instrumentos para medir las características de los individuos: el Test de Apercepción Temática (TAT), que mide las motivaciones básicas de necesidad de realización, asociación y poder, y el Inventario Psicológico de California (IPC), que mide otras características del comportamiento (liderazgo, madurez, impulso y flexibilidad). Con el fin de deducir cuales son las percepciones de los individuos respecto a la estructura en la que trabajan, junto con los aspectos de estructura, responsabilidad, riesgo, normas, recompensas y apoyo, se puede utilizar un instrumento para medir el ambiente de la organización, tal como el que prepararon Litwin y Stringer (1968). Nuestro instrumento de diagnóstico del PAM también le permite al investigador descubrir las causas y las razones subyacentes de las fallas en la producción y la motivación. Ayuda a descubrir si los pro-

blemas existen en la etapa del establecimiento de objetivos, en la que se deben fijar y explicar a los empleados las metas iniciales, o si la falla se produjo en las etapas de planificación o puesta en práctica (dirección y control). Una vez que se tiene el diagnóstico correcto, se planifican las medidas de intervención utilizando nuestro marco conceptual administrativo.

Distribución o Asignación

En el nivel del individuo, la distribución se refiere a la capacidad de la persona de transmitir y emplear conocimientos, experiencia, energía y personal (miembros del equipo) de la mejor manera posible, con el objeto de manejar los problemas relacionados con la asignación de recompensas, autoridad e información entre los participantes; de asegurar la participación de todas las personas que intervienen en el proceso de toma de decisiones, y resolver los problemas relativos a la especialización del trabajo y la distribución de tareas y funciones entre los miembros de la organización (Georgopoulos, 1966, 1972).

A medida que se familiarizan con su trabajo, las personas tienen que decidir cuál es la mejor manera de realizar determinadas tareas o satisfacer los requisitos específicos, y cómo distribuir su tiempo y energía entre las diferentes tareas y funciones. Como jefe de equipo, la enfermera de sala tiene que evaluar la condición de cada paciente, determinar el tipo y la cantidad y experiencia de los miembros del equipo y efectuar la asignación del trabajo de acuerdo con esto, es decir, distribuir las responsabilidades, teniendo siempre en cuenta las políticas, normas y reglamentos de la institución.

El mismo principio de asignación lo aplican las enfermeras jefe, las supervisoras y directores de enfermería en sus niveles respectivos. Además de contratar personal y delegar responsabilidades, para estos individuos la asignación también implica presupuestar las finanzas y distribuir el equipo. Los principios básicos que están implícitos en la distribución eficiente son la evaluación de los recursos y las necesidades

existentes, la definición de la meta y la obtención de un medio para alcanzarla. Todos estos actos conceptuales requieren el establecimiento de objetivos apropiados y alcanzables, una planificación hábil, una puesta en práctica eficiente y un sistema de control.

Si no se llevan a cabo estos procesos conceptuales administrativos, surgirán problemas en la asignación. Los signos y síntomas de la distribución deficiente dependerán del lugar en el que se localice el problema, es decir, en el ámbito de las finanzas o en del personal. En el nivel de la enfermera de sala, tal vez los pacientes se quejen de la deficiente atención de enfermería que les brinda uno de los miembros del equipo y quizá los miembros del equipo se quejen del cansancio físico, debido a la sobrecarga de pacientes asignados o a la falta de satisfacción en el trabajo porque se les asignaron tareas que no se sienten capaces o preparados para realizar. Otros signos y síntomas se pueden encontrar en el área del deber y la responsabilidad; si a los miembros no se les informa adecuadamente acerca de la descripción de sus puestos, tareas y otras delegaciones de responsabilidades relacionadas con el puesto que ocupan, se producirá una falta de responsabilidad por parte de los miembros y, quizá, una superposición de las responsabilidades o la omisión de tareas como consecuencia del conflicto entre las áreas de responsabilidad.

La distribución inapropiada de los recursos económicos puede dar por resultado gastos excesivos o falta de fondos en rubros tales como personal, equipo y mantenimiento.

El investigador puede utilizar el instrumento de diagnóstico del PAC para confirmar el problema e identificar las causas del mismo. El investigador podrá emplear el PAM para planificar formas de intervención, dependiendo de las causas del problema y el lugar en el que se localice.

Integración

En el nivel de los individuos, la integración se refiere a la capacidad de la persona de conciliar sus necesidades personales con

las de la organización; asimismo, implica la creación de normas, actitudes, valores y entendimientos mutuos, que proporcionan un universo común de discurso a los diferentes miembros y grupos y ayuda a socializar y a unir a los miembros dentro del sistema (Bennis, 1969; Georgopoulos, 1966).

En las instituciones de atención de salud, varían el grado de identificación con la organización, las relaciones entre superior y subordinado y la buena comunicación, todos los cuales son indicadores de la integración. Cuanto más alto sea el nivel en la estructura del poder, mejores serán las relaciones, comunicación y compromiso; estos mecanismos pierden fuerza a medida que desciende el nivel.

Es preciso integrar las metas de la organización y los objetivos de los individuos de manera colectiva y cooperativa. La institución debe considerar a cada uno de los participantes no sólo como un individuo que tiene necesidades, expectativas y valores personales, sino también como un miembro de un grupo determinado del sistema. La satisfacción de las necesidades de todos los participantes y la integración de las metas de los miembros con las metas de la organización, cobran especial importancia, a medida que cambian las aspiraciones y expectativas de los miembros, especialmente de los que se encuentran en los niveles inferiores.

La naturaleza de las actividades de las instituciones de atención de salud, aunada a los altos niveles de profesionalización y especialización de sus miembros y a la interdependencia funcional implícita de todas las personas que participan, exige la creación y conservación de expectativas complementarias y comprensión de las funciones, los problemas de trabajo y las necesidades de los demás. El cumplimiento de las reglas y los requisitos formales por parte del personal no basta para creer que los miembros desempeñen sus funciones eficientemente; el cumplimiento de las funciones requiere la coordinación e integración adecuada de los esfuerzos en toda la organización y, en especial, en los puntos en los que convergen

actividades especializadas y diversas, por ejemplo, en la atención de los pacientes. La coordinación e integración apropiadas son esenciales para la eficiencia del trabajo y la atención adecuada de los pacientes; empero, una vez más, la mayor parte de la coordinación e integración se debe obtener directamente con medios humanos y a través de los esfuerzos voluntarios y adaptaciones espontáneas de los miembros de la institución (Georgopoulos, 1972).

Una de las causas principales de la falta de integración es la creciente especialización, que hace que la interacción de todas las personas que participan sea más exigente, la cual a menudo, conduce a la fragmentación de las tareas y funciones, con el resultado de que los individuos tienen dificultades para comprender dónde encajan en la estructura global. Numerosas personas estiman que su trabajo carece de interés y no les brinda recompensas; surgen problemas de lealtad profesional, de identificación con la organización, así como competencia y conflictos. Estas desventajas se pueden reducir a su mínima expresión en todas las partes del sistema mediante la coordinación eficaz, la comunicación conveniente y la cooperación de los miembros (Georgopoulos, 1972).

Otros signos y síntomas de una integración inadecuada son la falta de compromiso por parte del personal, baja moral y poco espíritu de cooperación, desinterés psicológico, enajenación al sistema, renuncias, retrasos, ausentismo, problemas de divergencias y obediencia, comportamientos de desadaptación o maladaptación (Georgopoulos, 1972). En este caso, el investigador también puede emplear el instrumento de diagnóstico del PAC para descubrir la causa del problema de integración y, en consecuencia, poder planificar medidas de intervención.

Teniendo en cuenta las causas de la falta de integración, el investigador puede proponer que se lleve a cabo una dinámica de socialización más sistemática y adecuada del personal, cuando ingresa en la organización; que se asegure una mayor correspondencia entre las personas y los puestos cuando se efectúa la selección y que se defi-

nan mejor las funciones relativas a las necesidades y comportamientos básicos y de expresión. Las políticas de personal, las recompensas y los incentivos deben basarse en los factores intrínsecos y extrínsecos de motivación y en los aspectos que la refuerzan. Es necesario brindar a los miembros la oportunidad de participar en la toma de decisiones. En la medida en la que se pongan en práctica estos aspectos, aumentará el nivel de eficiencia social del sistema (Georgopoulos, 1972).

Coordinación

La coordinación se refiere a la capacidad del individuo de articular, relacionar y normatizar las numerosas actividades y roles que si bien son diferentes están relacionados y los cumplen distintos miembros de la organización de todos los niveles, con el fin de lograr que los esfuerzos y energías personales converjan en la consecución de los objetivos de la institución. La coordinación incluye la planificación, programación, establecimiento de prioridades, planeamiento del trabajo, establecimiento de rutinas y normalización del flujo de trabajo. Los problemas de ordenar, programar y sincronizar las numerosas actividades del sistema, constituyen los problemas más importantes de coordinación que deben afrontar la organización y los individuos (Georgopoulos, 1972).

Como algunas de las actividades no se pueden planificar, normalizar ni convertir en prácticas habituales, la mayor parte de la labor diaria de coordinación de una organización depende de las adaptaciones voluntarias y espontáneas que realizan sus miembros en relación con su trabajo, con los demás y con el sistema. La coordinación no planificada requiere que exista buena comunicación, retroalimentación, expectativas mutuas bien desarrolladas y comprensión recíproca entre los miembros que ocupan puestos relacionados. Asimismo, el éxito depende del grado en el que las expectativas, actitudes motivacionales y valores relativos al trabajo del personal que ocupa puestos relacionados, sean congruentes o complementarios; de la medida en que los miembros

puedan satisfacer sus metas y necesidades personales importantes primordialmente dentro, y no fuera, del sistema, y del grado en que los participantes, sin importar su función profesional, ni su posición formal, deseen cooperar y promover un comportamiento adecuado desde el punto de vista de la organización, sobre la base de la autodisciplina, autocontrol profesional, autorregulación de las actividades individualistas y motivación altruista asimilada (Georgopoulos, 1972).

Existe una gran variedad de factores que contribuyen a la falta de coordinación, por ejemplo, el problema fundamental del equilibrio entre las funciones de oficina y las propias de coordinación de enfermería. La coordinación adecuada de la organización es una condición imprescindible para brindar una atención apropiada a los pacientes y así asegurar la eficiencia del trabajo. Las enfermeras deben realizar gran parte de la coordinación necesaria, porque son responsables de los pacientes durante las 24 horas del día, y porque constituye el grupo de personal más numeroso. A las enfermeras se les pide con frecuencia que asuman las funciones residuales del sistema, de tal forma que tienen que desempeñar funciones que normalmente no les corresponden, y esto ocurre cuando otros son incapaces de proporcionar a los pacientes los servicios, suministros, funciones de apoyo e información necesarios.

Otro factor es la creciente especialización; a medida que la especialización aumenta, se obliga al personal a funcionar dentro de una situación de trabajo más compleja, en la que se vuelven más exigentes los requisitos de comunicación y de procesamiento de la información, se tornan más apremiantes las necesidades de coordinación, se multiplican las fuentes de tensión, se hace cada vez más indispensable la colaboración interdisciplinaria y el trabajo de unas personas depende del desempeño de otras que tienen actitudes, metas habilidades y funciones cada vez más diferentes (Georgopoulos, 1966). Además la especialización aumenta la dificultad para lograr un adecuado equi-

librio entre las personas que tienen autoridad para tomar decisiones y las que poseen los conocimientos necesarios sobre los cuales se basan las decisiones (Thompson, 1961).

Los signos y síntomas de la falta de coordinación además de los ya mencionados, se pueden clasificar en comunicación deficiente, es decir, ausencia y demora en la formación y falta de retroalimentación; por ejemplo, las personas presentan señales de desorganización, se retrasan u omiten realizar las actividades y las pruebas a los pacientes, las bandejas de los alimentos se retrasan después de las pruebas de diagnóstico que exigen ayuno. El personal se siente frustrado y se queja de realizar tareas que nada tienen que ver con la enfermería; existe superposición en el trabajo realizado u omisión de determinadas tareas; la confusión puede llegar a su punto máximo.

Si se emplea el instrumento de diagnóstico del PAC, en especial el instrumento relativo al aspecto organizador del proceso administrativo, se pueden encontrar las causas del problema de falta de coordinación. El investigador debe analizar la estructura de los puestos, las líneas de autoridad, el sistema de comunicación y el grupo social. Si en estas áreas no se ubica el problema, el investigador debe examinar la etapa de ejecución (dirección y control) para determinar si los objetivos planificados se están llevando a cabo. Una vez más, tal vez sea posible, dependiendo de la fuente del problema, utilizar las hojas de control de órdenes o las hojas maestras de control, que registran las actividades de atención de los pacientes en cada turno de trabajo de ocho horas; estas hojas también pueden servir como sistema de alerta para ayudar a coordinar las actividades.

Tensión: conflicto de roles

La tensión se refiere a la capacidad del individuo de reducir a un mínimo, manejar o resolver las tensiones y conflictos que surgen dentro de las organizaciones, en especial, la fricción y confrontación que se suscita entre grupos y miembros sumamente interpendientes y entre miembros de

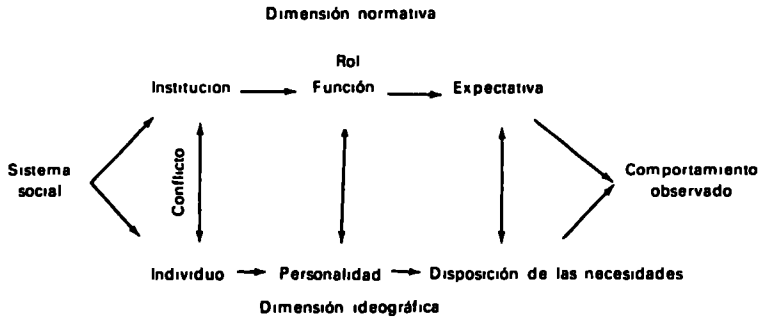


Fig. 8-1. Modelo de Getzels para determinar el comportamiento de un individuo y el conflicto de Roles (De Getzels, J. M. *Administration as a social process*. En Halpin, A. W., editor *An administrative theory in education*, Chicago, 1958, Midwest Administration Center, University of Chicago Press, p. 156. Copyright © University of Chicago.)

la organización que ocupan posiciones diferentes. (Georgopoulos, 1972).

En las instituciones de atención de salud, personas que tienen habilidades, capacidades, antecedentes, necesidades, actitudes orientaciones y valores completamente diferentes, interactúan de manera constante en una estructura de trabajo cuyos requisitos de interdependencia funcional y cooperación estrecha, no tienen equivalente si se los compara con los de otras organizaciones humanas complejas. En las instituciones donde la división del trabajo y la especialización de tareas y funciones son muy grandes, las fuentes de posibles tensiones y malentendidos son también numerosas. El hecho de que el sistema pueda contener y resolver los conflictos y las contradicciones, es más una indicación de la adaptación, cooperación voluntaria y participación de los miembros que de los resultados de las sanciones impuestas por la autoridad formal, por los altos niveles profesionales o por las recompensas monetarias que se ofrecen a los participantes (Georgopoulos, 1972).

El comportamiento de un individuo en un sistema social se considera como "el producto de fuerzas de motivación que se derivan en gran parte del comportamiento de las personas, de la clase de roles que debe asumir, ya que el tipo de funciones o roles influye en él de manera constante y sirve para regular su comportamiento de acuerdo con las expectativas que dichas funciones y

roles representan para él" (Kahn y colaboradores, 1964, p. 35)

Getzels (1958) concebía el comportamiento como una función de las dimensiones normativas e ideográficas de un sistema social, la dimensión normativa está constituida por la institución, su función y expectativas; el aspecto ideográfico está formado por el individuo y por la personalidad y disposición de las necesidades del individuo. Por *institución* se entiende aquellos organismos creados para desempeñar las funciones de organización para toda la institución de atención de la salud, *funciones o roles* son las expectativas de comportamiento (tales como deberes, tareas y responsabilidades) de los puestos, cargos y posiciones dentro de la institución. Las funciones se definen en función de las expectativas y son complementarias.

Getzels presentó su concepción de la determinación del comportamiento del individuo en forma de diagrama. (Fig. 8-1) En el diagrama, cada término que se encuentra en los dos ejes representa la unidad analítica del término que le sigue; por ejemplo, en la dimensión normativa la institución se define como un conjunto de funciones, y las funciones, como un conjunto de expectativas. Un comportamiento se deriva simultáneamente de las dimensiones normativa e ideográfica; la ecuación de esta relación es $B = f(R \times P)$, donde B es la conducta observada, R es una función institucional y P es la perso-

nalidad de la persona específica que desempeña la función.

Según Getzels (1958), en las organizaciones existen tres tipos de conflictos que afectan el comportamiento de los individuos. (1) conflicto entre la función y la personalidad, (2) conflicto de funciones y (3) conflicto de personalidad. Estos tres tipos de conflictos indican que hay una incongruencia en la dimensión normativa, en la ideográfica o en la interacción entre ambas. Dentro del marco de la teoría, es posible generalizar que dicha incongruencia es síntoma de una falla administrativa y da por resultado una pérdida en la productividad, tanto en el nivel del individuo como en el de la organización.

El conflicto entre el rol y la personalidad se produce como resultado de las discrepancias que existen entre el patrón de expectativas relacionado con una función o rol determinado y el patrón de disposición de las necesidades, característico de la persona que desempeña la función. Un ejemplo podría ser la situación en la que a un supervisor que tiene una personalidad altruista y educadora (medida de acuerdo con la escala de la Prueba Descriptiva del Desarrollo de Aspectos Positivos [PDDAP] de Elias Porter [1973]), se le pide ordenar, dirigir, reprender o despedir a una persona, actos que requieren una personalidad agresiva y dominante (medida también de acuerdo con la escala PDDAP). El conflicto entre la personalidad y la función surge si el supervisor realiza esta función a pesar suyo y experimenta dolor y tensión psicológica. Según Porter, existen tres categorías básicas de personalidad u *orientaciones de las relaciones altruista y educadora*, personas *Azules*, *agresiva y dominante*, personas *Rojas*, y *analítica y autónoma*, personas *Verdes*. Ellas difieren entre sí en

sentimiento de integridad personal. El punto de vista de las personas Azules se basa en ser una verdadera ayuda para los demás, las Rojas, en tener éxito y dirigir a otros, las Verdes, en ser autosuficiente, tener confianza en uno mismo y ser independiente.

derivan satisfacción personal. Las personas Azules del éxito que tengan en satisfacer las

necesidades de los demás, las Rojas, del éxito que tengan en dirigir habilidades, y las Verdes, del éxito que tengan en administrar recursos.

relación básica con los demás. Por lo general las personas Azules hacen las cosas por los demás; las Rojas hacen que los demás hagan las cosas; las Verdes hacen las cosas independientemente de los demás.

opinión acerca de la causa del éxito. Las personas Azules, es una función de preocupación por el bienestar de los demás, las Rojas, el ejercicio del poder y el control, las Verdes, el ejercicio de una previsión juiciosa.

métodos de ejercer influencia y de dirigir. Las personas Azules, mediante la reconciliación de diferencias y el fomento de la buena voluntad y la armonía, las Rojas, mediante el desafío, discusión, persuasión dirección y competencia, las Verdes, mediante el establecimiento del orden, la planificación del futuro, el análisis y el juicio reservado.

críterios para otorgar recompensas e incentivos. las personas Azules, creen que las recompensas deben otorgarse a aquellas personas que sean más útiles, las Rojas, a las personas más fuertes, las Verdes, a las personas más analíticas o juiciosas.

apreciación de los demás. Las personas Azules juzgan a los demás en función de su utilidad, egoísmo, amistad o agresividad, las Rojas, en función de los puntos fuertes y los puntos débiles (es decir, el fuerte contra el débil), o de ganadores y perdedores, las Verdes en función de quién es inteligente en comparación con quién es estúpido o de lo que es correcto en comparación con lo que es erróneo.

principal fuente de satisfacción. Las personas Azules desean que les agradezca lo que han hecho por los demás, les gusta sentirse necesarias, queridas y apreciadas, las Rojas, de ser desafiadas, obedecidas y ser ganadores, las Verdes, de ser respetadas por su lógica, perseverancia y justicia.

fuentes de incomodidad y amenaza. Las personas Azules se sienten amenazadas e incómodas por la ira y la indiferencia, y desean protegerse a sí mismas de actuar iracunda y egoístamente, las Rojas, de ver que los demás se muestran indiferentes ante ellos o les retiran su lealtad, desean protegerse a sí mismas de actuar blanda o crédulamente, las Verdes, de que otras personas traten de violar sus derechos o se muestren demasiado deseadas de ayudarlas, desean protegerse a sí mismas de actuar de manera dependiente y emocional.

opinión de sí mismo. Las personas Azules consideran que tienen que ser más agresivas y duras; las Rojas que necesitan ser más consideradas con los demás y contar con más recursos; las Verdes, que deben ser más sensibles y agresivas.

Todos estos tipos de personalidad tienen puntos fuertes que los demás tipos pueden considerar puntos débiles; por ejemplo, se puede pensar que el apoyo constante que los individuos altruistas y educadores, Azules proporcionan a los demás no es más que sumisión, que su lealtad es servilismo; su confianza en los demás, credulidad; su adaptabilidad, debilidad de carácter; su modestia, retraimiento, y su optimismo, falta de sentido práctico.

La ambición de los individuos agresivos y dominantes, Rojos, se puede considerar crueldad; su competitividad, combatividad; su confianza en sí mismos, arrogancia, su poder de persuasión, atrevimiento, su capacidad de organización, control, y su temperamento enérgico, dictatorial.

La cautela de los individuos analíticos y autónomos, Verdes, se puede considerar suspicacia; su carácter analítico, meticulosidad exagerada, su rectitud, obsesiva; su carácter metódico, inflexibilidad, el hecho de poseer principios, purismo, y su justicia, impasible.

Todas las personas son una combinación de estos tres tipos de personalidad, nunca sencillamente uno a otro; por ejemplo, si los individuos son más Azules y Verdes que Rojos, pertenecerán al tipo cauteloso y que brinda apoyo, si son más Rojos y Azules que Verdes, pertenecerán al grupo agresivo y educador, si son más Rojos y Verdes que Azules, pertenecerán al tipo juicioso y competente. No obstante, si el individuo tiene partes iguales de Azul, Rojo y Verde, su comportamiento será muy difícil de predecir: en condiciones conflictivas, es probable que las acciones de un individuo se inclinen más hacia un lado que hacia otro, dependiendo de la orientación que tenga la personalidad. La escala PDDAP de Porter (1973), constituye un instrumento de diagnóstico válido y confiable para evaluar los puntos fuertes

que un individuo emplea al relacionarse con los demás en dos tipos de circunstancias: cuando las relaciones son agradables y cuando no lo son.

En las situaciones de conflicto entre la función o role y la responsabilidad, las personas que ocupan puestos (dimensión normativa) que exigen que se compartan de manera diferente e incongruente con su propio comportamiento (dimensión ideográfica), experimentarán insatisfacción con lo que estén haciendo, evitarán las situaciones que producen conflictos, desempeñarán deficientemente los deberes que corresponden a su puesto y función, y tratarán de evitar las responsabilidades.

Como indicó Getzels, estas señales de incongruencia entre el aspecto normativo y el ideográfico, son síntomas de fallas en el proceso administrativo. El investigador, si realiza un análisis a fondo, puede rastrear la causa del problema hasta una falla en el área de los objetivos, de la estrategia de la planificación o del aspecto de la organización relativo a la estructura de los puestos. Al planificar una solución para los problemas de conflicto entre la función y la personalidad, Lawrence y Lorsch (1969) descubrieron que es conveniente identificar en primer lugar el comportamiento requerido para ejecutar con eficiencia un conjunto determinado de tareas y después determinar las características individuales que se asocian con más frecuencia con ellas; por ejemplo, Lawrence y Lorsch (1967), al tratar de lograr un desempeño más eficiente por parte de los *integradores* de una organización, analizaron las tareas y examinaron las características de personalidad del desempeño más o menos eficiente en este puesto. De este doble análisis, sacaron la conclusión de que se relacionaban con la eficiencia una necesidad relativamente grande de asociación y una realización moderadamente alta.

El *conflicto de roles o funciones* se produce cuando a la persona que ocupa un puesto determinado se le pide que se amolde de forma simultánea a un conjunto de expectativas que se excluyen mutuamente y son incongruentes o contradictorias, de tal ma-

nera que la adaptación a un conjunto de requisitos vuelve la adaptación a otro sumamente difícil. Un ejemplo podría ser el problema que todavía no se ha resuelto del equilibrio entre el desempeño de funciones clínicas y de coordinación por parte de las enfermeras; cuanto más funciones de coordinación asuman las enfermeras, menos tiempo y energía tendrán para dedicarlos a las funciones relacionadas con la atención de los pacientes. A medida que aumente la especialización en el campo de la enfermería, las enfermeras no querrán ni podrán realizar sus actividades de coordinación y desempeñar al mismo tiempo sus responsabilidades con los pacientes y la organización (Georgopoulos, 1972).

Otro ejemplo de conflicto entre funciones que produce tensión, se encuentra en el ámbito del compromiso con la profesión, en oposición al compromiso con la organización. Los profesionales y los especialistas, incluidas las enfermeras, normalmente se sienten más comprometidos con la profesión a la que pertenecen que con una organización determinada; poseen los conocimientos especializados y la competencia técnica necesarios para desempeñar sus funciones de manera autónoma y los problemas surgen porque el personal administrativo, que tiene autoridad formal y que conoce bastante bien dicha organización, pero posee conocimientos técnicos muy limitados, toma la mayor parte de las decisiones que afectan a los profesionales y a su trabajo. Esta situación genera conflictos y plantea el problema de la autoridad y del equilibrio adecuado entre el poder y los conocimientos técnicos. (Georgopoulos, 1966).

Los conflictos de roles más comunes se suscitan dentro y entre las funciones; en el nivel del individuo, esto sucede cuando la forma como una persona piensa que debe actuar (percepción de la función) difiere de la forma en que los demás esperan que se comporte (expectativas de la función); por ejemplo, quizá un supervisor piense que el director desea que le presente la mayor parte de los problemas para que él los analice durante las reuniones, mientras que el

director piensa que en realidad las reuniones ya están demasiado recargadas y se han vuelto confusas y desordenadas, por lo que le gustaría que el supervisor tomara más decisiones por sí mismo. De igual manera, se producen conflictos cuando dos grupos de referencia tienen expectativas opuestas respecto a la persona que desempeña determinada función, por ejemplo, tal vez la asociación de enfermeras espere que el director del hospital ejerza presión para obtener salarios más altos y menos horas de trabajo por semana, mientras que el consejo directivo del hospital puede esperar que el director mantenga bajos los costos del hospital. El conflicto de funciones también se puede suscitar entre los miembros de un grupo de referencia en relación con las expectativas que tienen de una función determinada, por ejemplo, quizá algunas enfermeras esperen que el director o supervisor ponga en marcha nuevos programas, pero es posible que otras sólo deseen que no se meta con ellas y les proporcione el equipo y la ropa blanca que les haga falta. En el nivel del individuo, se pueden producir conflictos en relación con la importancia relativa de dos o más funciones que debe cumplir en forma simultánea en un momento determinado; éste es el difícil caso de las enfermeras que a las tres de la tarde enfrentan el dilema de seguir brindando ayuda y atención a los pacientes o ir a casa, para estar allí cuando sus hijos regresen de la escuela.

Los signos y síntomas del conflicto de roles son semejantes a los del conflicto entre la función y la personalidad. Existe una confusión de funciones que crea tensión e infelicidad. Las actitudes hacia el trabajo y hacia las funciones se ven seriamente afectadas y el descontento de una persona se contagia a las demás, produciendo una insatisfacción general.

También en este caso, los signos y síntomas se pueden seguir hasta encontrar la falla en el PAC. Después de efectuar el diagnóstico, se pueden tomar las medidas correctivas convenientes. Por otra parte, Georgopoulos (1972) afirma que los conflictos causados por las restricciones y reglamentaciones de

la organización se pueden reducir a un mínimo si los miembros aprenden a aceptar y a trabajar de manera interdependiente, respetando no sólo sus propias necesidades sino también las de los demás. Es un hecho inevitable que los miembros de una organización tienen que trabajar de manera interdependiente porque el desempeño de cada uno es contingente al de los demás.

Georgopoulos (1972), señala que si en un hospital se realiza un esfuerzo general, a nivel de todo el sistema, se puede lograr el desempeño eficiente de las funciones, siempre y cuando se alcance un equilibrio entre las relaciones primarias y secundarias, reduciendo al mínimo los requisitos y restricciones que impone la organización u aumentando al máximo las oportunidades de autonomía profesional y de expresión de la personalidad. Empero, estos esfuerzos deben ser congruentes con los patrones de interdependencia funcional que caracterizan la labor del sistema. La dirección de la organización es la principal responsable de lograr y conservar el equilibrio que se predica sobre la base de que los miembros acepten su interdependencia y se comporten de acuerdo con ella, y de que la distribución de la influencia y recompensas dentro del sistema sea aceptable para todos los que forman parte del mismo.

El *conflicto de personalidad* se produce como resultado de disposiciones contrarias a las necesidades de la personalidad de los individuos que desempeñan las funciones. Parsons y Shets (1951) definen la *disposición frente a las necesidades* como la tendencia a orientar y actuar en determinada forma de respecto a los objetos y a esperar a cambio ciertas consecuencias. La expresión *disposición frente a las necesidades* "tiene un doble significado, por una parte, significa la tendencia a satisfacer un requisito del organismo con miras de alcanzar un estado final, por otra parte, significa la inclinación a hacer algo con un objeto, diseñado para alcanzar ese estado final" (Parsons y Shets, 1951, pp. 114-115).

Un comentario de Charlie Brown, personaje de ("Peanuts") las tiras cómicas, "Car-

litos" ilustra el conflicto de personalidad: "Amo a la humanidad, pero no soporto a las personas". En el ámbito de un hospital, un ejemplo podría ser el supervisor que trata de agradar al director, pero que detesta realizar ciertas tareas que el pide. Tales conflictos generan tensión, incomodidad y conflicto dentro de la persona. La causa de estos problemas se puede encontrar en el aspecto de la organización relativo a la estructura de los puestos o en fallas en otros aspectos del proceso administrativo. Una vez que se encuentra la causa, se pueden tomar las medidas necesarias para remediar la situación o reducir el conflicto.

En todas las organizaciones es inevitable, saludable y productivo cierto grado de conflicto, pues se generan cambios que dan por resultado transformaciones creativas que mejoran la estructura y el funcionamiento de la organización. Lonsdale (1964) sostiene que las personas que, a causa de su intolerancia por la ambigüedad, tratan de resolver o encubrir todos los conflictos, pasan por alto el hecho de que cierta cantidad de desorganización produce relaciones estimulantes y cambios positivos. Empero, la pregunta que es preciso responder es ¿cuánta? Lamentablemente no existe una respuesta exacta, sólo la investigación a fondo de los antecedentes y consecuencias de los conflictos de funciones y otros tipos de conflictos puede proporcionar algunas respuestas a esta pregunta.

Mientras tanto, es posible reducir el conflicto de roles, sin sentido e inútil, analizando y estudiando las funciones e informándose acerca de ellas con mayor objetividad. Los participantes pueden observar el comportamiento que otras personas tienen en el desempeño de sus funciones y aprender de estas observaciones, asimismo, pueden leer, estudiar y hablar sobre las funciones y su significado; pueden realizar psicodramas y evaluar su propio comportamiento en el desempeño de sus funciones. El empleo de la teoría de las funciones junto con el PAC proporciona un medio de conceptualizar los problemas del desempeño del individuo en la organización, de manera que se obtenga

una mayor comprensión y un punto de vista más racional acerca de su conducta dentro de la organización de lo que hasta ahora ha sido posible.

CONCLUSION

Los problemas que existen en el nivel de las relaciones entre el individuo y el grupo en una institución de atención de salud, dan por sentado que se ha resuelto el problema de cuán equilibradas o satisfactorias pueden ser las soluciones; no obstante, en esta etapa de la investigación acerca de las organizaciones, todavía falta realizar mucho trabajo teórico y empírico. En forma ideal, lo que se ha logrado en el análisis anterior constituye un marco conceptual con el que se pueden comenzar a atacar los problemas que existen a nivel del individuo. Si se emplea correctamente, el marco conceptual, aunque no resuelva todos los problemas, puede reducir la gravedad del problema a dimensiones manejables

BIBLIOGRAFIA

- Bennis, W G Organization development its nature, origin, and prospects, Menlo Park, Calif., 1969, Addison-Wesley Pub Co., Inc
- Etzioni, A Modern organizations, Englewood Cliffs, N J, 1964, Prentice Hall, Inc
- Georgopoulos, B S The hospital system and nursing some basic problems and issues, *Nurs Forum* 5 (3) 8-35, 1966
- Georgopoulos, B S The hospital as an organization and problem-solving system In Georgopoulos, B S, editor Organization research on health institutions, Ann Arbor, Mich., 1972, Institute for Social Research, pp 9-48
- Georgopoulos, B S, and Christman, L The clinical nurse specialist a role model, *Am J Nurs* 70 1030-1039, 1970
- Getzels, J W Administration as a social process In Halpin, A W, editor Administrative theory in education, Chicago, 1958, Midwest Administration Center University of Chicago Press, pp 150-165
- Herzberg, F J, Mausner, B, and Snyderman, B The motivation to work, New York, 1959, John Wiley & Sons, Inc
- Kahn, R, Wolfe, D M, Quinn, R P, and Snock, J D Organizational stress, New York, 1964, John Wiley & Sons, Inc
- Katz, D, and Kahn, R L The social psychology of organization, New York, 1966, John Wiley & Sons, Inc
- Lawrence, P R, and Lorsch, J W New Management job the integrator, *Harvard Business Review* 45 142-151, November-December 1967
- Lawrence, P R, and Lorsch, J W Developing organizations diagnosis and action, Menlo Park, Calif., 1969, Addison-Wesley Pub Co., Inc
- Litwin, G H, and Stringer, R A, Jr. Motivation and organizational climate, Boston, 1968, Division of Research, Harvard Business School
- Lonsdale, R C Maintaining the organization in dynamic equilibrium In Griffith, D E, editor Behavioral science and educational administration, in National Society for Study of Education, Chicago, 1964, University of Chicago Press, pp 142-177
- McClelland, D The achieving society, New York, 1961, D Van Nostrand Co
- McLean, J G Better reports for better control, *Harvard Business Review* 35 95-104, May-June 1957
- Metcalf, H C, and Urwick, L, editors Dynamic administration the collected papers of Mary Parker Follet, New York, 1941, Harper & Row, Pubs
- Murphy, J Theoretical issues in professional nursing, New York, 1971, Appleton-Century-Crofts
- Myers, C A, and Turnbull, J C Line and staff in industrial relations, *Harvard Business Review* 34 113-124, July-August 1956
- Myers, M S Who are your motivated workers? *Harvard Business Review* 42 73-88, January-February 1964
- Parsons, T, and Shets, E A Personality as a system of action In Parsons, T, and Shets, E, editors Toward a general theory of action, Cambridge, Mass., 1951, Harvard University Press
- Porter, E Strength development inventory, rev ed, Pacific Palisades, Calif., 1973, Personal Strengths Assessment Service
- Roethlisberger, F J, and Dickson, W J Management and the worker, Cambridge, Mass., 1939, Harvard University Press
- Roy, C Adaptation a conceptual framework for nursing, *Nurs Outlook* 18 42-45, March 1970
- Roy, C Adaptation a basis for nursing practice, *Nurs Outlook* 19 254-257, April 1971
- Schein, E H Organizational psychology, Englewood Cliffs, N J, 1965, Prentice-Hall, Inc
- Seiler, J A A systems approach to organizational behavior, Homewood, Ill., 1967, Richard D. Irwin, Inc, pp 51-81
- Thompson, V Modern organization, New York, 1961, Alfred A Knopf, Inc
- Watson, E T Diagnosis of management problems, *Harvard Business Review* 36 69-76, January-February 1958
- White, R Ego and reality in psychoanalytic theory, *Psychol Issues, Monograph no 11* 3(3) 24-43, 1963

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- Georgopoulos, B S, and Matyko, A The American general hospital as a complex social system, *Health Serv Res* 2:76-112, 1967

Murray, H. A., and Kluckholm, C. Outline of a conception of personality. In Kluckholm, C., and Murray, H. A., editors, *Personality in nature, society, and culture*, New York, 1953, Alfred A. Knopf Co.

Sarbin, T. R. Role theory. In Lindzey, G., editor *Handbook of social psychology*. I. Theory and method,

Reading, Mass., 1954, Addison-Wesley Pub. Co., Inc.

Searles, R. E. The relation between communication and social integration in the community hospital, doctoral dissertation, Ann Arbor, 1961, University of Michigan.

9

El problema de las relaciones interdepartamentales: el proceso de resolución de problemas

Todo lo que interfiere con la consecución de las metas representa un problema y es un síntoma de la necesidad de efectuar cambios. En los servicios de enfermería, cualquier problema que afecte la calidad de la atención de los pacientes es grave, y el problema de las relaciones interdepartamentales que ha aquejado a la enfermería desde su surgimiento, es particularmente serio. El problema toma mayores dimensiones a causa del advenimiento de nuevos conocimientos y de la rápida especialización, que han hecho que muchos especialistas de diferentes áreas aporten cosas nuevas a la atención de los pacientes. ¿Cuál es la causa de las relaciones deficientes entre los departamentos y qué se puede hacer para solucionar este problema? Sin lugar a dudas, reconocer o hacer el diagnóstico del problema es un paso de primordial importancia, así como decidir qué medidas se deben tomar después de haber diagnosticado la situación.

¿Cómo puede el funcionario de servicios de enfermería utilizar la teoría de administración para resolver los problemas de las relaciones entre los departamentos? ¿Qué se proponen en las publicaciones y escritos sobre la materia para resolverlos?

La teoría administrativa dentro del marco de referencia de sistemas (véase la Fig. 2-1) es sumamente útil. El concepto específico de efectuar el diagnóstico de un problema incluye todos los pasos del proceso de la administración, es decir, establecimiento

de objetivos, planificación, organización, dirección y control. El método no es nuevo; constituye el marco de referencia de una gran parte de los escritos y publicaciones recientes sobre los problemas de la administración. No obstante, a menudo de cómo se pueden poner en práctica.

Nuestro modelo, que hace una distinción entre las funciones administrativas y el medio en el que se lleva a cabo la administración, se convierte en un instrumento para resolver problemas. Ningún otro autor, con excepción de Watson (1958), ha empleado los procesos administrativos como instrumento de diagnóstico, y Watson trató de dar al concepto un significado nuevo y más amplio.

Por otra parte, una teoría, para que sea útil a los administradores de servicios de enfermería, debe permitirles comprender los problemas de una situación existente, ayudarlos a determinar un curso de acción y ser tan flexible que se pueda utilizar en la amplia gama de situaciones a las que tienen que hacer frente los administradores de servicios de enfermería. Nuestro propósito consiste en demostrar que el proceso compuesto o los procesos administrativos, constituyen un marco de referencia que satisface estos requisitos.

Empleando este método, seguiremos paso a paso a un administrador de servicios de enfermería quien debe analizar la situación de una institución desde el nivel adminis-

trativo más alto, utilizar habilidades conceptuales y considerar los problemas de la institución en su conjunto en la tarea de examinar las funciones básicas de la administración y de realizar el diagnóstico del problema o problemas que encuentre.

INSUMOS

Se considera que la institución de atención de la salud es un sistema abierto, es decir, un sistema innovador en constante evolución. Recibe insumos o información del medio externo (comunidad, pacientes y familias) y del medio interno (personal médico y de enfermería, pacientes y administradores). A continuación se presentan algunos ejemplos procedentes de estas fuentes:

De la comunidad: El administrador de servicios de enfermería obtiene información solicitando (1) más servicios clínicos o para pacientes ambulatorios, (2) que las enfermeras brinden a los pacientes más educación en salud respecto a la higiene, antes de que éstos últimos abandonen el hospital, (3) mejor comunicación entre los médicos y las enfermeras, (4) menor tiempo de espera para los pacientes hospitalizados en las áreas de tratamiento y (5) la reducción de los costos de los servicios.

Del personal de enfermería: (1) Algunos departamentos se muestran poco cooperativos pues establecen su propio horario para el tratamiento de los pacientes sin consultar al departamento de enfermería; (2) otros departamentos se sienten "superiores" a causa de su labor de investigación y la mayor cantidad de fondos de subsidio de que disponen; (3) Los médicos interfieren con las solicitudes hechas por la administración en el sentido de que las enfermeras trabajen de acuerdo con las políticas establecidas; (4) a los supervisores de enfermería se les hace responsables de una infinidad de asuntos que no les corresponden; (5) las enfermeras de sala consideran que se encuentran muy lejos de realizar un trabajo importante y de alta calidad, y (6) los departamentos tienen puntos de vista diametralmente diferentes en relación con los fines de la organización

Del personal médico: (1) Falta de comunicación importante y productiva con las enfermeras; (2) las pruebas de diagnóstico no se efectúan con la prontitud necesaria; (3) hacen falta más enfermeras en todas las áreas, y (4) las solicitudes de la administración en relación con las políticas, interfieren con su autoridad como expertos para tratar a los pacientes que se encuentran bajo sus cuidados.

De los administradores del hospital: (1) ¿Cómo se pueden reducir los costos del departamento de enfermería? (2) ¿Cuál es el costo de un programa de educación continua para el departamento y en qué forma contribuiría a la atención de los pacientes?

De los pacientes: Recibieron una atención de enfermería inapropiada; por ejemplo, una paciente se quejó de que había "tenido que esperar demasiado tiempo" en el departamento de admisión, aunque el médico le había asegurado que ya se habían tomado todas las medidas necesarias para la admisión. La larga espera fue la causa de que su marido tuviera que pagar una multa en el área de estacionamiento. No obstante, la principal queja fue que, a pesar de que el médico le había dicho que la dejaría a la enfermera órdenes precisas para que la paciente supiera qué hacer cuando fuera trasladada a su casa, la enfermera no le había enseñado qué tenía que hacer después de su regreso a casa. Esto le produjo a ella y a su familia una gran angustia. La dietista sólo la había visto una vez, lo cual resultó ser insuficiente, porque al llegar a su casa se dio cuenta de que no había entendido las instrucciones correspondientes a la dieta. La mañana del último día que estuvo en el hospital, el departamento de fisioterapia deseaba darle tratamiento a primera hora de la mañana, y le comunicaron que estuviera "lista" temprano; la fisioterapeuta llegó cuando le acababan de servir el desayuno; la elección parecía ser o perder el desayuno o perder el tratamiento, y la paciente decidió perder el desayuno. La paciente se preguntó si los médicos se comunicaban con las enfermeras, ya que el médico le decía una cosa respecto a su tratamiento y la enfermera

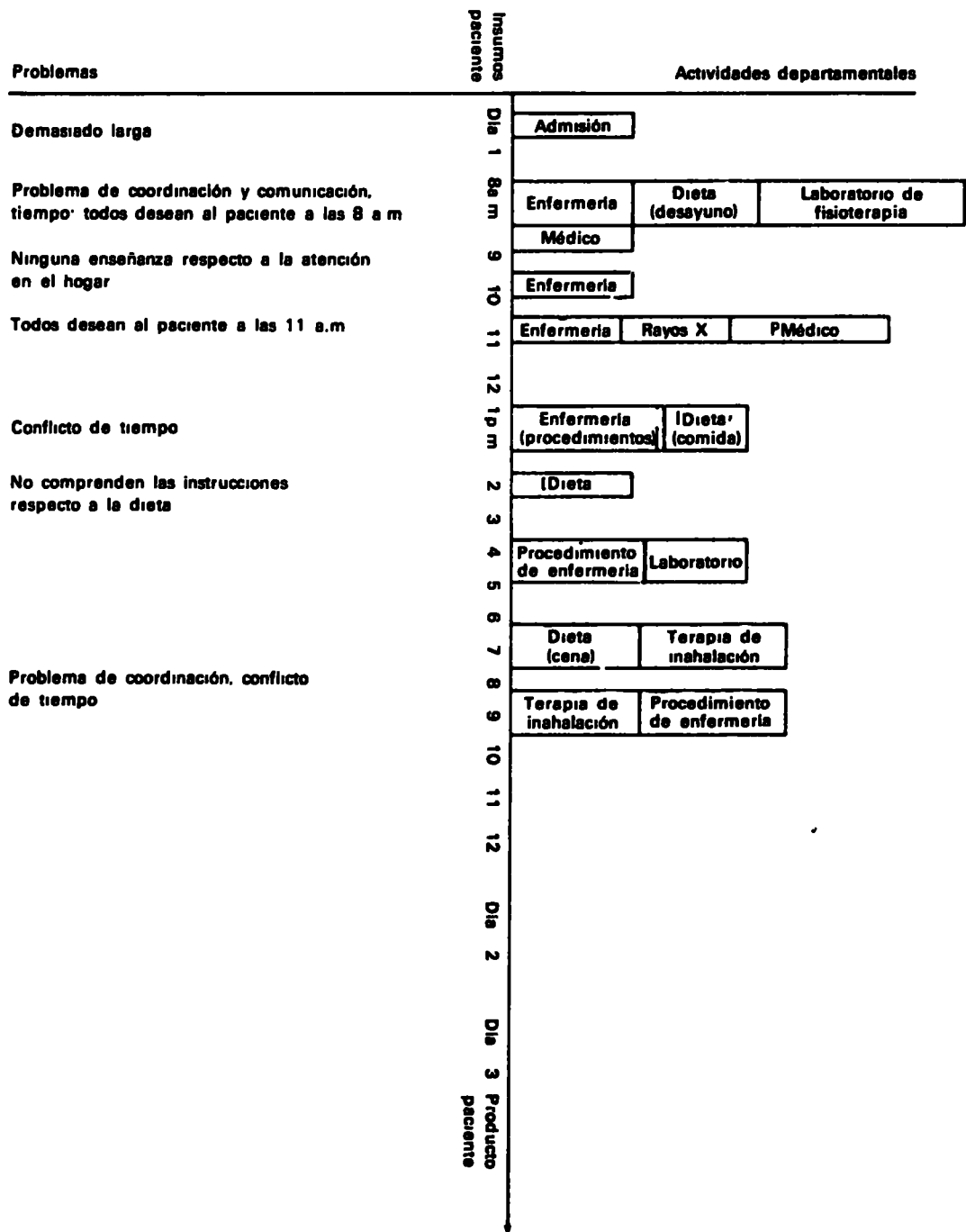


Fig. 9-1. Procesamiento del paciente: un día representativo

le decía otra. Con los costos tan altos de hospitalización, tenía que regresar a casa lo antes posible. "Todo el mundo está tan ocupado, incluyendo las enfermeras", se quejó, "que nadie tiene tiempo de escuchar lo que dicen los pacientes"; la Fig. 9-1 presenta un día típico de la vida de un paciente en el hospital.

De los administradores de servicios de enfermería: La presencia de una gran tensión en el departamento de enfermería se puede observar en los rostros del personal. Según la investigación realizada por Arndt y Laeger (1970 *a* y *b*), los administradores de servicios de enfermería comprenden la influencia de un conjunto de funciones tan diversas y la posición límite donde se encuentran. Por sus propias observaciones, saben que falta cohesión en el funcionamiento a nivel de las enfermeras de sala, los supervisores coordinan el trabajo, pero en lugar de permitir que las enfermeras de sala tomen sus propias decisiones, son ellos los administradores de servicios de enfermería quienes interfieren tomándolas por sí mismos.

PERCEPCION Y ANALISIS

Después de dedicar una cantidad considerable de tiempo al análisis de los insumos recibidos y de sus propias observaciones, el administrador de servicios de enfermería trata de enunciar los problemas del departamento encuentra que ha disminuido el número de pacientes atendidos por el departamento de enfermería, que el personal muestra poco espíritu de cooperación, que los costos han aumentado y otras dificultades relacionadas. Anteriormente se había ocupado de las unidades clínicas y tiende a considerar el puesto de jefe de departamento de la misma manera como un grupo de personas que realizan actividades de atención de los pacientes, que brindan servicios de enfermería—en relación con los costos y otras responsabilidades de la unidad clínica. Lamentablemente, se da cuenta que al tratar los problemas a nivel del departamento, no puede hacer que estos problemas entren en categorías específicas de las unidades

clínicas; de alguna manera los problemas desbordan las fronteras del departamento.

Le resulta difícil decidir si los problemas más serios se derivan de un servicio de enfermería inadecuado, de personal insuficiente, de un presupuesto limitado o de que el personal no está preparado para desempeñar el trabajo, y no le sirve de nada englobar estos problemas en presupuesto, servicios de enfermería y supervisión. Limitarse a tratar de resolver las deficiencias de cada unidad clínica o departamento, es como apagar los fuegos pequeños sin extinguir la fuente del incendio, pero a los administradores de servicios de enfermería les resulta difícil considerar el trabajo del administrador de otro modo que no sea como un conjunto de responsabilidades departamentales. Si hay deficiencias en los departamentos, ¿de qué otra forma se pueden eliminar las dificultades que no sea resolviéndolas una por una?

En este punto, un marco teórico de referencia puede proporcionar un sistema lógico de investigación. Si emplea el enfoque de sistemas, el administrador de servicios de enfermería puede, en primer lugar, establecer el hecho de que todas las actividades del departamento se relacionan entre sí. El efecto de una fuerza, tal como un cambio de procedimientos en un departamento, afecta el funcionamiento de toda la organización y es probable que suscite ondas de reacción en los demás departamentos. Quizá muchos de los focos de problemas en diversos departamentos estén relacionados entre sí. El primer paso que debe dar el administrador de servicios de enfermería consiste en considerar esos focos de problemas como síntomas (no como problemas independientes e individuales) y en tratar de obtener un panorama general, en otras palabras, hacer un diagnóstico básico.

En segundo lugar, para obtener un panorama general, el administrador de servicios de enfermería necesita contar con una forma conveniente de discutir los problemas subyacentes, que han producido diferentes síntomas de problemas. En los niveles du- periores de la administración, los proble-

mas tienden a trascender las fronteras de los departamentos y los denominadores de los mismos, tales como servicio de enfermería, investigación y medicina, no siempre son adecuados. El proceso de administración compuesto representa una forma más conveniente de generalizar estos problemas subyacentes; no sólo ofrece un sistema lógico de investigación, sino que también puede proponer otros tipos de análisis que tal vez el administrador de servicios de enfermería haya pasado por alto al examinar la información básica. ¿Indican los síntomas alguna falla de la administración en el establecimiento de objetivos, planificación, organización, dirección o control?

Puede ser de gran ayuda para el administrador de servicios de enfermería examinar los síntomas desde el punto de vista de estos procesos.

DIAGNOSTICO UTILIZANDO EL MARCO DE REFERENCIA DE LOS ACTOS CONCEPTUALES Y FISICOS (PAC)

Establecimiento de objetivos

Si bien con frecuencia los objetivos se analizan en términos generales, tales como las metas de la institución y sus responsabilidades para con la comunidad y el personal, sería más útil contar con una definición más específica. Se puede mejorar el método relacionando los objetivos con la parte específica de la atención de salud de la comunidad que ofrecerá la institución. Los objetivos de una institución pueden ir más allá del servicio mismo y contemplar el tipo de demanda, por ejemplo, dar más atención a los pacientes en forma de atención en los hogares.

El hecho de que la mayor parte de las instituciones de atención de salud experimenten cambios rápidos y constantes, resalta la importancia del problema de los objetivos. Como la atención de enfermería y los servicios de enfermería cambian con una gran rapidez, la atención del administrador no puede concentrarse en lo que está sucediendo, por lo tanto, resulta fácil pasar por alto algunas tendencias que amenazan

la atención de los pacientes y los servicios existentes, y que son incongruentes con los recursos y las metas. En consecuencia, a menos que la administración revise regularmente la situación de su servicio de enfermería y los objetivos de la organización, lo más probable es que cuando se desee evaluar una nueva tendencia ya sea demasiado tarde.

BUSQUEDA DE LA FALLA

Al diagnosticar los problemas de la institución de atención de salud, tal vez el administrador encuentre que muchos de los síntomas se derivan de una falla en el área de los objetivos, por ejemplo, existe incertidumbre respecto a la posición que ocupa el departamento de servicios de enfermería dentro del sistema de atención de salud; el intento de iniciar nuevos programas sin contar con los recursos adecuados o la incapacidad de adaptarse a los cambios producidos en el medio externo. Un objetivo que por lo general brilla por su ausencia, es asegurar la participación del departamento de enfermería en el nivel de la elaboración de las políticas; en este nivel se establecen las metas, se toman las decisiones y se dan las pautas; representa la etapa formativa en la que comienza la cooperación, coordinación e integración de los jefes de departamento. Asimismo, el administrador también descubre que falta un objetivo o meta central de toda la organización. Por otra parte, la revisión de los objetivos de su departamento demuestra que, en general, son adecuados, al igual que los de las unidades clínicas del departamento, que establecieron los supervisores y las enfermeras jefe, y que incluyen la atención individualizada y la enseñanza de la higiene.

Es probable que el administrador de servicios de enfermería haya tenido que investigar mucho y realizar una gran cantidad de entrevistas para llegar a la conclusión de que existe una falla en el planeamiento para la formulación de las políticas. Quizá no sea evidente a primera vista, en especial porque los administradores sólo aparentan estar de acuerdo con la importancia del establecimiento de objetivos, a pesar de que

muy rara vez se ocupan verdaderamente de ellos. No obstante, si una investigación a fondo saca a relucir una falla en esta área, el administrador de servicios de enfermería puede asegurar a los principales funcionarios administrativos, sin temor a equivocarse, que si se aborda con inteligencia el problema, se obtendrán excelentes resultados, los cuales se reflejarán no sólo en el departamento en cuestión, sino en los demás.

Sería razonable preguntar: ¿Cuál es la gran diferencia entre el método de diagnóstico y un ataque muy superficial de los síntomas? Si empezamos así: Necesitamos mejores supervisores, más personal y reducir los costos, lo más probable es que obtengamos una infinidad de pruebas que respalden el método de diagnóstico. Tal vez la incapacidad de establecer los objetivos dé por resultado las mismas conclusiones; por lo tanto, la investigación terminará antes de tiempo y los esfuerzos por corregir la situación, por más drásticos que sean, serán insuficientes. Lo anterior se observa con frecuencia en los servicios de enfermería en los que predomina el funcionalismo, y no resulta sorprendente que los especialistas y algunos asesores puedan casi siempre descubrir "qué anda mal" en una organización que tiene problemas, aplicando sus conocimientos especializados.

No obstante, cuando se emplea el método de diagnóstico, tal vez el administrador de servicios de enfermería no pueda rastrear el problema hasta la etapa de los objetivos o, si logra hacerlo, quizá sólo sea en parte; esto significa que es preciso examinar los demás procesos de la administración

Planificación de la estrategia

El punto de partida para planificar una estrategia que sea útil para la organización y el servicio de enfermería, es la necesidad que existe en la comunidad de un servicio determinado de atención de la salud. La administración requiere un plan para ese servicio, que se base en las características y necesidades de la comunidad, los recursos de la organización y las condiciones del medio económico, un plan que prometa un buen

servicio. Sin lugar a dudas, la planificación de la estrategia se relaciona estrechamente con las necesidades de la comunidad.

Una estrategia eficaz implica el reconocimiento de las actividades más importantes para atender las necesidades de salud de la comunidad en un momento determinado. Es probable que durante las diferentes etapas de desarrollo y crecimiento, cambie la importancia dada a uno u otro aspecto de la atención de salud, porque, como un servicio social, debe adaptarse a los medios interno y externo de acuerdo con la demanda. Tal vez en un periodo, la investigación exija una atención especial, mientras que en otro, tal vez sea más importante la atención en los hogares o alguna otra actividad. A menos que los administradores puedan determinar las áreas que requieren atención especial en un momento dado, es probable que descubran que haber descuidado una situación crítica ha dado por resultado una disminución en la calidad del servicio que se ofrece a los miembros de la comunidad.

En principio, todo esto puede parecer lo más obvio, pero no es fácil ponerlo en práctica; por ejemplo, la estrategia forma parte de las políticas de la organización y en ocasiones las políticas se convierten en algo sagrado, tan sagrado que quizá los administradores posteriores duelen en cambiar una política determinada, ya sea porque resulta difícil atacarla con éxito porque no piense que las tendencias actuales no son más que modas que desaparecerán rápidamente.

PROGRAMACION Y COORDINACION

También se necesita otro tipo de planificación. ¿Qué cantidad y calidad de atención de enfermería se puede planificar por anticipado con alguna certeza? ¿Qué departamentos deben colaborar más estrechamente?

La función de planificación esclarece algunos problemas que surgen del hecho de considerar la administración como un conjunto de actividades departamentales, que no tienen ninguna relación con el objetivo central, es decir, con la calidad de la atención de los pacientes. Tal vez el departamento

de admisión desea un horario diferente y que se le avise con más anticipación acerca de la salida de los pacientes. Si se deja a su propia discreción, es probable que el departamento de cirugía desee normalizar los procedimientos mucho más de lo que puede aceptar el departamento de enfermería. Quizá haya una gran competencia entre los departamentos por obtener los recursos disponibles. Es cierto que los principales departamentos deben participar en la planificación, pero la administración tiene la obligación de resolver los conflictos de intereses en función de lo que sea más conveniente para alcanzar las metas de la organización.

INSTRUMENTO DE DIAGNOSTICO

Para el administrador de servicios de enfermería, el empleo del instrumento de diagnóstico significa que, sin importar el tipo de planificación, es fundamental hacer una valoración de la secuencia y de la cronología óptima de un programa. Tiene que preguntarse si alguno de los síntomas se deriva de la incapacidad de crear una estrategia o de algún otro aspecto de la planificación.

Si el plan se concibe con gran detalle, es probable que se puedan presupuestar o anticipar algunos de los problemas. Existen fuerzas que influyen en la planificación para poder equilibrar las necesidades de todas las unidades clínicas o departamentos. Quizá el administrador haya tomado intencionalmente un riesgo calculado y decidido que, en vista de los recursos limitados, el costo de la ineficiencia temporal en un área, será compensado con creces por los beneficios a largo plazo que se obtendrán en otra, por ejemplo, un programa de educación continua e investigación de enfermería. La pregunta es si el costo real es mayor que el anticipado y, en caso afirmativo, si es preciso revisar el plan. Por ende, la planificación representa un valioso instrumento de diagnóstico, que puede ayudar a los administradores a analizar los problemas de la organización.

Después de haber revisado la planificación, el administrador llega a la conclusión de que

si bien el plan no hizo las revisiones necesarias para que todos los jefes de departamento colaboraran, este paso no constituye la clave de sus problemas. Es necesario que el administrador pase al siguiente paso del diagnóstico, a otro de los procesos: La organización.

La organización como un instrumento de diagnóstico

La organización de una institución plantea problemas de adaptación a medida que crece la institución; por ejemplo, tal vez se encuentre necesario subdividir las responsabilidades con el fin de asegurar que determinadas actividades, tales como la investigación y los cuidados intensivos, reciban la atención adecuada, o tal vez sea preciso también establecer nuevas relaciones entre los departamentos a fin de reducir la tensión de los supervisores que se encuentran sobrecargados de trabajo. Quizá sea necesario tomar decisiones en distintos niveles, ya que la centralización excesiva hace que la organización pierda eficiencia. Todas las actividades del personal, nuevas y antiguas, deben adaptarse a la organización en forma tal que contribuyan a la calidad del trabajo y a la toma de decisiones. Asimismo, es preciso que el administrador preste atención a la tarea de la educación continua del personal.

Las características sociales de la organización complican la labor de adaptación; el cambio altera las costumbres y rutinas existentes y los intereses establecidos se oponen a la reducción de la autoridad o a la disminución del ámbito de las actividades. En consecuencia, el cambio demasiado rápido puede producir una disminución del espíritu de cooperación o moral del grupo.

El análisis exacto de un problema de organización constituye una de las tareas más difíciles; no obstante, se trata de un área en la que abundan los juicios apresurados.

Quizá el instrumento más importante que necesita el administrador, si desea profundizar en el análisis, es un vocabulario sistemático en cuanto a la organización. Por lo general se hace una distinción entre un "problema de organización" y un "problema

de relaciones humanas", una dicotomía que sería más útil para analizar aspectos distintos y bien definidos. Lamentablemente, es muy probable que un trastorno en las relaciones personales y otros problemas acompañen determinada dificultad estructural; si se analiza un sólo aspecto, se obtendrá un panorama distorsionado. Las situaciones de la organización poseen tantas dimensiones diferentes que resulta fácil encontrar lo que uno desea, ya se trate de un problema de status, de burocracia o cualquier otro entre un sinnúmero de conceptos que se pueden aplicar parcial, pero no totalmente.

Los atajos verbales que se emplean para analizar la organización, producen nociones erróneas en los acuerdos a que se llegue en un nivel bastante alto de abstracción, es probable que el acuerdo oculte diferencias fundamentales en la forma como se analizan los detalles de una situación; por lo tanto, es necesario hacer un esfuerzo mayor para examinar y discutir los sistemas de organización en función de la gran cantidad de elementos interdependientes que forman parte de los mismos, tales como grupos sociales e individuos.

La necesidad de concentrar la atención en los elementos independientes y de comprender al mismo tiempo la situación en su conjunto, dificulta la tarea. Con esto queremos decir, en las palabras de Mary Parker Follet (1942, pp. 91-92), que "se trata no sólo de considerar todos los factores que influyen en la situación, sino más que eso, la relación que tienen entre sí". Nos vemos obligados a recurrir a un marco analítico de referencia antes de poder seguir adelante. Los sistemas de organización poseen cinco aspectos, que se pueden examinar por separado siempre y cuando se tenga en cuenta la interdependencia que existe entre ellos.

ESTRUCTURA DE LOS PUESTOS

Al analizar la estructura de los puestos con el fin de detectar problemas, los administradores necesitan contar con varios puntos de vista. La enfermera de sala está en condiciones de juzgar la factibilidad de los métodos

y procedimientos; la enfermera jefe o la supervisora pueden analizar las tareas desde el punto de vista de la simplificación de las operaciones; el administrador de servicios de enfermería y sus colaboradores inmediatos, se ocupan de ver si la estructura de los puestos aprovecha la especialización y si los conocimientos prácticos de enfermería son económicos, suministran medidas adecuadas de control, reciben la atención necesaria y se coordinan con las actividades relacionadas. Asimismo, el administrador puede examinar los niveles donde se toman las decisiones para decidir si una mayor centralización o descentralización, de algunos puntos específicos, mejoraría la estructura.

Quizá la investigación saque a relucir las dificultades que se habían manifestado como fricciones entre las personas. De la misma manera, es probable que la investigación demuestre que los problemas observados en la comunicación o en las líneas de autoridad son en parte síntomas; por ejemplo, el problema que se diagnosticó de manera superficial como una falla en las comunicaciones, puede ser en realidad una deficiencia en la estructura de las comunicaciones y de los puestos.

SISTEMA DE AUTORIDAD

La asignación de un puesto lleva consigo la asignación de la autoridad para desempeñar las responsabilidades del mismo. En las publicaciones sobre administración existen muchos principios acerca de la definición, distribución y aceptación de la autoridad, que son útiles como pautas generales, pero que tienen un valor limitado cuando la principal preocupación consiste en crear relaciones cooperativas. Muchos problemas surgen en los límites de la responsabilidad del departamento, donde las soluciones parecen depender más de la cooperación que de la precisión en la definición de la autoridad.

Las publicaciones sobre la administración tradicional tiene mucho más que decir acerca de las relaciones que existen entre el superior y los subordinados que sobre las relaciones de trabajo de las personas que

se encuentran en diferentes canales de autoridad, pero que, de cualquier manera, deben cooperar para que se realice el trabajo. Al efectuar un examen con el fin de detectar si los síntomas de problemas se deben a fallas en la organización, el administrador de servicios de enfermería haría bien en analizar los dos tipos de interacción. Algunos autores suponen que se podría influir adecuadamente, y cuando sea necesario, en las relaciones cruzadas que existen entre personas que se encuentran en diferentes canales de autoridad, recurriendo al superior que tiene a cargo todas las actividades en cuestión. En la práctica, es raro que estos procesos formales consecuencias inconvenientes, sólo se deben utilizar como último recurso.

En ocasiones, el mejor camino de desempeñar las tareas no coincide con la forma, que de acuerdo con las creencias tradicionales, se debe emplear para distribuir la autoridad. Un estudio acerca de las relaciones que existen entre el personal directivo y el de asesoría ha demostrado que no se reducen a una fórmula sencilla, según la cual el especialista siempre "aconseja" o "conviene"; como experto en algunos asuntos, el personal de asesoría con frecuencia termina por tener el poder real para tomar ciertas decisiones, sin importar lo que indique el organigrama. El riesgo, que puede convertirse o no en realidad, pero que siempre es preciso observar, es que, la línea del rol y autoridad del supervisor como administrador se debilitará considerablemente.

SISTEMA DE COMUNICACIONES

La asignación de puestos y la localización de la autoridad establece algunos canales formales de comunicación, alrededor de los cuales se puede crear un sistema de comunicación que, a su vez, es importante para respaldar las relaciones de autoridad. Los canales informales constituyen la red a través de la cual interactúan las personas; en este caso, la idoneidad depende principalmente del comportamientos y capacidad de los individuos de comunicarse.

Es tan difícil lograr una verdadera habilidad para comunicarse que quizá el administrador pueda rastrear algunos de los problemas hasta llegar a este aspecto. El problema consiste en saber qué hacer después de presentarle el problema al funcionario administrativo "de más alto rango". A largo plazo, la educación puede servir de ayuda, pero a corto plazo, lo más probable es que los beneficios se limiten a mejorar otros aspectos del sistema de organización, que afectan de manera indirecta la comunicación. También es posible que la administración acepte su responsabilidad como una función diferente: crear un medio más apropiado para la comunicación.

SISTEMA SOCIAL

Las relaciones formales que existen en una institución de atención de salud comprenden una estructura, alrededor de la cual surgen las actividades informales. Los individuos miembros del sistema de la organización son también miembros de grupos más pequeños e interdependientes (organizaciones informales) en los cuales las personas están unidas por intereses comunes. Los cambios de diversa índole pueden alterar o perturbar las relaciones sociales que existen dentro de dichos grupos, y además pueden tener repercusiones en amplias áreas de la organización.

Los sistemas sociales reflejan el deseo que tienen los individuos de compartir con los demás sus experiencias, actitudes y creencias comunes y como tales, brindan a los individuos el respaldo y la seguridad que dan importancia al mundo del trabajo. Por otra parte, las normas del grupo representan también una medida eficaz de control sobre el comportamiento del individuo. Por supuesto, no siempre las costumbres sociales coinciden con los intereses de la administración, pero tampoco es cierto que siempre sean contrarias a los mismos. Quizá los miembros de un grupo lleguen a identificarse de manera notable con su trabajo y, por ende, con las metas de la organización que se les asignaron. Es muy im-

portante considerar el sistema social como un auxiliar de la integración.

EL INDIVIDUO

Los administradores están acostumbrados a juzgar la idoneidad de los individuos para realizar tareas específicas, pero también encuentran indispensable no ignorar su capacidad o incapacidad de relacionarse con los demás. Es importante darse cuenta de que si bien es cierto que algunas personas son sensibles a las normas del grupo, conservan también muchos sentimientos individuales; no sólo el medio de trabajo, sino también la vida fuera del mismo afectan su comportamiento. Aunque existen algunas razones para acusar a los miembros de la sociedad contemporánea de ser conformistas en aspectos tales como la forma de vestir, los alimentos y la elección de las películas que ven, continúan siendo sumamente individualistas en relación con sus creencias motivaciones, esperanzas y metas.

FUNCIONES INTERDEPENDIENTES

Como las cinco dimensiones anteriores del sistema de la organización son interdependientes, los cambios que surjan en una afectarán a las demás. Es posible que de vez en cuando todas las áreas se vean afectadas por las decisiones de planificación, control y operación, así como por las organizaciones profesionales, normas de la comunidad, tendencias económicas y demás factores ajenos a la institución. Se puede ejemplificar de diferentes formas la sensibilidad del sistema de la organización y la interdependencia de sus partes. A continuación presentamos un ejemplo de lo que podría suceder.

Un administrador de servicios de enfermería decidió incluir en el servicio nuevas habilidades de enfermería con el objeto de mejorar la atención de los pacientes; se requerían nuevos conocimientos y habilidades de enfermería que no poseía el supervisor, por lo que se contrató a una nueva enfermera para sustituirlo y se le dió el título de enfermera especialista clínica. Durante muchos

años, esa división de enfermería había sido bastante estable y las actividades que realizaban experimentaban pocos cambios. Algunos grupos de enfermeras calificadas habían alcanzado posiciones importantes respecto a las responsabilidades, ingresos y tareas. No obstante, nunca se explicó con detalle el nuevo cargo de enfermera, ni sus relaciones con la organización. En lugar de actuar como una enfermera especialista clínica, comenzó a asumir cada vez más responsabilidades de dirección, efectuó cambios en la disposición física y en el equipo, eliminó algunas rutinas tradicionales de trabajo y cambió ciertos grupos que estaban estrechamente relacionados. Algunos grupos de enfermeras más calificadas se quejaron directamente ante la administración del hospital, pasando por alto al administrador de servicios de enfermería, y por este medio lograron un aumento de salario. El personal de enfermería que ocupaba puestos inferiores, se preocupó tanto por la seguridad del empleo que disminuyó la calidad y cantidad de su trabajo. La enfermera especialista clínica se dedicó por entero a los detalles y pasó por alto la necesidad de crear relaciones adecuadas en su personal; la administración de enfermería siguiendo la costumbre de la organización, dejó que la enfermera especialista clínica administrara la división. La disminución de la calidad de la atención de los pacientes en esa división trajo como consecuencia una mala reputación de los servicios de enfermería que prestaba.

Si el administrador de servicios de enfermería limita su análisis a dos o tres aspectos del sistema de la organización, es probable que termine una vez más atacando los síntomas y no las causas. En el ejemplo anterior, todos los problemas de comunicación, status o autoridad reflejan, por lo menos en parte, la falla de los individuos o el trastorno del sistema social.

Supongamos que el administrador de enfermería, que ha seguido el método de diagnóstico, no ha sido capaz de identificar el problema que aqueja a la institución. En este caso, debe proseguir su investigación y examinar el proceso de dirección.

La dirección como un auxiliar del diagnóstico

El administrador de servicios de enfermería, que se ha rodeado de personas competentes, necesita familiarizar a estas personas con los fines, metas y objetivos de la organización y con los medios para alcanzarlos, es decir, con los fines de la dirección.

El esquema de planificación y organización suministra a los administradores de servicios de enfermería un mecanismo para alcanzar los fines; ahora, tiene que ponerlo a funcionar. La primera función del administrador para poner en marcha el mecanismo consiste en dirigir su puesta en práctica (Tannenbaum, 1949). La dirección es el empleo formal de la autoridad para guiar al personal de enfermería; incluye determinar los propósitos de la acción, los métodos y procedimientos que se deben seguir para alcanzar las metas. Las decisiones que adopten en relación con la dirección deben determinar el "qué", "como", "cuando" y "dónde". Al desarrollar los propósitos se proporciona el "qué", es decir, el contenido de la dirección. El administrador de servicios de enfermería y su personal, deben formular los fines, metas y objetivos de su departamento, pero tienen que hacerlo dentro del marco de las metas de la organización. Es preciso dividir los objetivos del departamento en objetivos de la división, del lugar y del individuo. La prueba final consiste en tener un objetivo particular para cada persona; es necesario coordinar todos los objetivos con el fin de producir resultados acumulativos sucesivos que lleven a la consecución del objetivo general de la institución como un todo.

En la definición de los métodos o procedimientos que se deben seguir para alcanzar los fines, se proporciona el "cómo", "cuando" y "dónde" de la dirección; también en este caso, el administrador de servicios de enfermería y su personal toman las decisiones amplias y generales, que se vuelven cada vez más específicas gracias a la intervención del personal que ocupa los puestos inferiores de la pirámide.

Una vez que se han tomado las decisiones relativas a la dirección, sirven de base para guiar la acción; la mayor parte de ellas se toman con el fin de guiar al personal en acciones que se repiten con frecuencia y en muy pocas ocasiones, o nunca, para dirigir acciones que se realizan sólo una vez. Para evitar la duplicación innecesaria de la toma de decisiones, los administradores han creado una serie de mecanismos o instrumentos, que se conocen como presupuestos, políticas, procedimientos, normas, programas y diseños. Estos mecanismos permiten disponer de un tiempo sumamente valioso que, de otro modo, tendría que dedicarse a la tarea de volver a decidir, y los administradores también los utilizan como criterios, ya que cada uno implica una norma de desempeño que es necesario alcanzar.

Si se estudian los síntomas de los problemas en términos de las funciones de dirección, se puede establecer el hecho de que los fines de la organización se definieron claramente en el papel, pero que la definición es inadecuada y no se ha comprendido bien; no se han tomado las previsiones necesarias para incluir las metas de los individuos ni se ha esclarecido el propósito que debe alcanzarse con las actividades de cada una de las enfermeras. Asimismo, falta un conjunto eficaz de políticas claras y bien definidas que proporcione a los miembros de la organización la seguridad que necesitan para tomar las decisiones correctas.

Cuando el administrador ya ha profundizado sus conocimientos mediante el análisis de la función directiva, debe completar el proceso estudiando el proceso de control.

El control como un auxiliar del diagnóstico

Aunque el administrador visualice cuál es el objetivo cómo debe alcanzarlo y quién tiene que hacer el trabajo y poner en práctica los planes, todavía le falta establecer un mecanismo de control y hacer un seguimiento para estar seguro que se lleven a cabo los planes. El administrador no siempre puede anticipar los acontecimientos, por lo tanto algunas veces es preciso modificar los planes con gran rapidez; se necesita un esquema

para comunicar a la administración lo que está sucediendo en el nivel donde se presta la atención a los pacientes, con el objeto de evitar que el servicio y la atención escapen del control.

El control es la función de verificar el desempeño y evaluar los resultados, comparándolos con una norma, que depende de lo que se desee controlar; la norma se puede establecer en función de fechas límite para concluir una tarea o de mediciones de eficiencia de alguna especie, tales como costo unitario, cantidad y calidad de la atención de los pacientes y costos de la mano de obra directa. En los niveles inferiores de operación de la organización, se pueden aplicar con facilidad las técnicas del contador de costos y del supervisor si las tareas se convierten en rutinas y procedimientos, no obstante, si la administración superior no está segura de sus objetivos o no ha planificado con miras hacia el futuro, se afecta el control de los niveles inferiores.

En el mejor de los casos, el control representa una tarea difícil, como saben los administradores experimentados; hay dificultades para saber qué información es importante y cómo obtenerla. Es peligroso depender únicamente de una sola técnica, tal como los informes formales presentados por los subordinados. El administrador de servicios de enfermería confiado, que nunca se acerca al departamento de un supervisor, puede encontrar que se equivocó al otorgar su confianza, ya que surgen problemas graves cuando existe un retraso entre el surgimiento del problema y el momento en que aparece en los informes. Tal vez nunca se alcance la meta de estar completamente informado de lo que sucede, pero es preciso reconocer que existe la tendencia a eliminar las malas noticias a medida que la información pasa a los niveles superiores.

Con frecuencia se relaciona la *coordinación* con el control; si se ha realizado un buen trabajo en la selección de objetivos, planificación, organización, dirección y control, el resultado neto será un esfuerzo coordinado. Para lograr un esfuerzo coordinado, los administradores de todos los niveles deben

saber cuál es la meta, cómo alcanzarla, quién tiene que hacer cada tarea y cuándo es necesario modificar los planes y las actividades. En otras palabras, la coordinación no es una función independiente y diferente de la administración, sino que es una combinación de todas las demás funciones, las cuales se relacionan estrechamente y dependen de la buena administración para ser eficaces.

Formulación del diagnóstico

Si el administrador de servicios de enfermería ha realizado un trabajo cuidadoso de investigación e interpretación de los resultados, obtendrá un panorama más claro de los problemas subyacentes de la organización que se hubieran podido encontrar limitándose al examen de las categorías de los departamentos. El administrador cuenta ahora con algunos "puntos" en que apoyarse. Si su análisis indica que los síntomas se derivan en su mayor parte de fallas en ciertos procesos administrativos, podrá reunir las pruebas para demostrar que estas fallas han producido ondas e incluso olas de reacción en toda la institución, y evitar generalizaciones tales como "la organización necesita más supervisores" o "el problema de la organización es falta de fondos".

Después de haber analizado los síntomas y de estar en condiciones de realizar un diagnóstico, el administrador de servicios de enfermería debe preguntarse: "¿Qué debo hacer al respecto?" Una vez más, encontrará que el concepto del proceso de la administración puede ayudarle a formular un plan de acción.

El objetivo de este método particular de análisis consiste en comprender más a fondo los problemas subyacentes que aquejan la administración de los servicios de enfermería, y no en dedicar toda la atención a la determinación superficial de un problema, por ejemplo un problema de control o de personal, aunque existan muchos de esos problemas que son comunes a todas las organizaciones. La forma en que se ve afectada una organización determinada y la manera como se tiene que tratar el problema, varían de acuerdo con el caso. Se llegó a la conclusión

de que el problema subyacente era la falta de centralización de la autoridad, lo cual hizo que las diferentes partes de la organización establecieran sus propios objetivos internos, independientes e incongruentes con el fin general; por ejemplo, el objetivo general de la institución de atención de salud es la atención de los pacientes, pero pueden surgir muchos objetivos secundarios en el proceso de organización; tal vez se utilice la institución de atención de salud como un centro de investigación o educación. Si bien ninguno de estos fines es incongruente con los objetivos generales, es importante que su consecución no se realice a expensas del objetivo principal, es decir, la atención de los pacientes.

Asimismo, se descubrió que otra falla se derivaba del hecho que el ejecutivo no había establecido una meta general de la organización a la que pudieran aspirar todos los departamentos. Además, se encontró que no se había invitado al administrador de servicios de enfermería a participar en la formulación de los planes y políticas generales de la organización y, por ende, no se motivó la colaboración de los jefes de departamento en la planificación. La planificación, que es fundamentalmente el control del tiempo, pasó a ser de importancia primordial. En la organización, no se reconoció la importancia de las relaciones que existen entre los factores de la estructura de los puestos, el sistema social, el individuo, el sistema de autoridad y la comunicación. Parecía que los grupos informales, formados por los miembros del personal, eran los que mantenían unido al grupo. La satisfacción se derivaba de la asociación con personas dentro del trabajo. El personal de enfermería no era adecuado para desempeñar las tareas; la enfermera de sala no tenía total responsabilidad sobre la atención de los pacientes, ni se le habían asignado algunas funciones de coordinación. No se comprendían las reglas y normas que limitaban los procesos de trabajo. Las decisiones se tomaban fundamentalmente en el nivel de los supervisores. Las tareas no tenían ninguna relación entre sí y la comunicación era prácticamente in-

xistente. No se había comprendido bien el control sobre los procesos de trabajo; los controles eran completamente ajenos a las situaciones de trabajo y se dividían en sub-tareas; la cohesión entre las sub-tareas estaba en manos de la organización y no del personal responsable.

El diagnóstico del problema subyacente al que tuvo que hacer frente el administrador de servicios de enfermería de nuestro ejemplo, se puede enunciar como concentración de la atención en las relaciones interdepartamentales o en la integración, lo cual dio por resultado la fragmentación de la atención de los pacientes o la incapacidad del sistema para integrarse. Este diagnóstico incluye funciones relacionadas con la integración del individuo a la organización, asegurando así su cooperación y disposición a cumplir con los objetivos de la organización, y la integración de todas las partes del sistema social, de tal forma que la organización pueda lograr cierta unidad y coherencia sociopsicológica. En esta tarea es muy importante la creación de valores comunes a toda la organización, compartir las normas, actitudes y entendimiento mutuo, que pueden suministrar un universo común de discurso a los diferentes grupos y miembros, así como socializar y unir a los miembros dentro del sistema.

Georgopoulos (1972) identificó siete categorías en las que se pueden clasificar todos los problemas, ya sean de la organización, de los individuos o de los grupos: falta de integración, tensión, reducción en la productividad de la organización, falta de coordinación, distribución inadecuada de los recursos, incapacidad de adaptarse al medio externo y dificultad para sobrevivir o conservar la identidad e integridad como sistema que resuelve problemas; frente a los cambios que se producen constantemente en el medio, cuando se identifica uno cualquiera de los siete problemas como el problema fundamental, también aparecen los otros seis.

INTERVENCION

La pregunta que se debe plantear en este momento el administrador del servicio de

enfermería es: ¿Qué hago para resolver el problema? La respuesta es clara: Hacer todo lo posible para (1) mejorar las relaciones y responsabilidades entre los departamentos, (2) mejorar las relaciones dentro del mismo departamento y (3) aumentar la comprensión del departamento de enfermería respecto a la organización de la atención de salud en su totalidad.

La siguiente pregunta es: ¿Qué resultados (u objetivos) se esperan del cambio y cómo se deben medir? Los objetivos son: (1) mejorar la atención de los pacientes, en especial reducir la fragmentación, (2) lograr un esfuerzo común en todo el equipo humano para alcanzar el objetivo principal en la mayor medida posible y (3) establecer mediciones de los resultados.

Técnicas de cambio y estrategia

La elección de una determinada técnica de cambio depende de la naturaleza del problema que haya diagnosticado el administrador, quien debe decidir qué técnica tiene más probabilidades de producir los resultados deseados. Donnelly, Gibson e Ivancevich (1971), clasificaron los problemas de acuerdo con el aspecto en el cual debía hacer hincapié la técnica para generar los resultados deseados. Identificaron los tres problemas siguientes: (1) comportamiento, (2) estructura y (3) tecnología. Esta clasificación no implica de ninguna manera que exista una división definida entre las tres clases; por el contrario, es necesario reconocer y anticipar la relación que existe entre ellas. La técnica de cambio, de acuerdo con el núcleo de nuestro problema, se refiere a cambios en el comportamiento (conocimientos, actitudes y habilidades) y a la estructura de los puestos (tareas que se deben desempeñar y efecto de la nueva maquinaria en el personal).

Sin embargo, en lo que se refiere a los cambios en el comportamiento, no es necesario comenzar desde el principio; por lo general en las organizaciones se ha adelantado mucho trabajo; se han iniciado algunas acciones que tienen que ver con las relaciones humanas y las relaciones públicas. Se cuenta ya con el análisis de las tareas y la descrip-

ción de los puestos y ya está funcionando el análisis de los procesos y los esquemas de las actividades. De hecho, todos estos elementos son productos típicos de una organización a la que Lewin (1947) describiría como "congelada" y "aislada". Se analizan, cuantifican y esquematizan los procesos y las relaciones de acuerdo con un modelo racional; las personas se adaptan a la organización. En esta organización estática, lo más importante es la forma como se administran las relaciones y los procesos y la manera como se adaptan las personas. El método que se siga determina si estos procesos y relaciones se manejan como sistemas abiertos, permeables a la innovación y al desarrollo, o como sistemas cerrados.

Nuestro análisis indica:

1. La necesidad de establecer la colaboración entre los grupos y mejorar las relaciones de trabajo entre los grupos de los diferentes departamentos.
 2. La necesidad de analizar el sistema de incentivos para los grupos de personal. Los incentivos por lo general se han concedido, en su mayor parte, por servicios individuales prestados en su propia especialidad; no se otorgaban por el trabajo de colaboración con otras unidades clínicas o departamentos.
 3. El reconocimiento de que en las organizaciones de los grupos de personal había una gran capacidad y de que muchas de las habilidades se superponían, además de estar de acuerdo acerca de que, el trabajo en equipo, con una combinación de investigación operaciones y conocimientos sobre la ciencia del comportamiento, constituye el mejor diagnóstico y es muy útil para resolver los problemas.
 4. La necesidad de mejorar la función de los recursos humanos o de personal en los departamentos, con el objeto de reducir su dependencia de la administración superior.
 5. La necesidad de que los administradores examinen su propio estilo de administración de recursos humanos.
 6. La necesidad de que los administradores y el personal que se encuentra bajo sus órdenes resuelvan sus problemas colectivamente.
 7. La posible necesidad de algunas nuevas formas de organización de los servicios de acuerdo con las solicitudes y maneras de prestarlos.
- La estrategia indicó que:

- 1 Era preciso realizar algunos esfuerzos para la conformación de equipos dentro del personal, con el objeto de esclarecer la imagen que éste tenía de sí mismo
2. Se debía fomentar el trabajo colectivo entre los grupos de los distintos departamentos para encontrar metas y formas comunes de fortalecer la colaboración.
- 3 La necesidad de mayor información acerca de las necesidades y problemas de los administradores.
- 4 Los administradores debían analizar la calidad de las funciones del personal en las unidades, como una base para mejorar la capacidad de cada departamento.
5. Fortalecer las actividades cooperativas entre los representantes de los departamentos y los representantes del personal para tratar de resolver los problemas que existían entre los grupos y encontrar formas más efectivas de colaboración y de prestación de servicio.
- 6 La administración superior y los administradores de nivel medio debían revisar periódicamente el estado de las relaciones y del trabajo

Principios para la solución de problemas

LOS RECURSOS HUMANOS EN LAS ORGANIZACIONES

Las personas que comprenden las complejidades de la interdependencia recíproca y basan su cooperación en la confianza mutua, constituyen la principal fuente de apoyo de las relaciones que existen entre los subsistemas. Estas personas, al confiar unas en otras, crean el ambiente necesario para el funcionamiento eficaz. Una condición imprescindible para realizar este trabajo es la profunda comprensión de la naturaleza de las relaciones interdependientes y las características de la confianza y la franqueza interfuncional e interpersonal. Uno de los factores más importantes es el concepto de que la confianza y la seguridad no se pueden crear ni organizar, sino que es preciso generarlas sobre la base de un proceso continuo de evolución de las relaciones interpersonales; esto se aplica a los grupos de trabajo, a los departamentos y a todos los niveles jerárquicos de la organización; también es válido para las relaciones con los pacientes, familias, miembros de la prensa

y demás individuos ajenos a la institución. Si fuera posible visualizar estos procesos, el esquema de organización de esta fase estaría constituido por una red de relaciones, que muestra el nivel de conciencia de las personas que forman parte de la organización y el grado de confianza que cada uno de estos elementos haya creado respecto al otro.

ORGANIZACION DEL PROCESO

En la planificación que se lleva a cabo para organizar el proceso, se producen una gran cantidad de interacciones entre los diferentes grupos que participan en el campo de la atención de la salud entre los que cabe mencionar al personal, el flujo de servicios, los flujos de información y circulación de equipos y suministros. En realidad, es posible considerar la institución de atención de salud como una mezcla sumamente complicada de procesos, que van desde los procesos que se efectúan una sola vez hasta los procesos cíclicos, y desde los procesos a corto plazo hasta los procesos a largo plazo, por ejemplo, desde el manejo de la correspondencia en el escritorio del administrador (un proceso diario al desarrollo administrativo (un proceso a largo plazo que puede durar un año o más). En la actualidad es normal considerar a la organización y a todas las funciones y departamentos que la constituyen como un sistema de *insumos y productos*, sin tener en cuenta a la unidad de la organización es un departamento educativo, un departamento contable o una clínica (Fig. 9-2).

El administrador de servicios de enfermería de nuestro ejemplo sabía que los subsistemas funcionales verticales no son tan importantes como el flujo horizontal de trabajo que pasa a través de los diferentes departamentos y niveles. Su personal trató de analizar estos procesos de llegar a establecer procedimientos normalizados. No obstante, la normalización de los procedimientos nos recuerda el problema de la "congelación", en el que las reglas se aplican automáticamente, sin tener mucho en cuenta los problemas mismos, por lo que puede surgir el problema del aislamiento. Al crear

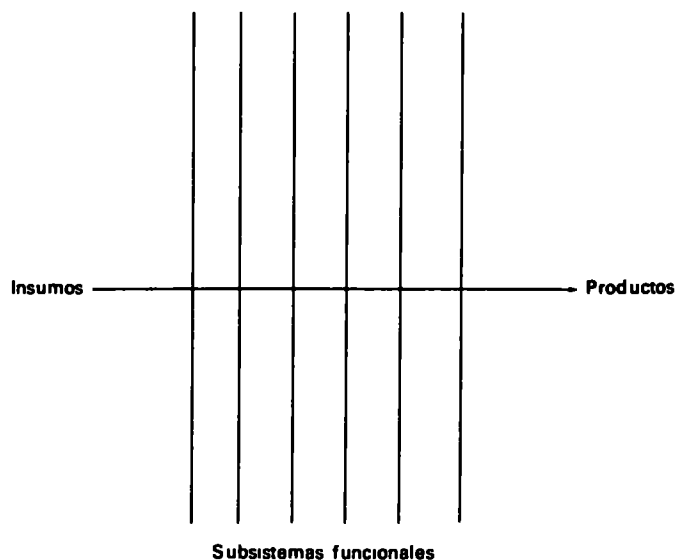


Fig. 9-2. Subsistema funcional

un sistema de integración para la organización, es de primordial importancia ayudar a los administradores y a su personal a encontrar un nuevo método para muchas de las técnicas, métodos y procedimientos normalizados. La cibernética trabaja con el principio de sistemas cerrados. El método para llevar a cabo los cambios dentro de una organización se debe basar en el concepto de sistema abierto, la importancia de un sistema abierto se vuelve evidente al reconocer que todos los procesos de la organización son subprocesos de un proceso más amplio y que, por ende, tienen que subordinarse al proceso más amplio; por ejemplo, la enfermería es un subproceso del proceso general de la atención de salud, y la medicina también es una parte de un proceso más amplio. Tanto la enfermería como la medicina comienzan con las necesidades de los pacientes y terminan con la satisfacción de las mismas. Todos los procesos deben ser receptivos a los insumos procedentes de la parte superior y externa, y a los cambios procedentes del interior, cambios en la tecnología y en los seres humanos; para que sea eficaz, todo el proceso debe ser siempre dinámico. La lección más importante que nos brinda la experiencia en la administración de servi-

cios de enfermería es que los verdaderos cambios sólo se llevan a cabo cuando las personas tienen confianza en sí mismas y trabajan de manera consciente en estos procesos. Sólo entonces se puede decir que una organización se está transformando en un sistema integrado. En consecuencia, una pregunta esencial es ¿Qué condiciones permiten que los grupos y las personas actúen con mayor confianza en sí mismos y de forma inteligente en beneficio de la unidad mayor de la cual forman parte?

La inteligencia se puede definir como la capacidad de comprender el propio trabajo en el contexto de la unidad. La comprensión y el panorama general presuponen que no es capaz de colocarse por encima de los procesos y actos reales; para esto, es necesario tener en cuenta los métodos e ideas mediante los cuales se cumplen las metas, es decir, *pensar en las políticas*, que se reflejan en la forma de actuar que se elige. Para actuar con inteligencia, es preciso por lo menos comprender los criterios que sirven para evaluar las soluciones de los problemas. Las políticas que se formulan en un nivel superior y se comunican a los niveles inferiores no dejan de ser abstractas, y sólo cobran vida cuando se invita a las personas

a trabajar con ellas y comprobar su validez, logrando así que las personas se sientan verdaderamente responsables de las innovaciones producidas en su medio de trabajo. De esta forma, es posible determinar las limitaciones de ciertas políticas, descubrir las fallas y defectos, para mejorar y adaptar las políticas.

LA ACTUACION INTELIGENTE

La forma inteligente de actuar implica actos que contribuyen a la consecución de la meta, y permite que las personas regulen y mantengan su propio trabajo en un marco de limitaciones aceptadas. Lo anterior sólo es posible cuando la administración acepta la idea de la autoorganización y del autocontrol durante la fase de integración. Una condición necesaria para que esto suceda es que la planificación comprendida y visible, planificación en el sentido de normas relacionadas con la cantidad de productos, calidad, costos, y programas de distribución y planificación a corto plazo relacionados con el rendimiento. El punto más importante de la planificación es que los participantes intervengan en un grado tal que se produzca la autoorganización. En especial, esto se lleva a cabo cuando se vuelven evidentes las consecuencias de sobrepasar las normas establecidas y el propio límite de discreción. En este sentido, un método adecuado es la *planificación de rutas críticas*, brindando al mismo tiempo la discreción suficiente para improvisar cuando sea necesario; este método muestra con claridad las relaciones.

La actuación inteligente en beneficio de la unidad se relaciona estrechamente con la motivación, es decir, con el hecho de sentirse comprometido a relacionar su propio trabajo con el de los demás. Quizá en este punto uno sea capaz de identificarse con las metas, el significado y los propósitos sociales del trabajo. Cuando se crea una organización, esto sucede, hasta cierto punto, de manera espontánea; existe una atracción emocional directa a causa del estrecho contacto que hay entre la administración, el personal y los pacientes; posteriormente, la planificación obscurece las metas y la organización corre

el riesgo de no satisfacer las necesidades de los pacientes. La continuidad y el control de costos se convierten en metas por sí mismos y dejan de ser condiciones para servir a los pacientes de la mejor manera posible. Con la integración, la administración vuelve a interesarse en determinar las necesidades reales de los pacientes; la investigación de las necesidades y motivaciones de la comunidad trata de volver funcionales las necesidades de los pacientes. El proceso moderno de determinar las necesidades de la organización y el proceso de la administración por objetivos tienen como finalidad lograr la integración. El autocontrol sólo se puede poner en práctica cuando las metas de la organización se convierten en algo tangible en la mente de cada miembro del personal; el autocontrol sirve para motivar a las personas que contribuyen a la consecución de las metas de la organización.

LIMITACIONES

La selección de la técnica de cambio se basa en el diagnóstico del problema, aunque la elección del cambio se ve afectada por ciertas condiciones que existen en el momento de tomar la decisión. Filley y House (1969) identificaron tres fuentes que influyen en los resultados de los programas de desarrollo administrativo, que se pueden generalizar para abarcar toda la gama de cambios que puede efectuar una organización, ya sean estructurales, tecnológicos o de comportamiento; estas fuentes de influencia son el ambiente de la dirección, la organización formal y la cultura de la organización.

El ambiente de la dirección se refiere a la naturaleza del medio del trabajo, que es el resultado del estilo de dirección y de las prácticas administrativas de los superiores. Cualquier programa de cambio que no cuente con el respaldo y compromiso de la administración, tiene pocas probabilidades de éxito; es necesario que, por lo menos, los administradores se muestren neutrales con respecto al cambio.

Asimismo, la organización formal tiene que ser compatible con el cambio propuesto; esto incluye los efectos en el medio que se

derivan de la filosofía y políticas de la administración superior, así como de los precedentes legales, la estructura de la organización y el sistema de control. Por supuesto, cada una de estas fuentes de influencia puede ser en sí misma el centro del intento de cambio; lo importante es que el cambio efectuado en una de ellas debe ser compatible con todas las demás; por ejemplo, un cambio tecnológico que implique la eliminación de personal, es contrario a una política de garantía del empleo.

Poner en práctica la solución propuesta: acción

Recomendamos los siguientes actos:

- 1 El grupo administrativo de los servicios de enfermería debe establecer programas de creación de equipos que se dediquen a fortalecer sus propias relaciones interpersonales y a la eficacia del grupo.
- 2 Los miembros de este equipo deben asistir a programas avanzados de desarrollo de la organización, con el fin de mejorar su capacitación en enfermería.
3. Es preciso celebrar regularmente reuniones en el departamento, de los jefes de servicio de enfermería, con los jefes de otros grupos profesionales relacionados con el desarrollo de la organización y los jefes de los departamentos responsables de las comunicaciones. Es necesario celebrar varias reuniones mixtas entre los administradores de enfermería de más alto rango y todos los miembros de los grupos, a fin de examinar las relaciones y los problemas, trabajar en la definición de metas comunes y mejorar los métodos de trabajo.
4. Con el objeto de facilitar el programa de desarrollo de la organización, los administradores contarán con un número determinado de administradores auxiliares (tanto directivos como de asesoría) para que actúen como "agentes de cambio". Su tarea consistirá en brindar ayuda a las diferentes unidades de la división en la que se estén llevando a cabo los cambios y en colaborar en las actividades de integración de los equipos para mejorar la colaboración entre los grupos y la planificación. Este grupo participará activamente en un programa intensivo de superación personal, en el cual participarán, cuando se estime conveniente, asesores especializados en ciencias del com-

portamiento, pertenecientes al personal docente de una universidad.

- 5 Es necesario crear un organismo coordinador, constituido por personal directivo que represente a todos los niveles de la administración, y por los jefes de las distintas organizaciones de personal que se constituyan; éstos últimos actuarán como grupo de estudio para no perder la perspectiva y continuar el desarrollo de todo el esfuerzo de cambio en el área de las relaciones humanas. Este grupo se reunirá trimestralmente con dos jefes de departamento con orientación hacia las ciencias del comportamiento.

FUNDAMENTACION FILOSOFICA

El primer paso para poner en práctica la solución propuesta, es asegurarse que los miembros de la administración superior posean habilidades conceptuales; en caso contrario, es preciso hacer un esfuerzo consciente por inculcarles nuevas ideas. Una de las habilidades conceptuales más importantes es el acto de pensar es función de modelos de desarrollo. Es preciso pensar en función de procesos y de estructuras en constante cambio de diferentes aspectos y relaciones.

INTEGRACION DE EQUIPOS

El siguiente paso consiste en integrar un equipo administrativo cohesivo del servicio de enfermería, con objeto de analizar y discutir explícitamente las relaciones del equipo superior y de formular las metas y los objetivos para la organización y sus políticas. Es posible comenzar a trabajar con las relaciones interpersonales y, posteriormente, estudiar los objetivos y las políticas y evaluar al mismo tiempo la interacción y las habilidades sociales.

Lo que es válido para el equipo administrativo superior respecto a las habilidades conceptuales, competencia interpersonal y objetivos y políticas creativos, es válido también para todos los niveles de la estructura. Los asistentes de la administración o los administradores adjuntos y sus colegas inmediatos (directivos y de asesoría), constituyen un círculo; tales círculos se deben relacionar para lograr una comunicación y un

desarrollo eficaces. Al poner en marcha este proceso, se vuelven realidad el autocontrol y la innovación; en general, cuando hay un ambiente de confianza y franqueza, el resultado de este proceso es la aplicación de la filosofía de la *administración por excepción*, que significa que toda la atención se concentra en las situaciones extraordinarias y contrarias a las políticas.

ANÁLISIS DEL PROCESO: NIVEL HORIZONTAL

Hasta el momento, nos hemos limitado a describir los pasos del desarrollo del proceso vertical. Los procesos laterales de cambio funcionan a través de los departamentos y del respaldo de la organización. Es necesario que el personal de enfermería participe en el cambio y en la innovación, que se le ayude a comprender su situación y que aprenda a relacionarla con las metas y objetivos generales de la organización. Con frecuencia, la creación de grupos horizontales *ad hoc* es de suma utilidad para lograr este propósito. Por otra parte, es de primordial importancia dar a conocer las reglas y normas que regulan y limitan estos procesos de trabajo en la atención de enfermería.

LA DEPARTAMENTALIZACIÓN EN UNIDADES INDEPENDIENTES

Si los pasos anteriores se pusieran en práctica con éxito, la organización se volvería más accesible y tangible, ha llegado el momento de dar una mayor independencia a algunas unidades de la organización. El objetivo general de la organización es, sin lugar a dudas, aplicar el criterio predominante para introducir el concepto de unidad independiente. Las unidades funcionales tienen objetivos secundarios; cuanto mayor sea la distancia que los separa de los objetivos generales y reales, menos adelantados serán estos objetivos secundarios. Se ha descubierto que cuando es preciso transferir un objetivo general más de tres veces a lo largo de la estructura, desaparece la motivación. Las unidades independientes poseen objetivos auténticos, por ejemplo, su propio servicio y su responsabilidad respecto a los costos;

en la práctica, existe una infinidad de variaciones, por ejemplo, la autonomía relativa que se da a las unidades legal y de investigación y la dependencia relativa de la función de educación continua en una organización de gran tamaño. Asimismo, es probable que dichas unidades cuenten con la libertad necesaria para brindar sus servicios a terceros, mientras que la organización central también está en libertad de buscar la mejor propuesta en el medio externo. El principio de las unidades independientes se encuentra en un nivel superior al de las relaciones subordinadas, pero las condiciones para actuar de acuerdo con ese principio, requieren una mayor madurez de las partes; además, la iniciación de esas relaciones de trabajo fomentan la madurez, de la misma manera que las relaciones subordinadas la suprimen.

El proceso que concebimos se puede describir como un sistema de círculos; el administrador de servicios de enfermería decide si los círculos se mueven hacia arriba o hacia abajo. El administrador de servicios de enfermería debe comenzar a aplicar el principio de unidades independientes tomando las siguientes medidas.

- 1 Definir el alcance de acción de las decisiones relativas a las políticas, es decir, determinar qué políticas conservará en sus manos la administración central y cuáles se dejarán en manos de las unidades independientes.
- 2 Respaldo a los asistentes de la administración de servicios de enfermería en todo el departamento u organización, sin tener en cuenta las unidades y las unidades independientes.
- 3 Adoptar los principios de políticas generales que cuenten con el apoyo de todas las unidades independientes de la organización.

ESTRUCTURACIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN QUE SE MOTIVE A SI MISMA

La filosofía de la organización estática excluye la creación de grupos, puesto que los cargos se perciben y organizan como tareas de una sola persona; cuando la tarea se torna demasiado grande, se asignan subtareas en un nivel inferior. La relación que existe entre estas subtareas se determina en el ni-

vel superior, ya sea que la decisión la tome el jefe de un departamento de personal o un grupo de estudio y trabajo. La comunicación acerca del contenido del trabajo se vuelve superflua y, por lo tanto, con frecuencia la comunicación es negativa y hostil a la administración

Los supervisores son los únicos responsables de la coordinación de la atención de enfermería y la supervisión se dirige a los niveles inferiores. Lo mismo sucede con los superiores que coordinan su trabajo; en consecuencia, la organización estática es, por naturaleza, autocrática y tiene más poder en el nivel superior. Esta estructura de organización se desintegra, en especial en el nivel más bajo, donde no hay ninguna cohesión fundamental, porque las enfermeras no tienen ninguna responsabilidad de integrar grupos, lo cual obstaculiza la creación de un sentimiento de pertenencia. El proceso de desintegración tiende a efectuar toda la organización; los supervisores se sienten enajenados y comienzan a organizarse para definir su actitud respecto a la administración superior.

En el proceso de integración, es de capital importancia unir la organización en el nivel más bajo, mediante la formación de grupos horizontales que sean responsables de diversas funciones de coordinación; estas funciones se relacionan con (1) la distribución de las tareas dentro de un grupo de trabajo, (2) los elementos de la microplanificación y el autocontrol, (3) la detección de problemas y el mantenimiento preventivo, (4) la regulación del flujo de información, (5) la rotación en el desempeño de tareas específicas y (6) la introducción de políticas e instrucción sobre las tareas e innovaciones en la atención de los pacientes.

El proceso de unión tiene un efecto multiplicador; cuando se delegan mayores responsabilidades en el nivel de la enfermera de sala, deja de ser necesario que los supervisores estén presentes en todo momento y pueden utilizar ese tiempo para coordinar las diferentes unidades o departamentos y para desempeñar otras tareas de igual o mayor importancia.

Los supervisores comienzan a funcionar como enlace entre los departamentos y a desempeñar actividades de integración; esto significa que ha cambiado la tarea del supervisor, quien toma decisiones diferentes de las que toma la enfermera de sala. En realidad, este proceso ha creado muchos departamentos de personal. Nuestra tesis es que si la reorganización comienza en la base de la estructura, desaparecen gradualmente uno o varios niveles administrativos, y cambia la naturaleza de la función de los departamentos de personal. La función del supervisor consiste en responder a las preguntas que le planteen los subordinados y en brindar ayuda, en lugar de comunicar instrucciones a los subordinados

SEPARACION DE LA RETRIBUCION ECONOMICA Y LOS RESULTADOS

Como se dijo anteriormente, uno de los síntomas más graves de la organización estática es la disminución de la motivación del personal, que lleva a poner un énfasis exagerado en la compensación económica. Es perfectamente justificable decir que los que rinden más deben ganar más; no obstante, el procedimiento de pagar de acuerdo con los resultados, que utilizaba métodos científicos muy complejos para evaluar el desempeño y establecer escalas, y que creaba un medio psicológico en el que el dinero interfería con la cooperación y motivación del personal y entre el personal y los supervisores, a menudo transformaba a los miembros del personal en agitadores a los que les importaba muy poco el contenido de su trabajo. La integración trata de crear un medio de motivación completamente nuevo; la introducción de objetivos claros y con un propósito definido, el fomento de la responsabilidad y el deber y la reestructuración de los procesos de trabajo, exigen que la compensación económica interfiera lo menos posible con el desempeño real y con las relaciones interpersonales. Las organizaciones que se dedican a la atención de la salud han pasado con éxito, por medio de contratos colectivos, de las escalas de salarios basadas en la evaluación, a salarios semanales y mensuales

fijos, conservando al mismo tiempo la capacidad de establecer normas y de controlar el desempeño. La integración del personal constituye una parte importante del proceso de integración

DISTINCION EN LA ADMINISTRACION DE RECURSOS, PROCESOS, RELACIONES Y SUMINISTRO DE INFORMACION

Una organización que actúa conforme a los lineamientos descritos, necesita que se haga una clara distinción entre los problemas relacionados con: (1) el aspecto del servicio relativo a los recursos, (2) el flujo de trabajo y el desarrollo del proceso, (3) las relaciones humanas y todos los aspectos de los recursos humanos que trabajan para lograr el éxito del servicio y de la organización, y (4) el suministro de información, cuantitativa y cualitativamente.

En la actualidad, muchas organizaciones han comenzado a considerar el proceso de sus servicios desde el punto de vista del flujo de trabajo (insumos y productos), ignorando el punto de vista limitado que concentra la atención en los departamentos, funciones y elementos. Es muy posible que estas instituciones adopten la forma de organización de la administración de recursos y del desarrollo de los procesos. En el ámbito de la administración de recursos humanos, esta forma de organización debe ser una parte integral de la administración misma y no fundamentalmente una tarea de los departamentos y especialistas en personal. Para lograr la orientación hacia las metas, es necesario contar con un flujo y una evaluación constantes de la información; la computadora, con sus sistemas de procesamiento de datos, desempeña un papel importante en este aspecto. Sólo un sistema flexible, creado como una organización de servicio y no como un centro de poder, puede fomentar el desarrollo de la organización.

EVALUACION

Para medir los resultados de los objetivos se requiere la recopilación de información que mida los objetivos deseados y determine la tendencia de mejoramiento que se espera

lograr con el transcurso del tiempo; el primer punto es más fácil de resolver que el segundo, aunque ninguno tiene una solución sencilla. El estímulo para efectuar cambios está deteriorando la atención de los pacientes, criterios para evaluar el desempeño que los administradores atribuyeron a relaciones deficientes entre los departamentos o a falta de integración. Como se indica en el Cuadro 7, los criterios pueden ser cualquier número de indicadores de los objetivos.

La Fig. 9-3, presenta las actividades del paciente y permite que las enfermeras, con un simple vistazo, sepan dónde se encuentra el paciente en cualquier momento. Este diagrama sencillo, al que Porter denomina Diagrama de Visibilidad (1973), reduce en gran medida los errores y mejora la atención.

La principal fuente de retroalimentación de estos indicadores es el sistema normal de información de la organización: planes de atención, informes de las conferencias acerca de la atención de los pacientes, celebradas por los médicos y las enfermeras, actas de las reuniones celebradas con otros departamentos e historias clínicas de los pacientes. Si se tiene en cuenta todo esto, resulta inútil tratar de establecer normas en términos definidos y mensurables, incluso con el fin de realizar una evaluación más convincente o *científica*. Al hacerlo la organización permite que la evaluación se convierta en un fin en sí misma, en lugar de ser un medio para obtener información adecuada, que sirva de base para emitir un juicio y para los fines de la administración, los resultados dejan de tener valor.

Por fortuna ni los administradores, ni los jefes de departamento exigen o esperan una gran precisión en esos casos. En tales circunstancias, y hasta que se disponga de métodos más apropiados, se pueden aceptar normas menos específicas y concretas para los fines administrativos, aunque no para los fines de investigación; por ejemplo, en el caso de la capacitación en relaciones humanas, se puede afirmar que el objetivo se cumplirá si la mayor parte de los jefes de departamento consideran que la capacitación en relaciones humanas les ayudó a (1) com-

Cuadro 7. Indicadores de los objetivos, que miden el grado de integración y de mejoramiento

Indicadores de los objetivos	Condiciones antes de la prueba	Medidas de intervención	Condiciones después de la prueba
1. Mejoramiento de las relaciones			
a. Conferencias diarias con el médico y semanales con otros departamentos	Insuficientes o inexistentes	Programación detallada de las actividades de atención de los pacientes entre los departamentos	Mejoramiento de la comunicación y de la toma de decisiones
b. Comunicación (1) Escrita (2) Verbal (3) Cara a cara		Programar conferencias diarias y semanales entre los jefes de departamento	Mejoramiento de la comunicación y de la toma de decisiones
c. Determinación de las funciones (1) Determinar las necesidades de los pacientes (2) Cómo y quién debe satisfacerlas		Esclarecimiento de las políticas y procedimientos que afectan las actividades interdepartamentales	Determinación de roles
2. Atención de los pacientes: rehabilitación			
a. Capacidad de los pacientes y familiares de hacerse responsables de la atención en el hogar, tal como atención de heridas y cuidado del régimen dietético	No preparados	Mejoras en los procedimientos e instrucciones de atención de enfermería, y técnicas apropiadas de enseñanza	Pacientes y familiares mejor preparados para la atención en el hogar
b. Reducción del número de días que pasa el paciente en el hospital	Demasiado alto	Nuevo equipo	El paciente pasa menos días en la institución de atención de la salud
c. Escribir y revisar los planes de atención de los pacientes y registro del progreso de los pacientes	Inexistente	Puesta en práctica de planes de atención	Planes de atención actualizados
3. Equipo de trabajo: organización			
a. Coordinación de la atención (1) Actividades de atención de los pacientes (superposición) (2) Retrasos en las actividades (3) Número de errores	Superposición excesiva Demasiado retraso Demasiados errores	Atención integrada para cada paciente Programa integrado para cada unidad Integración de las políticas de la enseñanza de la atención de la salud	Reducción de la superposición Menos retrasados Menos errores

prender y tratar a otras personas y a sus colegas y (2) mejorar las relaciones interdepartamentales.

No obstante, este tipo de norma por lo general se puede mejorar si se identifican con anticipación los aspectos específicos de

[illegible]

Fig. 9-3. Hoja maestra de control de las actividades

las relaciones interdepartamentales que deben ayudar a mejorar la educación en relaciones humanas, por ejemplo, (1) el deseo y la habilidad de los jefes de departamento para escuchar a los demás, (2) las actitudes y formas de actuar de los jefes de departamento al explicar a los jefes de los otros departamentos el "por qué" de los cambios de procedimiento, antes de que se lleve a cabo el cambio, y (3) la seguridad de los jefes de departamento de que los colegas considerarán seriamente sus ideas y proposiciones. Es probable que las normas, cualesquiera que sean los términos y el grado de especificidad en que se expresen, representen: (1) las expectativas o requisitos de la administración, con la suposición lógica de que, por ejemplo, la educación en relaciones humanas satisface las necesidades de la administración; (2) las expectativas o requisitos de los jefes de departamento, con la suposición lógica de que a menos que la educación en relaciones humanas satisfaga también las necesidades que los jefes de departamento consideran suyas, no es probable que la apliquen con eficacia a fin de satisfacer las necesidades de la administración, y (3) las recomendaciones o requisitos de los especialistas o autoridades, con la suposición lógica de que por lo general es más probable que tengan éxito las organizaciones, programas o actividades que satisfacen los requisitos aceptados de prácticas satisfactorias, que las que no lo hacen.

Desarrollo de fuentes y métodos para el tratamiento de la información

Después de enunciar con la mayor precisión posible los cambios que se espera obtener de las conferencias sobre relaciones humanas, se puede decidir qué tipos de información indicarán el cambio, dónde y cómo se debe obtener la información y qué tratamiento se le dará después de recolectarla.

Por ejemplo, si se considera una vez más el caso de la educación en relaciones humanas para los jefes de departamento, se puede decidir que se aceptarán todos o cualquiera de los tipos de información que se mencionan a continuación:

1. Impresiones generales de los jefes de departamento, colegas, supervisores y personal de asesoría.
2. Informes procedentes de cualquiera de estas fuentes, sobre los incidentes reales en los que intervinieron los jefes de departamento o las medidas tomadas por los mismos.
3. Desempeño de los jefes de departamento, evaluado por el supervisor
4. Comportamiento observado en los jefes de departamento durante el desempeño de sus funciones.
5. Calificaciones obtenidas por los jefes de departamento en las pruebas de evaluación.
6. Expedientes de ausentismo, proposiciones, renunciaciones y quejas en los grupos de trabajo de los jefes de departamento.
7. Resultados de las encuestas de actitudes aplicadas a los empleados y demás personas relacionadas con los jefes de departamento

Este tipo de información se recopila de las mismas fuentes y de la misma descrita en el estudio de la identificación de estos problemas. No obstante, en este caso es preciso tratar de encontrar pruebas relacionadas con los objetivos y normas específicas de las relaciones humanas, que se establecieron en un principio.

La información reunida debe ser tan completa como lo permitan las consideraciones prácticas, y debe incluir todos los indicadores posibles y razonables de éxito y fracaso. Después de recopilar la información, se puede juzgar el grado en que se cumplieron los objetivos de relaciones humanas o cualquier otro tipo de objetivos, comparando los resultados con las normas previamente establecidas; por otra parte,

- 1 Para obtener estimaciones más exactas y precisas en cuanto al cambio alcanzado, es preciso comparar los mismos tipos de información de los jefes de departamento *antes* y *después* de recibir la educación en relaciones humanas.
- 2 A fin de poder decidir si los cambios obtenidos son resultado de la educación en relaciones humanas o de alguna otra cosa, es necesario comparar los mismos tipos de información de un grupo que haya recibido la educación en relaciones humanas y de otros grupos semejantes que no hayan recibido, pero que pertenezcan al mismo medio, es decir, utilizar *testigos apareados*

3. Con objeto de ayudar a determinar la eficacia relativa de distintos métodos, instrumentos, programación e instructores educativos, se debe comparar la información obtenida de *grupos sucesivos* de jefes de departamento, a los que se les dio el mismo contenido educativo, pero en diferentes formas

Prueba previa del plan

Después de diseñar el plan de evaluación, es necesario someterlo a prueba, aprobarlo y ponerlo en práctica. Como la mayor parte de las operaciones que intervienen en este proceso ya se han estudiado en otras partes de esta obra, sólo las mencionaremos brevemente en esta parte.

En primer lugar, se aplicará en pequeña escala el plan que se haya decidido adoptar, con el fin de asegurarse de que es práctico, que suministra los tipos necesarios de información; que se le puede dar a los datos recopilados el tratamiento planificado y que se pueden interpretar en términos significativos.

Por ejemplo, los formatos para las entrevistas o los cuestionarios se deben someter a prueba con una población representativa y la persona encargada de la evaluación debe verificar con sumo cuidado que las preguntas sean claras y comprensibles, y que produzcan los tipos de hechos y opiniones sobre los que se necesita obtener información. Asimismo, la persona encargada de la evaluación debe verificar la forma como se debe informar acerca de las respuestas y qué tipo de código, en caso de que lo haya, se puede necesitar para clasificarlas y resumirlas.

Recopilación y análisis de la información

Sin lugar a dudas, la información recopilada debe ser pertinente a los objetivos de la educación en relaciones humanas y, como se mencionó anteriormente, es necesario que incluya información sobre todos los cambios que se espera alcanzar con la educación en relaciones humanas. Debe ser tan completa real, proveniente de fuentes representativas, y registrada sistemáticamente; es preciso que incluya todas las evidencias que se hayan informado o descubierto, ya sean favo-

rables o desfavorables, y también todos los indicios disponibles que ayuden a relacionar la causa con el efecto.

Es necesario tener en cuenta la información procedente de los informes y registros administrativos disponibles, pero debe utilizarla con cautela, recuerde que la información por lo general presenta resultados sin indicar la causa de los mismos.

El resumen y la clasificación de la información se tienen que realizar con gran cuidado. Si se utiliza un sistema de codificación, diferentes personas deben codificar de manera independiente muestras idénticas de la información, para después comparar los resultados y resolver cualquier discrepancia que se haya encontrado.

Comparación de los resultados con las expectativas

La evaluación de los resultados se puede realizar después de haber recopilado y resumido la información en forma adecuada para rendir un informe; dicha evaluación debe incluir una participación amplia y representativa. Tal vez sea conveniente rendir un informe de los hechos no evaluados, incluyendo quizá algunas proposiciones tentativas acerca de las relaciones y posibles implicaciones de los hechos a los grupos de personas más interesadas y dejar que ellas realicen la evaluación, comparando los resultados con las normas establecidas; éste es el proceso de retroalimentación que se mencionó en el análisis de la información correspondiente al cambio. Todas las observaciones que se hicieron en ese análisis, se pueden aplicar al análisis de la información de evaluación, ya que, como se dijo anteriormente, la determinación y evaluación del cambio son dos caras de la misma moneda.

Planificación y toma de decisiones respecto a los resultados

El análisis y la apreciación de los resultados de la evaluación, que se estudiaron anteriormente, indican no sólo en qué medida se alcanzan los objetivos específicos, sino también qué cambios deben emprenderse para lograr que las necesidades de educación

en relaciones humanas satisfagan con mayor eficacia las expectativas de la administración

En forma ideal, el modelo debe estar constituido por un índice que mida el desempeño y las variables del comportamiento. En general, la fase de la supervisión es una aplicación específica del control administrativo. A fin de que la fase de supervisión sea eficaz, la administración debe suministrar una medición de la información relativa al objetivo para comparar los resultados reales con los resultados planificados, y debe tomar todas las medidas necesarias para corregir cualquier desviación que se produzca.

RESUMEN

Al efectuar el diagnóstico de los problemas en un servicio de enfermería, se vuelve evidente la necesidad imperativa de utilizar el proceso administrativo como un instrumento de diagnóstico. Se hizo énfasis en la importancia del análisis sistemático de todos los aspectos del problema; nuestro análisis demuestra que los síntomas se derivan en su mayor parte de fallas en algunos procesos administrativos, y el administrador de servicios de enfermería debe ser capaz de recopilar pruebas para demostrar que estas fallas han producido ondas de reacción en toda la institución, y evitar generalidades tales como: El departamento de enfermería necesita mejores supervisores o mejores especialistas en enfermería. Además, el análisis sistemático revela que es necesario organizar a las instituciones de atención de salud sobre la base de un sistema abierto y que el enfoque de sistemas debe sustituir al funcionalismo.

BIBLIOGRAFIA

Arndt, C., and Laeger, E. Role strain in a diversified role set the director of nursing service I Nurs Res 19(3) 253-259, 1970a

Arndt, C., and Laeger, E. Role strain in a diversified role set the director of nursing service II Sources of stress, Nurs Res 19(3) 495-501, 1970b

Donnelly, J. H., Jr., Gibson, J. L., and Ivancevich, J. Fundamentals of management, Dallas, Tex., 1971, Business Publications, Inc

Filley, A. C., and House, R. J. Managerial process and organizational behavior, Glenview, Ill., 1969, Scott, Foresman and Co

Follett, M. P. Business as an interesting unit. In Metcalf, H. C., and Urwick, L., editors. Dynamic administration, New York, 1940, Harper & Row, Pubs

Georgopoulos, B., editor. Organization research on health institutions, Ann Arbor, Mich., 1972, Institute for Social Research, The University of Michigan

Lewin, K. Group decision and social change. In Newcomb, T., and Hartley, E., editors. Readings & Winston, Inc

Likert, R. New Patterns of management, New York, 1961, McGraw-Hill Book Co

Porter, E. Strength development inventory, Rev. ed., Pacific Palisades, Calif., 1973, Personal Strength Assessment Service

Tannenbaum, R. The manager concept: a rational synthesis, Los Angeles, 1949, The University of California at Los Angeles

Watson, E. T. Diagnosis of management problems, Harvard Business Review 36(1) 69-76, 1958

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Bos, A. H. Development principles of organizations. In Frank, H. E., editor. Organization structuring, New York, 1971, McGraw-Hill Book Co

Etzioni, A. Modern organizations, Englewood Cliffs, N. J., 1964, Prentice-Hall, Inc

Follett, M. P. Creative experience and dynamic administration, New York, 1924, David McKay Co., Inc

Lewin, K. Resolving social conflicts, New York, 1948, Harper & Row, Pubs

Lewin, K. Field theory in social science, New York, 1951, Harper & Row, Pubs

Likert, R. The human organization: its management and value, New York, 1967, McGraw-Hill Book Co

Mullane, M. K. Education for nursing service administration, Battle Creek, Mich., 1959, W. K. Kellogg Foundation

Seckler-Hudson, C. Organization and management theory and practice, Washington, D. C., 1957, The American University Press

10

Asignación de recursos humanos y económicos

A menos que se destine una cantidad adecuada de fondos para emplear suficiente personal de enfermería, la causa está perdida desde el principio. Para esto, es necesario estudiar a fondo las necesidades de los pacientes y utilizar argumentos claros e incontrovertibles que demuestren que las cifras expresan requisitos imprescindibles. Anualmente, se debe presentar una exposición convincente de las necesidades, con la debida anticipación de acuerdo con las fechas especificadas por el consejo de administración.

Al preparar el presupuesto del servicio de enfermería, es preciso contemplar no sólo las necesidades de personal, sino también de equipo y suministros. Asimismo, si se ha llevado un registro de los gastos realizados durante el presente año por concepto de suministros y equipos, se puede utilizar como pauta para calcular la propuesta de las necesidades futuras. Si el administrador de servicios de enfermería planifica y presenta con anticipación sus necesidades futuras, el funcionario encargado de hacer las compras podrá actuar con mayor eficiencia y ahorrar sin restringir la adquisición del equipo necesario. El mayor obstáculo es la falta de los instrumentos necesarios, y este factor por sí solo es muy perjudicial para el personal médico y de enfermería. El proceso del presupuesto es continuo y en diferentes departamentos se superpone un período fiscal con otro.

LA DEFINICION Y EL PROPOSITO DEL PRESUPUESTO

El funcionamiento eficiente de una institución de atención de salud sólo se puede lograr adoptando un punto de vista empresarial respecto a los gastos de la institución. La técnica más importante y eficaz consiste en preparar un presupuesto y contar con un sistema de control presupuestario. Es preciso preparar un presupuesto para cada departamento, estableciendo con claridad las responsabilidades de cada departamento, de tal forma que no haya ninguna superposición de responsabilidades con la consecuente duplicación del presupuesto de un servicio o área.

Un presupuesto se suele definir como un nivel de desempeño, establecido con anticipación en función de los costos controlables de cualquier volumen dado de servicio en un periodo específico de tiempo. El presupuesto puede ser variable y cubrir una serie de volúmenes de servicios. Es preciso dejar bien sentado que el presupuesto no controla los costos, sino que es una norma que se establece analizando a fondo la experiencia pasada, las normas para el personal y los materiales, y el desempeño estimado en función de estas experiencias y normas. El presupuesto del servicio de enfermería es la traducción a términos económicos de esta parte de la meta institucional, relacionada con la atención de enfermería de los pacientes. El administrador de servicios de enfermería es

responsable de la parte del presupuesto de la institución que corresponde a la enfermería. El presupuesto define los límites del apoyo financiero que recibirá el servicio de enfermería y, por ende, controla el alcance y la calidad de los programas de la institución.

El presupuesto afecta a las políticas de personal que determinan la calidad y magnitud del personal de enfermería y, por lo tanto, la calidad de la atención de los pacientes; define la cantidad y tipo de equipo, las instalaciones físicas y demás recursos que estarán a disposición de la práctica e investigación de enfermería.

En el presupuesto se reflejan las metas y aspiraciones del personal del servicio de enfermería; un presupuesto que contempla la calidad de la atención, la experimentación y la investigación, ayuda a crear un espíritu de estudio y análisis; por otra parte, un presupuesto que año tras año es inflexible, reprime la creatividad del personal. La preparación del presupuesto incluye la adquisición y el gasto de fondos destinados al servicio de enfermería, incluyendo la preparación y el control del presupuesto durante el periodo designado. La asignación y control eficaces de los gastos han llegado a ser un poderoso instrumento de la eficiencia administrativa; en consecuencia, los métodos para preparar presupuestos constituyen uno de los aspectos más importantes de la administración de servicios de enfermería.

En general, el presupuesto sirve para crear un sistema de comunicación con el área encargada de la elaboración de políticas y de las operaciones, a fin de asegurar el intercambio de información acerca de las políticas, programas y finanzas. Además, el presupuesto, como instrumento de la planificación y administración de los asuntos de la institución de atención de salud, puede y debe proporcionar.

- 1 La consideración y reconsideración automáticas y programadas de los fines a largo plazo de la organización de atención de salud.
- 2 La información básica para un análisis continuo de la relación que existe entre el presupuesto de la institución de atención de salud y

la economía y, simultáneamente, el fomento de decisiones acertadas respecto a estas relaciones.

3. Un panorama amplio de los distintos programas y actividades de los departamentos de la institución de atención de salud y el fomento de la evaluación comparativa de estos problemas, en función de sus costos relativos.
4. Una base adecuada para crear relaciones de trabajo continuas y eficaces entre los administradores y los departamentos respecto al importante problema de compartir la responsabilidad de los programas y políticas de la institución de atención de salud.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL PRESUPUESTO

Como el presupuesto requiere un programa de actividades, planificado por anticipado, y un análisis de las operaciones, ayuda a esclarecer la asignación de responsabilidad y autoridad y facilita las tareas de supervisión y administración. Por otra parte, el consejo de directores que preside la institución de atención de salud y la administración, incluyendo la de enfermería, pueden evaluar la posición del servicio de enfermería dentro de la situación financiera de la institución. El presupuesto le permite al administrador de servicios de enfermería realizar una crítica constructiva de su planificación y, al mismo tiempo, constituye una defensa contra los ataques injustificados. El presupuesto requiere la revisión de las políticas y logros del año anterior y el replanteamiento de las políticas y planes de operación para el nuevo año fiscal, indica en qué aspectos las estimaciones fueron acertadas o deficientes. Estos hechos, aunados a la causa de las diferencias, proporcionan pautas para elaborar el presupuesto del año siguiente. El presupuesto guía a los administradores de servicios de enfermería respecto a lo que pueden realmente lograr durante el siguiente año fiscal con los fondos o recursos que están a su disposición. Si bien un plan de dotación de personal es un control presupuestario una vez que se encuentra en funcionamiento, la formulación inicial del plan exige que se tengan en cuenta los recursos financieros disponibles.

En consecuencia, el presupuesto también desempeña una función de dirección, permitiéndole al administrador de servicios de enfermería planificar un programa para el siguiente año fiscal con la certeza de que, a menos que surja algo extraordinario, será capaz de llevar a cabo el programa de su departamento. Asimismo, el presupuesto anual dirige los proyectos de la institución. El aumento en la complejidad institucional, el creciente interés en la ampliación de los servicios y en la investigación, hacen necesarios los planes de presupuesto a largo plazo y proyecciones presupuestarias que cubran un horizonte de tiempo mucho más amplio.

Cuando el presupuesto se convierte en una meta, es decir, en un fin por sí mismo en lugar de en un medio para alcanzar un fin, contradice su propósito. Los presupuestos institucionales deben cambiar para facilitar la consecución de nuevas metas; ésta es la base del argumento en favor de los presupuestos variables o flexibles, que impiden que se encasillen las operaciones. Si se emplea el presupuesto como un instrumento para ejercer presión, con el fin de forzar la conformidad, surgirán problemas en las relaciones humanas. La tendencia actual se inclina por una mayor participación del personal en la etapa de preparación del presupuesto (Argyris, 1969). Otro peligro que se debe evitar es la elaboración de presupuestos, inflados, lo cual ocurre cuando los presupuestos son tan detallados y completos que se vuelven engorrosos.

FACTORES QUE DETERMINAN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA

1. Los tipos de pacientes admitidos (tales como de medicina interna, cirugía o pediatría), la duración de su estadía y la gravedad de su enfermedad, son factores variables que es preciso tener en cuenta.
2. Las políticas de personal, tales como los salarios pagados a los diferentes tipos de personal, la duración de la semana laboral y de la jornada diaria de trabajo, así como la flexibilidad del horario, la duración de las vaca-

ciones, los feriados obligatorios y las licencias por enfermedad, constituyen factores que pueden estar controlados por la administración.

3. Es preciso considerar el tamaño del hospital y el índice de ocupación de las camas; los hospitales de gran tamaño requieren más personal que los hospitales pequeños para atender al mismo número de pacientes. Esta situación se puede invertir en enfermería, especialmente en los hospitales muy pequeños, en los que se debe tener en cuenta el factor de cobertura mínima (Block, 1956).
4. Es preciso estudiar el tipo y la cantidad de atención que se brindará, porque afecta el número de horas de atención directa que se da al paciente.
5. Es importante la proporción que se brinda de atención de enfermería suministrada por enfermeras profesionales y la suministrada por personal auxiliar.
6. Es necesario considerar la cantidad y calidad de supervisión disponible y proporcionada, así como la eficacia de la descripción y la clasificación de los puestos.
7. Hay que tener en cuenta el método de asignación de personal de enfermería a los pacientes (método funcional, por casos o de equipo).
8. Asimismo, es preciso considerar el método empleado para realizar los procedimientos de enfermería, simples o complejos, y los métodos de anotaciones y registros en la historia clínica y otros.
9. Es necesario tener en cuenta los estándares de atención de enfermería.
10. La disposición física del hospital, el tamaño y plan de las unidades clínicas y la cantidad de equipos y dispositivos que ahorran tiempo, constituyen factores de primordial importancia.
11. Es preciso considerar aquellas funciones ajenas a la enfermería, tales como mensajería, régimen alimenticio, mantenimiento y economato, que son de responsabilidad del departamento de enfermería.
12. Otro factor es el hecho de si es necesario presentar informes sencillos o complejos a la administración.
13. El método de asignación del personal médico, la magnitud y las actividades del personal médico, el tipo y la frecuencia de los tratamientos y órdenes, son factores que afectan las necesidades del servicio de enfermería.
14. Otro factor importante es la asociación de la institución de atención de salud con una es-

cuela de enfermería, de medicina, o con ambas

Estos factores indican que, al planificar las necesidades del servicio de enfermería, cada organización se debe considerar como una entidad con sus propias características.

TOMA DE DECISIONES EN EL PROCESO DEL PRESUPUESTO

El análisis del proceso de elaboración del presupuesto, señala claramente que, desde las etapas iniciales en la formulación de un presupuesto hasta la última etapa de su administración, intervienen en él un gran número de decisiones importantes; son muchos los departamentos y personas que toman estas decisiones. Seckler-Hudson. (1957) identificó seis áreas en las cuales una o más personas que participan en el proceso del presupuesto toman decisiones importantes. De alguna manera, y en algún punto o puntos, se tiene que:

- 1 Efectuar un análisis y una evaluación comparativa del sinnúmero de necesidades de las personas contempladas en el presupuesto.
- 2 Elegir entre las diversas necesidades relacionadas con los programas y actividades que deben realizar el servicio de enfermería y los demás departamentos
- 3 Decidir sobre las fuentes de recursos económicos, a fin de sufragar los costos de las actividades proyectadas en el presupuesto del servicio de enfermería
- 4 Decidir sobre la asignación, prorrateo y distribución de los fondos disponibles entre las distintas actividades y programas que han sido aprobadas
5. Tomar decisiones respecto a la administración de los planes y programas incluidos en el presupuesto.
- 6 Tomar decisiones en cuanto a la responsabilidad del control de la ejecución y la justificación del presupuesto.

PLAN DE ORGANIZACION PARA LA PREPARACION DEL PRESUPUESTO

Existen ciertos requisitos básicos para preparar cualquier presupuesto, las cuales también son aplicables a la parte del presupuesto que es responsabilidad del servicio

de enfermería. En primer lugar, se debe tener una adecuada formulación de la organización del presupuesto y asignar la responsabilidad del mismo. El presupuesto final y definitivo, incluyendo los elementos departamentales, se debe elaborar bajo la dirección de un jefe ejecutivo, tal como el tesorero, el contralor, el administrador comercial de las organizaciones de gran tamaño o el administrador de las instituciones pequeñas, quien debe hacerse responsable de la administración y ejecución del presupuesto. En segundo lugar, se debe crear un comité de presupuesto; el comité coordinador (administrador, administrador de servicios de enfermería, tesorero y administrador adjunto) pueden constituir el núcleo del comité para el presupuesto, que debe incluir también a jefes representativos de los departamentos, a fin de analizar asuntos relacionados con sus departamentos u otros departamentos relacionados. Cuando se formulen las políticas, deben estar presentes todos los jefes de departamento.

INSUMOS

El administrador de servicios de enfermería recibe información o insumos acerca de los procedimientos que se tienen que seguir en la elaboración del presupuesto, de acuerdo con las pautas señaladas por la administración financiera de la institución. Los factores incluyen:

- 1 Una base general de administración financiera, ya sea libre de deudas, fuente de ingresos, ampliaciones o renovaciones aumentos o reducciones previstos en cualquiera de los departamentos de la institución.
2. La situación económica, industrial y de salud, tanto a nivel local como nacional
- 3 Efecto sobre la ocupación de otras instalaciones de la institución
4. Rendimiento de cuentas ante el público por medio de un consejo o una fundación.

Además, el administrador de servicios de enfermería cuenta con los siguientes procedimientos: (1) la formulación de las metas y objetivos del periodo para el cual se prepara el presupuesto, y que debe determinar la

política administrativa de las operaciones futuras, y (2) formatos prediseñados para presentar la información del presupuesto, incluyendo las instrucciones con ejemplos sobre la manera como se deben utilizar dichos formatos; el tipo de información que proporcionará el departamento de contabilidad; la escala de salarios del departamento, incluyendo la información relativa a los aumentos de salario, nuevos puestos y niveles máximos y mínimos de salarios; las políticas que afectan al presupuesto, tales como políticas de personal referentes a las vacaciones, enfermedad, servicios de salud y mantenimiento de costos; y los contratos que afectan al personal, tales como Seguro Social, seguro de compensación de los trabajadores y sistema de seguro médico.

El administrador de servicios de enfermería recibe del departamento de contabilidad una clasificación contable, que contiene los rubros de ingresos y gastos del presupuesto de cada departamento, con el número de cuenta que utiliza el departamento de contabilidad, las estadísticas más importantes, incluyendo los resultados estadísticos y financieros de ejecuciones anteriores; las compras realizadas y el control y los registros de inventario; los registros y políticas eficaces de admisión, y la periodicidad del presupuesto: anual, bienal o plan a largo plazo. Uno de los requisitos fundamentales del control presupuestario adecuado y la preparación del presupuesto, es la capacidad de comparar el desempeño real con las estimaciones previas.

El administrador de servicios de enfermería también puede crear un comité de presupuesto para su departamento; una de sus principales responsabilidades administrativas es la elaboración del presupuesto del servicio de enfermería, tarea que no puede delegar en sus colaboradores, aunque si debe solicitar la cooperación de su personal administrativo y de supervisión. Es imposible que el administrador conozca todas las necesidades inmediatas y estimadas sin que se las comuniquen los miembros del personal del servicio de enfermería, los cuales están conscientes de estas necesidades. En las reuniones programadas para discutir el pre-

supuesto, se deben considerar las partidas que se solicitarán y es necesario tratar de justificar las solicitudes. El administrador toma las decisiones pertinentes de acuerdo con todas las necesidades. Si el administrador de enfermería y su personal analizan el presupuesto del servicio de enfermería, podrán comprender la importancia de los controles y estar conscientes de la responsabilidad que tienen de ajustarse estrictamente a las especificaciones para la elaboración del presupuesto.

El administrador de servicios de enfermería recibe insumos del comité de presupuesto del servicio de enfermería. Las sugerencias se reciben durante todo el año, pero el administrador tiene que preparar el presupuesto en unas fechas determinadas. En primer lugar se colocan las necesidades de personal; teniendo en cuenta las políticas de personal, se puede estimar la cantidad de personal necesario con base en las horas de atención de enfermería que se brinda a los pacientes cada día en las unidades clínicas y en los departamentos especiales, tales como quirófanos y salas de parto. A continuación, el administrador de servicios de enfermería debe determinar los cambios que se piensa introducir, tales como la creación de nuevas instalaciones para los pacientes, y los cambios de otros departamentos que afecten la cantidad necesaria de servicios de enfermería, tales como programas de educación e investigación. Posteriormente, es preciso revisar las horas de atención de enfermería que se dedicaron diariamente a cada paciente según el presupuesto del año anterior, con el fin de determinar: (1) si la cantidad de atención de enfermería que se proporcionó está de acuerdo con lo que se considera un servicio de enfermería seguro. Las cifras para realizar la comparación deben tomarse de los registros diarios de horas de atención de enfermería dedicadas diariamente a cada paciente, y del registro mensual preparado por el auxiliar de la unidad y presentado al administrador de enfermería; (2) si la calidad de la atención de enfermería cumplió los estándares determinados y si esta calidad se puede mantener utilizando los servicios de

más auxiliares de enfermería, definiendo con anterioridad las responsabilidades y deberes, y (3) si otros departamentos podrían realizar más económicamente algunos servicios tales como régimen alimenticio, mensajería u oficina, que se han asignado como responsabilidad del personal de enfermería. Este estudio debe incluir hechos y cifras.

De acuerdo con esto, el administrador de servicios de enfermería recomienda una escala de salarios para el personal; es necesario preparar esta escala con suficiente anticipación. Además, es esencial contar con un diagrama de organización y clasificación que describa brevemente las responsabilidades de cada una de las categorías de personal que forma parte del departamento de enfermería. El comité debe considerar no sólo los incrementos anuales y los salarios recomendados por las asociaciones profesionales reconocidas, por el estado o el departamento, sino también todos los cambios que se producirán en los acuerdos sindicales, en caso de que existan, o en las condiciones de trabajo. Asimismo, es preciso tener en cuenta las vacaciones, licencias por enfermedad y rotación estimada del personal. Por lo general se le pide al administrador de enfermería que haga recomendaciones sobre los cambios en los salarios. Además de los salarios recomendados por las organizaciones profesionales, se pueden utilizar diversos instrumentos para hacer énfasis en la necesidad de contar con políticas adecuadas de personal en relación con los salarios; entre éstos, cabe mencionar el porcentaje de rotación del personal; las cifras correspondientes se pueden obtener de la oficina de personal. Por último, el administrador solicita equipo y suministros; todos los miembros del personal de supervisión y las enfermeras jefe le brindan una ayuda considerable, pues preparan una lista de sus necesidades.

PERCEPCION

Muchas organizaciones de servicios de enfermería no han cumplido su propósito porque sus administradores no comprendieron la importancia de los insumos del medio ni la estructura o funcionamiento del

mismo, o porque no evaluaron las influencias del ambiente. Para los administradores de enfermería, el problema de los insumos abarca: (1) la necesidad de evaluar los insumos, (2) la consideración de los insumos que afectan al presupuesto y, por ende, al programa de enfermería, y (3) el desarrollo de métodos para integrar de manera eficaz estos insumos al presupuesto, con el fin de formular las metas, objetivos y procesos del departamento.

Entre los diversos insumos provenientes del medio que debe manejar el administrador de servicios de enfermería, cabe mencionar el sistema económico o insumos financieros, las tendencias de los costos, las situaciones laboral, industrial y de salud (a nivel local y nacional), las políticas de las áreas de funcionamiento y su efecto en la ocupación de las instalaciones de atención de salud y la administración de personal. A fin de funcionar adecuadamente, el administrador de servicios de enfermería tiene que comprender todos estos factores, así como sus demandas y predicciones respecto al futuro de la organización. Estos insumos y sus consecuencias constituyen un marco que es preciso tener en cuenta en la preparación del presupuesto. Después de efectuar la evaluación, el administrador de servicios de enfermería puede proceder a establecer objetivos, tomar decisiones y planificar con mayor certidumbre que si no conociera los insumos provenientes del medio ambiente.

PLANIFICACION DEL PRESUPUESTO

Es necesario elegir entre el sinnúmero de necesidades relacionadas con los programas y actividades que debe realizar el servicio de enfermería. La decisión de los programas y actividades que se incluirán en el presupuesto del servicio de enfermería, implica el importante problema de la determinación de los valores relativos de todas las necesidades que compiten entre sí; tal vez la inclusión de un programa represente la exclusión de otro. Algunos recursos financieros son limitados en relación con las necesidades de atención de los pacientes; las personas encargadas de tomar las decisiones tienen que

preguntarse si los beneficios obtenidos con el programa que se incluyó en el presupuesto, son mayores que los de los programas excluidos. Según Verne B. Lewis (1952, p. 42):

En consecuencia, el análisis del presupuesto es fundamentalmente una comparación de los méritos relativos de los diferentes usos posibles de los fondos. Las decisiones presupuestarias se deben tomar sobre la base de los valores relativos

No existe ninguna norma absoluta de valor. No basta decir que un gasto con un fin determinado es conveniente o digno de hacerse; es preciso que los resultados tengan más valor que los que se hubieran obtenido si los recursos se hubieran utilizado para otro fin. Lewis (1952, p. 42) también afirma que:

Es necesario hacer una comparación de los valores relativos que se esperan obtener de los diferentes usos posibles de los fondos, porque nuestros recursos son insuficientes para hacer todas las cosas que consideramos convenientes y necesarias. Son muchas las necesidades de las personas y, aunque en los últimos decenios ha aumentado considerablemente el abastecimiento de fondos, todavía es insuficiente para satisfacer las demandas. Sería agradable tener lo suficiente para seguir adelante, pero no lo tenemos. Ciertas demandas sólo se pueden satisfacer parcialmente, otras, deben seguir insatisfechas.

Los administradores sólo disponen de instrumentos defectuosos para determinar el valor relativo de los programas; constantemente tienen que hacer frente a recursos limitados, a una gran cantidad de programas que compiten para obtenerlos, a los jefes de departamento y a los patrocinadores que los urgen a gastar los recursos en este o aquel programa. El administrador no puede satisfacer todas las peticiones; no obstante, la cuestión que se debe decidir de una u otra manera es: ¿Cómo elegir entre todos los intereses que pugnan por ser incluidos en el programa de la organización de atención de la salud y en qué se debe basar la elección?

Los conceptos administrativos del trabajo del administrador constituyen una excelente guía para preparar el presupuesto. Utilizando el proceso compuesto en relación con el pre-

supuesto, el administrador de servicios de enfermería puede plantear las siguientes preguntas: ¿Cuáles fueron los objetivos del año fiscal anterior? ¿Se han cumplido? ¿Cuántos se han cumplido? ¿Cuán satisfactoria fue la planificación? El administrador cuenta con una excelente guía para la autoevaluación y con un instrumento para medir lo que se ha logrado de acuerdo con las metas de la organización y los objetivos de los individuos. ¿Cuáles fueron las limitaciones? ¿En qué forma obstaculizaron la consecución de las metas? El administrador de servicios de enfermería encuentra que los siguientes conceptos administrativos le resultan muy útiles para formular un nuevo plan de acción:

1. ¿Qué se tiene que lograr durante el siguiente año fiscal en función de los recursos y de las necesidades de atención?
2. ¿Qué tipo de planificación debe realizar el administrador de enfermería a fin de tomar las medidas necesarias para brindar más atención de enfermería, para contar con una estrategia inteligente y suministrar respuestas al "qué", "cuánto" y "dónde" del servicio?
3. ¿Qué tipo de estructura de organización, personal y capacitación se requieren?
4. ¿Qué tipos de controles debe establecer el servicio de enfermería a fin de tener "los pies bien puestos en la tierra" cuando tenga que adaptarse a circunstancias imprevistas y cambiantes?
5. ¿El servicio de enfermería revisa periódicamente todas estas funciones, en especial cuando la información de control presenta discrepancias poco comunes?

Diseño del presupuesto

ESTABLECIMIENTO DE LOS OBJETIVOS

El primer paso que debe tomar el administrador de servicios de enfermería para diseñar su presupuesto, consiste en identificar los objetivos, es decir, el proceso de describir con enunciados individuales lo que se debe lograr en el siguiente periodo fiscal. El objetivo puede ser mejorar la atención de los pacientes mediante la enseñanza de la higiene en el hogar, mejorar el equipo de enfermería y el equipo de salud, dedicados a la protección y bienestar de los pacientes; mejorar el medio físico y conceptual por

medio del mejoramiento de las relaciones y de las condiciones de trabajo, y mejorar los programas de control de calidad mediante un sistema de retroalimentación.

PROGRAMACION

El segundo paso es la programación, es decir, el proceso de explicar con claridad los pasos que se deben seguir para alcanzar cada objetivo. Es preciso hacer una exposición detallada, de tal manera que no haya ninguna duda acerca de los elementos que participan y la medida, ya sea en cuanto a tiempo o dimensión, en que lo hacen, a fin de lograr una predicción financiera exacta. Estos dos procesos se pueden enunciar de otra manera: formular y adoptar un plan de actividades y programas para un periodo determinado, relacionar los costos de los programas con los recursos, llevar a cabo el plan aprobado de acuerdo con un calendario y a un costo que no sea superior a los recursos disponibles, y establecer mediciones de los resultados que faciliten la consecución efectiva del objetivo seleccionado.

La planificación de actividades se debe hacer dentro del marco de referencia de la política de la institución de atención de salud, en función de la cual se puede justificar cada programa o actividad específica ante el administrador y ante el consejo de directores. El programa planificado, materiales del presupuesto y justificación, deben responder, tanto en materia como en detalle, a las siguientes preguntas, relacionadas con cada uno de los programas del presupuesto. ¿Cuáles son los fines del programa? ¿Por qué se propone este programa? ¿El servicio de enfermería lo puede llevar a cabo mejor que cualquier otro departamento? ¿Cuánto nos proponemos lograr durante el siguiente periodo fiscal? ¿Podemos hacerlo? ¿Qué recursos (personal, equipo y presupuesto) se necesitarán para lograrlo? ¿Cuándo esperamos concluir el programa? ¿Qué controles de retroalimentación se han planificado?

Los detalles de la programación de cada objetivo se pueden explicar con claridad de acuerdo con categorías específicas, tales

como dotación de personal, servicios de apoyo, administración, equipo y suministros, y evaluación (Dunn, 1963). La explicación de cada aspecto debe incluir la justificación de la necesidad, el uso que se le piensa dar y el costo estimado; éste último puede basarse en la experiencia del pasado periodo fiscal e incluir los ajustes necesarios para contemplar los aumentos de salarios, personal o necesidades de productos básicos.

Asimismo, la programación de los objetivos se puede explicar con claridad en cada una de las siguientes categorías: desarrollo estructural, desarrollo del comportamiento y desarrollo tecnológico.

Consideremos el primer objetivo, que es: mejorar la atención de los pacientes mediante la enseñanza de la higiene en el hogar. Tal vez este objetivo requiera un incremento de 60 minutos por cada 24 horas de enfermería profesional que se dedican a actividades de atención directa de los pacientes, es decir a la enseñanza de la higiene o a la preparación de los pacientes para que regresen a su casa. La programación de este objetivo debe explicar con detalle cómo se van a ganar esos 60 minutos.

A partir de los insumos y de la observación de lo que se logró el año anterior, el administrador quizás encuentre que no se utilizaron en el mayor grado posible los conocimientos y habilidades de las enfermeras profesionales en la atención de los pacientes. Por lo tanto, una solución podría ser delegar 60 minutos de actividades ajenas a la enfermería, que hasta el momento desempeñaban las enfermeras, a algún otro grupo; por ejemplo, se podría transferir a las secretarías de la unidad clínica la tarea de transcribir las órdenes de los médicos o se podría reforzar el equipo de enfermería y el equipo de salud mediante mejores conferencias sobre la atención de los pacientes. Asimismo, este objetivo se puede cumplir simplificando algunos procedimientos obsoletos mediante la innovación de los métodos. El servicio de enfermería es responsable de la programación de *cada objetivo* y de la determinación de los costos correspondientes (cinco presupuestos): (1) personal,

basado en las necesidades de personal, (2) servicios de apoyo, (3) equipo y suministros, (4) gastos de capital y (5) evaluación.

Presupuesto del personal, basado en las necesidades de personal

CLASIFICACION DE LOS PACIENTES Y LAS NECESIDADES DE ATENCION DIRECTA E INDIRECTA, EN FUNCION DE LA CANTIDAD Y CALIDAD DEL PERSONAL. El administrador de servicios de enfermería puede analizar de diferentes maneras a su personal y las necesidades en la nómina de personal para el siguiente período presupuestario. Después de todo, la razón de ser del servicio de enfermería consiste en suministrar atención a los pacientes, y para ello se necesita personal. El presupuesto del servicio de enfermería se ocupa fundamentalmente de proporcionar personal para la atención de los pacientes; un factor de primordial importancia es el método empleado para suministrar la cantidad necesaria de este. Un método que se considera especialmente útil es analizar las necesidades de atención de enfermería de acuerdo con las necesidades de los pacientes a quienes y clasifican de esa manera.

La clasificación de los pacientes de acuerdo con las necesidades de atención de enfermería, constituye un cambio comparado con el método tradicional de limitarse a contar el número de camas ocupadas. Ciertos criterios, tales como las limitaciones físicas de los pacientes, las necesidades de enseñanza en salud, los procedimientos de enfermería y los factores emocionales, determinan las necesidades de atención de enfermería. Básicamente, el grado de enfermedad que sufre el paciente y la cantidad de atención que necesita, determinan cuántas horas de trabajo del personal de enfermería se requieren. Es preciso hacer hincapié en el hecho de que el número de pacientes que hay en una unidad no es el único factor que determina la cantidad de atención necesaria en una unidad de enfermería; la carga de trabajo que se agrega al personal de enfermería

es la suma, medida estadísticamente, de las necesidades directas e indirectas de atención de cada paciente. En consecuencia, el requisito esencial es obtener una cifra que represente horas, y mediante la cual se pueda predecir la carga de trabajo de la enfermería, una cifra basada en una evaluación realista de las necesidades de los pacientes y no en un censo de los mismos.

Se puede estudiar la atención de enfermería que se brinda a pacientes que tienen restricciones físicas (por ejemplo, reposo absoluto en cama, reposo parcial en cama y los distintos tipos de pacientes ambulatorios) y darle un valor en tiempo, por ejemplo, los que requieren atención continua, los que necesitan 20 minutos o más y los que requieren entre 10 y 20 minutos. A los factores emocionales también se les puede dar un valor en tiempo; por ejemplo, las enfermeras dedican cierta cantidad de tiempo a escuchar el relato que hace un paciente respecto al temor que siente por la cirugía, acerca de su familia o de sus ansiedades. Asimismo, es preciso establecer un factor de tiempo para las necesidades de enseñanza sobre salud. De esta manera es posible estimar los requerimientos de tiempo de atención de enfermería de los pacientes dentro de cada categoría de enfermedad. Posteriormente, estos se pueden dividir en requisitos de tiempo de atención dado por cada nivel de personal de enfermería, tomando como base las actividades adecuadamente desempeñadas por las enfermeras profesionales, las auxiliares de enfermería y otro personal de enfermería. Con el objeto de obtener la cifra total correspondiente a las necesidades de personal de enfermería, basta multiplicar el número promedio de pacientes en cada categoría de enfermedad por el tiempo de atención de enfermería que necesitan; posteriormente, se puede dividir el total entre la cantidad de tiempo que se necesitará de las enfermeras profesionales, y de las auxiliares de enfermería.

Con esta operación se determinan y justifican los requerimientos de personal, basándose en hechos relacionados con las necesidades de atención de los pacientes y no

en suposiciones vagas. Los estudios de investigación realizados en la Universidad de John Hopkins (Wolfe y Young, 1965) y en la Universidad de Illinois (Dunn, 1963), que informaron, de manera independiente, una notable semejanza en las necesidades de tiempo de atención de enfermería de las diferentes categorías de pacientes, confirman que se trata de hechos y no de simples conjeturas.

Estos estudios tienen 15 años, sin embargo, después de revisar cuidadosamente las publicaciones sobre clasificación de los pacientes y la evaluación de las ventajas de los diferentes tipos de clasificación de los pacientes en los Estados Unidos, Giovannetti (1978) llegó a la conclusión de que los resultados obtenidos por Wolfe y Young (1965) en la Universidad John Hopkins siguen siendo válidos. Giovannetti afirma que aunque se ha criticado el estudio de la Universidad John Hopkins por no incluir las necesidades psicosociales y de enseñanza de los pacientes de las categorías I y II, las críticas no son válidas, puesto que, cuando los criterios afirmaban "ambulatorio con ayuda", "baño con ayuda" o "asistencia completa con ", la "ayuda" o "asistencia" que se menciona en estos casos es un concepto muy amplio y puede incluir no sólo las necesidades físicas, sino también las necesidades psicosociales y educativas de los pacientes. Tal vez la ayuda que el paciente necesita sea más enseñanza, a fin de que pueda realizar las tareas con eficiencia.

DETERMINACION DE LAS NECESIDADES DE ATENCION DIRECTA DE LOS PACIENTES EN FUNCION DE LA CANTIDAD. En su amplio estudio, Wolfe y Young (1965) pudieron clasificar científicamente en categorías las necesidades de atención de enfermería de los pacientes, determinar las necesidades directas e indirectas de atención de los pacientes y predecir la carga de trabajo del personal de enfermería. Estos investigadores clasificaron a los pacientes en tres categorías, basándose en el *grado de autosuficiencia* de los pacientes. Las siguientes categorías enumeran las distintas

combinaciones de factores de cada categoría de pacientes:

Categoría I. Los pacientes *que cuidan de sí mismos* son aquellos que presentan cualquiera de las combinaciones siguientes: (1) ambulatorios o que circulan en una silla de ruedas, pueden alimentarse por sí mismos o tal vez requieran que se les corte la comida y pueden bañarse en el cuarto de baño o en la cama, recibiendo ayuda para lavarse la espalda y las extremidades; (2) ambulatorios con ayuda, en silla de ruedas y se pueden bañar en el cuarto de baño o en la cama, pero es probable que necesiten ayuda para lavarse las extremidades, (3) igual que 1 y 2, pero además el paciente puede tener problemas de visión, necesitar terapia de oxígeno o alimentación intravenosa, aunque no dos de estos factores simultáneamente; y (4) las necesidades educativas y psicosociales no deben requerir más de 15 minutos cada una durante un periodo de 24 horas.

Categoría II. Los pacientes *que requieren atención parcial o intermedia* son aquellos que presentan la siguiente combinación de criterios: (1) El paciente es ambulatorio con ayuda, se puede bañar en el cuarto de baño o en la cama con ayuda, requiere ayuda completa para alimentarse (excepto en el caso de alimentación intravenosa), tiene problemas de visión y necesita terapia de oxígeno (las dos últimas condiciones son secundarias y no afectan la clasificación) (2) El paciente necesita ayuda total para sentarse en la silla de ruedas y ser bañado en la cama, se puede alimentar por sí mismo o necesita que le corten la comida o apliquen alimentación intravenosa, necesita terapia de oxígeno y tiene problemas de visión (las dos últimas condiciones son secundarias) (3) Este paciente es igual que el 2, pero requiere alguna ayuda para sentarse en la silla de ruedas y que lo bañen en la cama. (4) Este paciente necesita alguna ayuda para sentarse en la silla de ruedas, puede bañarse parcialmente en la cama y necesita ayuda completa para alimentarse. Son secundarios los problemas de visión y la terapia de oxígeno. (5) Este paciente requiere que lo bañen en la cama, se

puede alimentar por sí mismo, aunque tal vez necesite que le corten la comida o le administren alimentación intravenosa. Son secundarios los problemas de visión y la terapia de oxígeno (6) Este paciente requiere servicio especial (enfermera privada) o asistencia continua de enfermería, al grado que es necesario relevar a la enfermera de servicio especial durante las comidas (7) Este paciente tiene necesidades educativas y psicosociales que no requieren más de 30 minutos cada una en un periodo de 24 horas.

Categoría III. Los pacientes *que requieren atención intensiva o total* son aquellos que presentan todas las combinaciones que no se incluyen en las categorías I y II. Incluye a todos los pacientes que se podrían clasificar en las categorías I o II, pero que además necesitan terapia de succión, están aislados, padecen incontinencia, tienen drenaje en una herida que requiere cambios frecuentes de ropa de cama o sufren una fuerte perturbación emocional, que exige una observación prácticamente continua y una habitación para ellos solos. Estos pacientes tienen necesidades educativas y psicosociales que requieren más de 30 minutos en un periodo de 24 horas.

Los resultados de la investigación de Wolfe y Young (1965) indican que los pacientes de la categoría I necesitan un promedio de 0,5 horas de atención directa; los pacientes de la categoría II necesitan una hora de atención directa, y los pacientes de la categoría III requieren 2,5 horas de atención directa.

Otra variable muy importante es la edad, que es preciso tener en cuenta al determinar las necesidades de atención directa de los pacientes. El estudio de Sauer (1972), realizado en el Hospital Providence, indica que los pacientes de 65 años o más requieren más atención de enfermería. Thompson *et al.* (1968), también señala que, en general, la diferencia es de por lo menos 30 minutos diarios por paciente o aproximadamente un 10% más de atención de enfermería para los pacientes que tienen 65 años o más. El programa de la Comisión de Servicios Administrativos para los Hospitales (Commission for Administrative Services in Hospitals, CASH) (1967) emplea una cifra de 22%.

El Hospital Providence utiliza el promedio de los dos estudios o el 15% (aproximadamente 45 minutos) más de tiempo de enfermería para pacientes de 65 años o más

Basándose en estos promedios, se obtiene un índice de atención directa de los pacientes, que representa el total de horas de atención directa que se requieren diariamente en una unidad de enfermería, y que se expresa mediante la siguiente fórmula:

$$I = 0,5N_1 + 1N_2 + 2,5N_3 + 0,5N_4$$

donde I es el índice de atención directa; N_1 es el número de pacientes de la categoría I, que requieren un promedio de 0,5 horas diarias de atención directa; N_2 es el número de pacientes de la categoría II, que requieren un promedio de una hora de atención directa, N_3 es el número de pacientes de la categoría III, que necesitan un promedio de 2,5 horas de atención directa cada uno, y N_4 es el número de pacientes que tienen 65 años o más, y que requieren un promedio de 0,5 horas más de atención directa cada día

DETERMINACION DE LAS NECESIDADES DE ATENCION DIRECTA DE LOS PACIENTES EN FUNCION DE LA CALIDAD. Después de determinar la cantidad de horas necesarias de atención directa de los pacientes, se podría preguntar ¿Cómo afecta la calidad del presupuesto? La calidad se puede definir como una medición de los estándares, y determina la cantidad o el número de horas de atención necesaria. Por lo tanto, la calidad de la atención controla el presupuesto.

Si el administrador de servicios de enfermería ha puesto en marcha un programa de atención de enfermería, deben existir políticas y normas definidas. Cuando un paciente entra en la institución de atención de salud, se realiza una evaluación de la condición del paciente en relación con las necesidades de atención de enfermería, la cual debe basarse en: (1) las necesidades físicas que determinan los procedimientos de enfermería necesarios y las restricciones físicas, (2) los factores psicosociales y emocionales y (3) las necesidades de enseñanza de salud. La evaluación de las necesidades de enfermería del paciente constituye un requisito continuo y de gran

importancia, y debe realizarla una enfermera profesional. La Fig 10-1 presenta una guía para la evaluación del control de calidad. Los resultados del proceso de evaluación determinan la clasificación del paciente en la categoría I, II o III. (Puede haber más de tres *clasificaciones de atención* y la institución debe decidir qué categoría contiene a los pacientes más gravemente enfermos o las necesidades más complejas de atención de enfermería)

Cada categoría de clasificación de atención de los pacientes tiene determinados requerimientos y estándares establecidos de atención (así como subnormas y pruebas de apoyo) y criterios para guiar, evaluar y controlar. En las tres categorías descritas y factores que intervienen en ellas, influyen en el presupuesto las pruebas estadísticas de la categoría de pacientes que requieren atención de enfermería

Los estándares establecidos para cada clasificación de pacientes, determinan la prioridad de la atención y constituyen el inicio del plan de atención individualizada de los pacientes. El plan de atención comienza en el momento de hacer la evaluación o de admitir al paciente y se coordina con el plan de atención del médico. El plan de atención también es una función de las enfermeras profesionales en lo que se refiere a la puesta en práctica, actualización, exactitud e instrucciones especiales

La clasificación de los pacientes en categorías de acuerdo con las necesidades de atención de enfermería, también forma parte del plan de atención. Todas las categorías de atención deben contar con normas establecidas de acuerdo con las necesidades de enfermería profesional, es preciso delegar la autoridad y responsabilidad y definir el deber; por ejemplo, los pacientes de la categoría III (gravemente enfermos) quizá tengan que ser atendidos en su totalidad por enfermeras profesionales o por enfermeras profesionales especializadas. Los pacientes de la categoría I también necesitan habilidades de enfermería profesional, pero no en un grado tan alto como los pacientes de las categorías II o III. Estos pacientes pueden ser atendidos por

enfermeras recién graduadas, ayudadas por auxiliares de enfermería bien preparadas. Asimismo, es preciso tomar las medidas necesarias para brindar ayuda en el campo de la supervisión y guiar a las enfermeras. La clasificación de los pacientes implica también una clasificación de las enfermeras en relación con la preparación necesaria y, en consecuencia, afecta al presupuesto. Por ejemplo, cuanto mayor sea el número de pacientes gravemente enfermos que se admitan, mayor será el número que se necesite de enfermeras profesionales con habilidades especializadas.

DETERMINACION DE LA ATENCION INDIRECTA DE LOS PACIENTES EN FUNCION DE LA CANTIDAD.

La atención indirecta de los pacientes se define como las actividades que desempeña el personal profesional y no profesional lejos de las camas de los pacientes, pero en beneficio de los mismos y para su bienestar, por ejemplo, las tareas administrativas, preparación de los medicamentos, papelería (transcripción y registro de las órdenes impartidas por los médicos), comunicación, acompañamiento y recados especiales, limpieza (que no sea la que realiza el personal de limpieza) y traslados (Wolfe y Young, 1965). La medición de la atención indirecta también depende en gran medida de la disposición física de la institución.

En un estudio realizado en la Universidad John Hopkins, Wolfe y Young (1965) encontraron que, para una unidad médica de enfermería representativa, con 30 camas, la cantidad de tiempo necesaria para desempeñar todas las actividades clasificadas como atención indirecta, y no como directa, era de 20 horas por cada turno de trabajo de 8 horas. Estas 20 horas permanecían constantes sin importar el número de pacientes de la unidad clínica, su clasificación o el número de personal de enfermería asignado a la unidad. Es importante señalar que las 20 horas de atención indirecta por cada turno de 8 horas, de las que se informa en el estudio de la Universidad John Hopkins, incluían personal profesional y no profesional. Por otra parte,

la información corroboró el hecho de que la cantidad de tiempo necesario para la atención directa de los pacientes variaba según el índice de atención de los pacientes.

Por lo tanto, los resultados de este estudio indicaron que la actividad productiva (AP) total o la carga de trabajo de enfermería en horas, comprendía básicamente dos elementos, uno constante y otro que dependía de la clasificación de los pacientes de una unidad

de enfermería. En consecuencia, se podría decir que la carga total de trabajo o el esfuerzo de enfermería que se necesita en una unidad médica o quirúrgica representativa, durante un periodo de trabajo de 8 horas es

$AP = I = 20.$

La constante de 20 horas sólo se aplica al Hospital John Hopkins y quizá no sea válida en otra institución, aunque la investigación

	AM		PM		Noche	
	Si	No	Si	No	Si	No
I Evaluación del paciente para determinar el nivel de autosuficiencia						
A Factores biofisiológicos						
1 Procedimientos						
a) Succión						
b) O ₂						
c) procedimientos de diagnóstico						
2 Restricciones físicas						
a) Reposo absoluto (RA)						
b) Vendajes en las extremidades						
c) Alimentación						
d) Problemas de visión						
e) Otros						
B Factores psicosociales						
1 Necesidades emocionales						
a) Necesita apoyo						
b) Explicación para reducir la ansiedad						
c) Escuchar al paciente						
d) Otros						
2 Necesidades de instrucción						
a) Cuidado de la colostomía						
b) Caminar con muletas						
c) Cuidados en el hogar						
d) Otros						

Fig. 10-1. Hoja de observaciones del control de la calidad

realizada en la Universidad de Illinois produjo los mismos resultados (Dunn, 1963). Estas constantes se deben determinar mediante la observación y estudios de muestreo del trabajo en otras instituciones antes de que se puedan utilizar cifras semejantes a estas sin temor a equivocarse. Si bien el método es acercado, tal vez el contexto am-

biental sea muy diferente de aquel en el que se realizaron estos estudios y quizá afecte seriamente los valores de los coeficientes que se deben usar.

Creemos firmemente que es preciso medir la atención indirecta cuantitativamente, de acuerdo con las horas necesarias para la comunicación con el médico y la familia y la

	AM		PM		Noche	
	Si	No	Si	No	Si	No
II Categorización de los pacientes de acuerdo con las necesidades de atención de enfermería ¿Se ha diagnosticado y clasificado correctamente a los pacientes?						
III Planificación y organización						
A Establecimiento de los objetivos de atención de los pacientes						
1 Se han preparado (escrito) planes detallados de la atención de los pacientes, respecto a						
a) Procedimientos						
b) Restricciones físicas						
c) Necesidades emocionales						
d) Necesidades de instrucción						
IV Dirección, control y evaluación						
A Se han llevado a cabo adecuadamente los planes de atención con respecto a						
1 Procedimientos						
2 Restricciones físicas						
3 Necesidades emocionales						
4 Necesidades de instrucción						
B Se han registrado apropiadamente los planes de atención con respecto a						
1 Procedimientos						
2 Restricciones físicas						
3 Necesidades emocionales						
4 Necesidades de instrucción						
V Evaluación general—total						
¿Se han tomado medidas correctivas?						

Continuación de la Fig. 10-1. Hoja de observaciones del control de la calidad

preparación de los medicamentos, y cualitativamente de acuerdo con las normas establecidas. La atención indirecta afecta al presupuesto y a la cantidad y calidad de la atención de enfermería que reciben los pacientes. Por ejemplo, en la atención de enfermería la comunicación con los pacientes es muy importante; una gran parte de ella la realizan las enfermeras durante las horas de atención directa con los médicos y familias, pero muchas enfermeras no saben exac-

tamente qué deben comunicar. Las enfermeras hablan con los pacientes y las familias de los mismos y reciben una gran cantidad de información valiosa, pero desconocen cómo usar adecuadamente la información en relación con la atención de la salud. Se comunican con algunos pacientes, médicos y familias, mas no con todos los pacientes, por falta de tiempo. Algunas enfermeras se quejan de tener mucho trabajo de comités; otras, de que no se actualizan las políticas y procedi-

Necesidades indirectas de atención de los pacientes	Calificación de los pacientes		
	I	II	III
1 Preparación de medicamentos			
2 Registro			
3 Comunicación			
Enfermera—Médico			
Enfermera—Paciente y familia			
Enfermera—Equipo de trabajo			
4 Acompañamiento			
5 Medio ambiente físico			
Disposición del equipo de trabajo			
Equipo			
Inventario			
6 Medio conceptual			
Conferencias			
7. Formulación de políticas			
Planificación			
8 Formulación de procedimientos			
Planificación			
9 Personales—Improductivas			
Número total de los diferentes tipos de personal de enfermería necesario para cada categoría de pacientes			

Fig. 10-2. Índice de atención indirecta de los pacientes: hoja de observaciones

mientos de la institución de atención de salud, lo cual es esencial para la atención de los pacientes y requiere evaluación. El área de la atención indirecta requiere que se efectúe una investigación de operaciones en relación con la calidad y la cantidad. Es necesario establecer medidas de control. La hoja de observaciones que se presenta en la Fig 10-2, se puede utilizar para determinar el índice de atención indirecta de los pacientes de cada categoría.

Es preciso considerar antes de poner en marcha el programa de dotación de personal, el *factor de la fatiga* de los empleados. A medida que avanza el trabajo del día, aumen-

ta el *factor de la fatiga* de los empleados, que afecta negativamente el producto del trabajo. Algunos autores denominan a este factor de fatiga horas improductivas. El programa del CASH (1967), contempla una tolerancia del 20% (aproximadamente una hora) para necesidades personales, pequeños retrasos y fatiga. El estudio de Sauer (1972) indica que el personal de enfermería presenta un 15,5% de tiempo improductivo. Otro estudio (Williams, 1969) indica un 15% de horas improductivas. Por lo tanto, al realizar la asignación de los recursos humanos es preciso tener en cuenta el factor de la fatiga del personal de enfermería.

Fórmula para calcular la dotación de personal (ejemplo para la obtención de cifras)

Pongamos en marcha el programa de asignación de personal, utilizando una unidad clínica de 50 camas y dotándola de personal, con el objeto de satisfacer las necesidades de atención directa e indirecta de los pacientes.

Cálculo del índice de atención directa

$$\frac{\text{Necesidades de atención de los pacientes} / 24 \text{ horas} / \text{días} / \text{año}}{(\text{Días} / \text{año} - \text{necesidades administrativas}) / \text{horas productivas} / \text{empleado}}$$

$$\frac{\text{Horas de atención directa} / \text{año}}{\text{Horas que trabaja cada empleado} / \text{año}} \quad \text{Número de empleados} / \text{unidad}$$

Ejemplo

$$\begin{aligned} 15 \text{ pacientes} / \text{categoría I} \times 0,5 \text{ horas} &= 7,5 \\ 25 \text{ pacientes} / \text{categoría II} \times 1 \text{ hora} &= 25,0 \\ 10 \text{ pacientes} / \text{categoría III} \times 2,5 \text{ horas} &= 25,0 \\ \hline \text{Total} &= 61,0 \text{ horas} \end{aligned}$$

Días/año	= 365	
Horas productivas diarias/ empleado	= 8 - 1 (por fatiga) = 7	
Necesidades administrativas	= Días normales fuera de servicio	104
	Feridos	9
	Vacaciones	15
	Licencia por enfermedad	12
	Licencia temporal	3
	Educación continua	3
	<hr/>	
Total		146 días/año en que el empleado quizá no trabaje

¿Cuál debe ser la proporción entre el personal profesional y el no profesional? El estudio de Abdelh y Levine (1958) indica una proporción de un 55% de personal profesional de enfermería por un 45% de personal no profesional de enfermería. Por lo tanto,

Número de empleados / unidad \times % de personal profesional y % de personal no profesional =
 de empleados en cada categoría \times % de distribución / turno por grupo =
 Número de empleados de cada categoría en la unidad durante cada turno

Esta fórmula se traduce a cifras significativas para la proporción de 55% de personal profesional por 45% de personal no profesional con las mismas normas de atención

$$\frac{61 \text{ horas de atención directa} / \text{día} \times 365}{365 \text{ días} - 146 \text{ días} \times 7 \text{ horas} / \text{día}} = \frac{22\,265 \text{ horas de atención} / \text{año}}{1\,533 \text{ horas anuales} / \text{empleado}} = 14,5 \text{ empleados}$$

$(14,5 \text{ empleados} \times 55\% \text{ personal profesional}) \times 3 / 8 = 3 \text{ profesionales (turno 7 a 3)}$

3 profesionales (turno 3 a 11)

2 profesionales (turno 11 a 7)

$(14,5 \text{ empleados} \times 45\% \text{ personal no profesional}) \times 3 / 8 = 2,4 \text{ no profesionales (turno 7 a 3)}$

2,4 no profesionales (turno 3 a 11)

1,6 no profesionales (turno 11 a 7)

El cálculo anterior proporciona únicamente el número de empleados que se necesitan para la *atención directa*, no incluye a las enfermeras especialistas clínicas tales como especialistas médicos y quirúrgicos. Asimismo, es necesario agregar el personal administrativo y de supervisión.

Deseamos hacer hincapié en que el número de horas de atención directa / día que se coloque en la fórmula anterior para calcular las necesidades fundamentales de personal, debe ser representativo del promedio de todo el año; esto se puede obtener sumando el índice diario de horas de atención directa de todo el año y dividiéndolo entre 365, para obtener el *promedio* de horas de atención directa en un día en esa unidad.

Cada organización de atención de la salud debe determinar la atención indirecta. Algunas instituciones de atención de la salud cuentan con administradores de unidad y más secretarías clínicas. El personal auxiliar contribuye en gran medida a la atención indirecta; en consecuencia, cada organización deberá determinar cuánto tiempo dedica realmente el personal de enfermería—profesional y no profesional—a la atención indirecta.

Cálculo del índice de atención indirecta

El cálculo de la cantidad necesaria de personal de enfermería para determinar la atención indirecta, utilizando (1) 20 horas de atención indirecta por cada turno de trabajo de 8 horas como norma y (2) 55% y 45% como proporciones respectivas de personal profesional y no profesional de enfermería, es

$$20 \text{ horas} / \text{turno de 8 horas} \times 3 \text{ turnos} \times 365 \text{ días} = 21\,900 \text{ horas de atención indirecta} / \text{unidad de 30 camas}$$

Si se utiliza la unidad médica del estudio del John Hopkins y se aplican los resultados a la unidad clínica de 50 camas, tenemos que $21\,900 \times \frac{50}{30} = 36\,500$ horas de atención indirecta / año / unidad de 50 camas. Cada empleado trabaja 1 533 horas / año, por ende, $\frac{36\,500}{1\,533} = 23,8$ empleados que se requieren para satisfacer las necesidades de personal para dar la atención indirecta en una unidad clínica de 50 camas durante un año.

Si utilizamos las mismas proporciones de 55% y 45% de personal profesional y no profesional de enfermería (hasta que cada organización realice su propio estudio y determine el porcentaje de actividades de atención indirecta que realiza el personal profesional y no profesional de enfermería), el número de personal profesional y no profesional sería

$$23,8 \text{ empleados} \times 45\% \text{ no profesional} = 10,7 \text{ empleados no profesionales}$$

Como el índice de atención indirecta no depende de la ocupación de las camas, cada turno de 8 horas recibe el mismo número de empleados.

$$\frac{13 \text{ empleados profesionales}}{3 \text{ turnos}} = 4,3 \text{ empleados profesionales por turno}$$

$$23,8 \text{ empleados} \times 45\% \text{ no profesionales} = 10,7 \text{ empleados no profesionales}$$

$$\frac{10,7 \text{ empleados no profesionales}}{3 \text{ turnos}} = 3,5 \text{ empleados no profesionales por turno}$$

Después de calcular todo el personal de enfermería necesario para desempeñar las actividades de atención directa e indirecta, es preciso agregar al personal administrativo de enfermería de la unidad. Asimismo, es necesario considerar al administrador de la unidad, que trabaja 40 horas por semana, y tres ayudantes clínicos, para dos turnos, que deben contar con suplentes los días que estén fuera de servicio.

Por lo tanto, después de tener una cuidadosa consideración y percepción de todos estos insumos, y después de determinar las necesidades de atención directa e indirecta que requieren los pacientes, tanto cuantitativa como cualitativamente, el administrador de servicios de enfermería estará en condiciones de determinar y asignar el personal de enfermería profesional, no profesional y auxiliar a cada unidad clínica o de servicio, utilizando los siguientes métodos de cálculo por grupos. (1) por unidades de servicio, (2) por clasificación del personal, (3) personal por horas de atención, (4) por puesto y (5) por proporción de personal profesional y no profesional de enfermería.

La evaluación objetiva y precisa de las necesidades de atención de enfermería de los pacientes, es de vital importancia para la justificación y adquisición de fondos para el servicio de enfermería. El administrador de servicios de enfermería debe conseguir cifras e información estadística exactas y convincentes, que reflejen las necesidades esenciales de personal. Cada año y en la fecha especificada por el consejo de administración, es necesario presentar con anticipación al director administrativo una exposición cuidadosa y bien documentada de las necesidades, con el objeto de asegurar la obtención de los fondos suficientes para el departamento de enfermería.

METODOLOGIA ACTUAL PARA DOTAR DE PERSONAL LAS UNIDADES CLINICAS DE ATENCION DE LOS PACIENTES. El grupo de investigación del

Hospital John Hopkins contribuyó en gran medida a los estudios de clasificación, en mayo de 1961, el grupo desarrolló el índice de atención directa, basándose en el tiempo necesario para brindar atención a los pacientes. En su informe, Conner, uno de los investigadores del grupo del Hospital John Hopkins, propuso algunas normas para clasificar a los pacientes en tres categorías: (1) pacientes que cuidan de sí mismos, (2) los que necesitan atención parcial y (3) los que necesitan atención intensiva. A partir de este estudio, llegó a la conclusión de que "las técnicas para la clasificación de los pacientes constituyen un mecanismo administrativo viable para estimar las necesidades diarias de los pacientes respecto al tiempo de atención de enfermería y de algunos suministros" (Conner *et al*, 1961). Varios investigadores realizaron otros estudios, pero todos carecían de especificidad, ya que el promedio de tiempo se asignaba a las categorías de pacientes y no a los individuos. Las categorías se determinaron a partir de los aspectos fisiológicos de la atención y pocas veces se tuvo en cuenta el comportamiento psicosocial de los pacientes.

En los últimos años, algunas enfermeras han investigado las necesidades de personal y han producido un marco conceptual, que sirve de pauta para la acción. En 1973, Ramey creó una metodología más integral, completa y rigurosa, para diseñar patrones de dotación de personal para las unidades de hospitalización, afirma que para crear un marco teórico para la dotación de personal,

es necesario realizar una gran cantidad de trabajo previo, la cual incluye:

- 1 El establecimiento de una filosofía, que defina los valores y creencias del departamento de servicios de enfermería en lo que se refiere a su contribución en la atención de los pacientes.
- 2 La determinación de objetivos generales del departamento y específicos de las unidades,

que establezcan las aspiraciones del servicio de enfermería.

- 3 Descripciones individuales de los puestos para las distintas categorías y niveles de personal.
- 4 Determinación de la frecuencia con la que se debe suministrar la atención de enfermería y de la persona que debe proporcionarla.

Estos cuatro elementos son esenciales para cualquier programa de dotación de

Días	UNIDAD A			UNIDAD B			UNIDAD C			UNIDAD			UNIDAD		
	AI	AM	AMI	AI	AM	AMI	AI	AM	AMI	AI	AM	AMI	AI	AM	AMI
1 5/11/71	8	8	7	6	11	19	4	11	29						
2 5/13/71	4	6	8	8	8	23	4	10	27						
3 5/5/71	7	7	6	8	9	20	3	6	12	fecha cuando se realizó la encuesta					
4 5/7/71	7	5	6	9	11	19	6	12	28						
5 5/9/71	7	4	7	9	9	21	7	12	33						
6 5/11/71	7	6	4	10	7	20	5	11	30						
7 5/13/71	8	9	4	5	9	22	6	9	27						
8 5/15/71	7	5	10	12	6	21	4	12	24						
9 5/17/71	6	7	9	9	8	22	3	11	23						
10 5/19/71	6	6	11	8	7	24	7	8	25						
TOTAL	68	63	119	84	85	211	50	102	258						
PROMEDIO	6.8	6.3	6.9	8.4	8.5	21.1	5.0	10.2	25.8						
%	34	31	35	22%	22%	56%	12%	25%	63%						
CODIGO				TOTAL			%								
AI = Atención Intensiva				177			72								
AM = Atención moderada				202			26								
AMI = Atención mínima				413			52								

Fig. 10-3. Formulario de clasificación de los pacientes. (Tomada de Ramey, I.G.: Eleven Steps to proper staffing Reimpresión autorizada de Hospitals, JAHA 47 (6): 98-104, March 16, 1973. Copyright©1973 American Hospital Association.)

personal, la filosofía y los objetivos determinan su *calidad*. Si un programa no se ajusta a la filosofía, objetivos y descripciones de los puestos para predecir sus necesidades de personal, no puede exigir un buen programa de atención, que sea específico para esa institución. La dotación de personal elaborada sobre la base del censo de los pacientes no tiene en cuenta estos elementos y difícilmente permite contar con un instrumento de evaluación que sirva para medir el progreso en la consecución de los objetivos y el cumplimiento de las normas.

La metodología de Ramey, "Once pasos para una adecuada dotación de personal" (1973), se puso a prueba empíricamente durante varios años en el hospital de una universidad. Las pruebas consistieron en aplicar las reglas de Ramey a todas las unidades del hospital de una universidad, con el objeto de predecir un patrón de asignación de personal basado en la gravedad de las condiciones de los pacientes de cada unidad. Todas las unidades tenían su propio investigador, que ponía en práctica la metodología bajo la supervisión de Ramey. Durante varios años se utilizaron las predicciones de dotación de personal en todas las unidades, y Ramey llegó a la conclusión de que su metodología parecía satisfacer las necesidades de dotación de personal de todas las unidades. Los pasos de Ramey incluyen los siguientes procedimientos.

Paso 1. Seleccionar los criterios que se utilizarán para clasificar a los pacientes en categorías por la gravedad de la enfermedad; lo cual permite determinar quienes requieren atención mínima, moderada o intensiva. Un investigador (de preferencia una enfermera profesional preparada y competente) utiliza estos criterios para realizar una encuesta en una unidad, estableciendo intervalos de tiempo, a fin de no incluir siempre a los mismos pacientes. A continuación, se registra el porcentaje de pacientes de cada categoría en un formulario para *Clasificación de pacientes* (Fig. 10-3).

Paso 2 Todas las actividades de atención directas o indirectas, realizadas en una unidad de pacientes, se registran en un formu-

lario para *Recopilación de información acerca de los pacientes*. En este formulario se registran el número de veces que se tiene que realizar un procedimiento durante un periodo de 24 horas y el total de tiempo necesario para llevarlo a cabo durante un periodo de 8 horas (Fig. 10-4).

Paso 3. Se recopila la información sobre un número suficiente de pacientes en cada unidad, de tal manera que se puedan obtener promedios válidos del tiempo de atención de enfermería que reciben los pacientes de las diferentes clasificaciones.

Paso 4. La enfermera que efectúa la investigación recopila la información de varias fuentes y con diferentes formularios.

1. De las tarjetas de kardex se obtienen las órdenes médicas y de enfermería. Se entrevista a la enfermera jefe y a las demás enfermeras que atienden a los pacientes para determinar las necesidades de cada uno de ellos y las medidas de enfermería que se deben instituir.
2. En el formulario para *Actividades indirectas*, se registran todas las actividades que no se pueden incluir en el cuidado de un paciente determinado (Fig. 10-5). El tiempo dedicado a estas actividades durante un periodo de 8 horas, se divide entre el número total de pacientes de la unidad, con objeto de obtener el promedio de tiempo dedicado a las actividades indirectas por paciente; este promedio se coloca en la parte inferior del formulario para *Recopilación de información acerca de los pacientes* (Fig. 10-4).

Paso 5. En el formulario para *Tiempo promedio de desempeño* (Fig. 10-6), se establece y registra el promedio de minutos necesarios para realizar cada actividad de enfermería.

Paso 6 En el formulario para *Tiempo promedio de desempeño* (Fig. 10-6), también se registra el tiempo necesario para realizar las nuevas funciones que se piense instituir.

Paso 7. En el formulario para *Asignación de las actividades de enfermería* se coloca el nivel de preparación del personal, necesario para realizar cada una de las actividades de enfermería, de acuerdo con las categorías de gravedad de la en-

UNIDAD <u>C</u>													
NOMBRE DEL PACIENTE <u>Joe Doe</u>			EDAD <u>58</u> CUARTO <u>C 5</u>			FECHA <u>5-5-71</u>							
CLASIFICACION Intensiva <u>X</u> Moderada <u> </u> Minima <u> </u>													
ACTIVIDADES	No /24 horas			Tiempo Total			ACTIVIDADES	No /24 horas			Tiempo total		
	D	T	N	D	T	N		D	T	N	D	T	N
Atención AM y PM							Técnica de aislamiento						
Venda Ace							Irrigación con el tubo de Levine						
Admisión	1			1			Medicamentos/Oral						
Caminar/Ejercicio							Medicamentos/SN						
Evaluación	1			60			Medicamentos/IM y Subc	2	2	2	10	10	10
Ayudar a los médicos	1	1	1	20	20	20	Medicamentos/IV	1	1	1	5	5	5
Baños							IV Venodisis	2	1	1	10	5	5
Tender camas							Transfusión						
Cómodos/Orinales	3	3	2	15	15	10	Rondas enfermería	1	1	1	2	2	2
Irrigación de la vejiga							Terapia de oxígeno	1	1	1	10	10	10
Presión sanguínea	4	4	4	20	20	20	Fricciones Phisohex						
Cateterización							Atención post mortem						
Atención de catéteres							Apoyo psicológico	1	1	1	15	15	15
Cambio de posición	4	4	4	20	20	20	Baño de Sitz						
Anotaciones en registros							Inhalación de vapor						
Verificación órdenes médico	1	1	1	5	5	5	Succión	2	2	2	40	40	40
Recolección de muestras	2	2	2	10	10	10	Enseñanza a pacientes	1	1		15	15	
Atención colostoma							Reuniones del equipo	1	1	1	10	10	10
Compresas							RPT tomar signos vitales	2	2	2	6	6	6
Comunicación	1	1	1	5	5	5	Atención traqueostomía	2	2	2	30	30	30
Controlar PVC							Atención tracción						
Dar de alta							Transferencias/acompañamientos						
Vendajes							cambio/tos/respiración						
Enemas/Colostomias							Reuucción de orina						
Recados	1	1	1	15	15	15	Jarros de agua						
Alimentación/comidas							Control de peso	1	1		10	10	
IPPB	2	2	2	30	30	30							
Balance de líquidos	1	1	1	10	10	10							

Fig. 10-4. Formulario para recopilación de información acerca de los pacientes. (Tomado de Ramey, I G. Eleven steps to proper staffing Reimpresión autorizada de Hospitals, JAHA 47 (6) 98-104, March 16, 1973. Copyright©1973 American Hospital Association)

fermedad. En este paso se utilizan como guía las descripciones de los puestos de cada unidad (Fig. 10-7).

Paso 8 Los formularios *Recopilación de información acerca de los pacientes y Actividades indirectas*, se utilizan para determinar el promedio de tiempo de enfer-

mería que necesita cada paciente, de cada una de las categorías de gravedad de la enfermedad. Por otra parte, se asigna cada actividad de enfermería al personal profesional o no profesional de enfermería, a partir de la decisión tomada en el Paso 7. A continuación se calcula el porcentaje

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	AI	AM	AMI	ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	AI	AM	AMI
Atención matutina y vespertina	E	A	A	Rondas de enfermería	E	E	E
Vendaje Ace	E	E	E	Terapia de oxígeno	E	E	E
Admisión	E	E	E	Fricciones Phisohex	E	A	A
Caminar/Ejercicio	E	A	A	Atención post mortem	A	A	A
Evaluación	E	E	E	Apoyo psicológico	E	E	E
Técnica de aislamiento	E	A	A				
Irrigación con el tubo de Levine	E	E	E	Código			
Medicamentos/oral	E	E	E	E = Enfermera diplomada			
Medicamentos/según necesidad	E	E	E	A = Auxiliar de enfermería			
Medicamentos/IM y Subc	E	E	E	AI = Pacientes que necesitan atención intensiva			
Medicamentos/E V	E	E	E	AM = Pacientes que necesitan atención moderada			
Venoclisis	E	E	E	AMI = Pacientes que necesitan atención mínima			
Transfusiones	E	E	E				

Fig. 10. 7. Formulario para asignación de las actividades de enfermería. (Tomado de Ramey, I G. *Eleven steps to proper staffing*. Reimpresión autorizada de Hospitals, JAHA 47 (6) 98-104, March 16, 1973. Copyright © 1973 American Hospital Association.)

de tiempo que dedica el personal profesional y el no profesional por turno de trabajo (Fig. 10-8).

Paso 9. La administración de enfermería o la administración del hospital debe suministrar el número de días que se calcula debe permanecer cada paciente en el hospital durante el año.

Paso 10. El número total de horas de enfermería que necesita anualmente la unidad (utilizando la información obtenida en los Pasos 8 y 9) se consigna en el formulario para *Cálculo de las necesidades totales de personal*. Se totaliza el total de horas trabajadas durante el año por el personal profesional y no profesional de enfermería (según el número de horas que trabaje cada persona durante el año, considerando los feriados, licencias por enfermedad, vacaciones y días fuera de servicio) (Fig. 10-9).

Paso 11. Por último se obtiene el número de personas necesarias en cada turno (utilizando la información de los Pasos 8 y 10). Este cálculo es el último que se hace en la metodología de dotación de per-

sonal, a fin de predecir los niveles y la cantidad de personal de enfermería que necesita la unidad, y se basa en el porcentaje de días por paciente de cada categoría de gravedad por la enfermedad (Paso 1). Después de realizar los cálculos para asignar el personal necesario para desempeñar las actividades de atención de los pacientes, es preciso realizar una nueva encuesta, ya que cada unidad requerirá más personal, a fin de dejar tiempo suficiente para la educación en servicio del personal; para la administración de enfermería de la unidad (asignación de pacientes, hojas de tiempo, evaluación del personal, asesoría etc.); para participar en programas de educación formal; para orientar al nuevo personal de enfermería, personal del hospital y visitantes; para participar en las actividades de la comunidad, y para participar en proyectos de investigación. Esta información se recopila en la forma *Otras actividades de enfermería*. Después de calcular el número necesario de personal administrativo, es preciso sumarlo a las cifras correspondientes a cada una de las unidades (Fig. 10-10).

UNIDAD	C														
FECHA	5/5/71														
	INTENSIVA			MODERADA			MINIMA			ENFERMERA			ENFERMERA AUXILIAR		
	Total minutos dia tarde noche			Total minutos dia tarde noche			Total minutos dia tarde noche			Total minutos dia tarde noche			Total minutos dia tarde noche		
Numero de pacientes	(3)	30		(6)	60		(12)				30			60	
Atención AM y PM															
Venda Ace					15		15	15		15	30				
Admisión														15	
Caminar/ejercicio	30			15						30					
Evaluación					60		60	60		60	120				
Ayudar a los médicos					20		20			20	20				
Baños	60			120						60				120	
Tender camas	30	30	30	60			120						210	30	30
Cómodos/Orinales		15	15	60	60	60							60	75	75
Irrigación de la vejiga	10	10	10							10	10	10			
cambio/tee/respiración	48	48	48							48	48	48			
Reducción de orina							24	24	48	24	24	48			
Jarras de agua			10	24	24	12	48	48	24				72	72	36
Control peso			21		10	10	10	10	60				10	21	60
Otras (del formulario No 3)	21	21		60	60	60	84	84	84	147	147	147			
Total	698	610	360	942	916	542	1 331	1 141	877	1 798	1 596	1 187	1 298	1 178	477
		1 848			2 400			3 349			4 579			3 353	
PROM /PACIENTE/24 HRS	10.26			6.66			4.65			58.2 por ED			42.2 por EPL/Aux		
										dia tarde noche			dia tarde noche		
										397 357 267			397 357 267		

Fig. 10-8. Formulario del cálculo de información de la unidad de enfermería (Tomado de Ramey, I G Eleven steps to proper staffing Reimpresión autorizada de Hospitals JAHA 47 (6) 98-104 March 16, 1973 Copyright © 1973 American Hospital Association)

UNIDAD	DIAS PACIENTE PROYECTADOS	PORCENTAJE DE DIAS PACIENTE			NUMERO DE DIAS PACIENTE			HORAS DE ENFERMERIA PACIENTE/24 HORAS			TOTAL HORAS DE ENFERMERIA NECESARIAS /ANO		
		AI	AM	ANI	AI	AM	ANI	AI	AM	ANI	AI	AM	ANI
A	6,460	34	31	35	2,196	2,003	2,261						
B	7,373	22	22	56	1,622	1,622	4,129						
C	13,075	12	25	63	1,809	3,769	9,497	10.26	6.66	4.65	10,560	25,101	66,161
												87,822	

PORCENTAJE DE TIEMPO		HORAS ANUALES DE ENFERMERIA		PERSONAL ANUAL		PORCENTAJE EN DIAS		PORCENTAJE EN TARDAS		PORCENTAJE EN NOCHES		PERSONAL EN DIAS		PERSONAL EN TARDAS		PERSONAL EN NOCHES	
E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A
38	42	50,937	36,883	27	20	39%	39%	35%	35%	26%	26%	10.3	8	9.5	7	7	5

Fig. 10-9. Formulario para el cálculo de las necesidades totales de personal (Tomado de Ramey, I G Eleven steps to proper staffing Reimpresión autorizada de Hospitals JAHA 47 (6) 98-104 March 16, 1973 Copyright © 1973 American Hospital Association)

UNIDAD <u>C</u> IDE <u>Dom 2/5</u> A <u>Sáb 5/15</u>		TIEMPO	
CATEGORIA DE PERSONAL	ACTIVIDAD	E	P A N
1 enfermera jefe	Educación en el servicio (1 h/mes)	60 minutos	
27 enfermeras de sala		810	
20 Auxiliares	"		600
1 enfermera jefe	Reuniones de personal (1 h/mes)	120	
27 enfermeras de sala		810	
20 Auxiliares			600
Enfermera jefe y jefe de equipo	Asignación de pacientes	140	
Enfermera jefe	Hojas de tiempo	60	
Enfermera jefe	Evaluación del personal y asesoramiento	120	
	Ayuda a médicos y estudiantes	420	
	Orientación al nuevo personal del hospital	140	
	Orientación a nuevos visitantes	140	
	Orientación a nuevos administradores	140	
	Orientación al nuevo personal de enfermería	210	
	Participación en proyectos de investigación	60	
	Participación en actividades de la comunidad	240	
	Total	3 470	1 200
	Prom por día	4 13 h	1 4 h
	Gran total	4 670 minutos	
	Prom / día	5 55 h	

Fig. 10-10. Formulario para otras actividades de enfermería (Tomado de Ramey, IG Eleven steps to proper staffing Reimpresión autorizada de Hospitals, JAHA 47 (6) 98-104 March 16, 1973 Copyright©1973 American Hospital Association)

Como se mencionó anteriormente, la metodología se puso a prueba empíricamente en el hospital de una universidad durante varios años y creemos que se puede adaptar con facilidad a la mayor parte, si no a todos, los departamentos o servicios de enfermería. Los formularios a los que nos hemos referido, fueron meticulo-

samente diseñados y numerados, de tal manera que cada paso de la metodología se mueve lógicamente de un formulario al siguiente y de una columna a otra.

Si bien es cierto que no se necesita personal de enfermería para efectuar los cálculos, es preciso hacer hincapié en que la planificación de la encuesta de los pa-

cientes, la recopilación de la información y el análisis de la información para planificar la dotación de personal, son funciones y responsabilidades de enfermería profesional y no se pueden delegar.

El empleo adecuado de este método para predecir un patrón de dotación de personal, basado en la gravedad de la enfermedad del paciente, constituye un gran paso hacia la consecución de la meta "atención de excelente calidad a los pacientes"; no obstante, la declaración de la propia Ramey define la meta: "Con el fin de proporcionar una atención excelente calidad, es necesario que las enfermeras establezcan estándares de atención a los pacientes e instrumentos adecuados de evaluación, a fin de garantizar los aspectos profesionales de la enfermería que incluyen actividades intelectuales e interpersonales" (Ramey, 1973b).

Después de examinar la filosofía y los objetivos de un gran hospital y centro médico, Nancy Lischke, una estudiante de postgrado en la Universidad de California en los Angeles, quien deseaba elaborar un instrumento para ayudar a la administración de servicios de enfermería a predecir las necesidades de dotación de personal de enfermería, basándose en la gravedad de la enfermedad de los pacientes, consideró que el método de Ramey constituía el marco más comprensivo y flexible de organización que cualquier otro método del que se hubiera informado; por lo tanto, aplicó el marco teórico de Ramey a una unidad médica compleja de 36 camas. Estableció un patrón de dotación de personal que satisfacía las necesidades de los pacientes y de los empleados, y llegó a la conclusión de que el modelo se podía aplicar a todas las demás unidades del centro médico para predecir un patrón completo de dotación de personal.

Otros factores importantes que es preciso tener en cuenta al planificar la asignación de personal incluyen el tipo de equipo con el que se cuenta para facilitar el trabajo del personal, el diseño físico de la unidad, su proximidad a los departa-

mentos, y la disponibilidad de especialistas de otras disciplinas.

El método de Ramey tiene la desventaja de que su uso puede hacer más énfasis en la importancia del factor tiempo en la práctica de la enfermería, fomentando así un modelo de eficiencia industrial en la atención de enfermería. Es preciso que el administrador de enfermería y sus colaboradores motiven periódicamente a las enfermeras a reflexionar que el propósito del estudio consiste en determinar la cantidad total de atención directa que se brinda a los pacientes, y no en examinar la eficiencia del desempeño del personal de enfermería. En realidad, muy pocas enfermeras podrían negar que es muy valioso conocer el tiempo necesario para atender a diferentes tipos de pacientes, en especial cuando se refiere a la dotación de personal. Además, quizá el personal agradezca la ocasión que se le brinda de justificar la enorme cantidad de tiempo que se necesita para atender a algunos pacientes. También se documentan las diferencias que existen entre diversos turnos. Los resultados de las investigaciones indican que la disminución tradicionalmente grande en el tiempo de atención directa del turno matutino con respecto al vespertino y al nocturno, no prevalece en muchas unidades generales médicoquirúrgicas para adultos (Williams, 1977).

Se considera que la cantidad de atención directa requerida por los pacientes constituye un indicador importante y válido de la carga de trabajo del personal (Williams, 1977). El método se puede utilizar para suministrar información respecto a la asignación de personal diaria o a largo plazo. Se obtendrá información que se puede cuantificar en una cifra correspondiente de tiempo; el tiempo medio de atención se puede determinar para el "paciente promedio" de una unidad o para el "paciente promedio" de diferentes clasificaciones, tales como de atención mínima, de atención media, de atención por encima de la media o de atención intensiva. Los cambios que se produzcan en el tiempo promedio de atención directa o en

la proporción de pacientes en cualquiera de las clasificaciones, tendrán importantes implicaciones en la dotación de personal. Además, si se documenta la atención directa que brinda el personal de enfermería, el hospital puede desglosar los servicios prestados en la cuenta de los pacientes, a fin de calcular y cobrar por el servicio de enfermería prestado. Esta práctica, que ya ha sido establecida en algunos hospitales, seguramente se tornará cada vez más frecuente a causa de la creciente importancia del desglose de los costos de la atención de salud que se presta en las instituciones.

Servicios de apoyo, gastos administrativos, equipo y suministros específicos, y evaluación. Después de determinar los requerimientos de personal, el administrador de servicios de enfermería debe considerar el costo de servicios de apoyo, de los gastos administrativos, del equipo y suministros y del proceso de evaluación.

Los servicios de apoyo podrían ser un programa de enseñanza para que las secretarías clínicas aprendieran a transcribir las órdenes de los médicos, o un servicio de asesoramiento del equipo de atención de la salud. Los gastos administrativos pueden incluir un nuevo manual para las secretarías clínicas o la elaboración de nuevas descripciones de los puestos. Otro factor podría ser la introducción de equipo nuevo, por ejemplo, un sistema de intercomunicación entre las enfermeras y los pacientes. Asimismo, el equipo y suministros necesarios se relacionarían con la decisión adoptada de obtener los 60 minutos adicionales que se mencionaron anteriormente, aunque tal vez esto exigiría dispositivos de supervisión, camas eléctricas o ambas cosas. La evaluación es un programa sistemático para determinar si el resultado final justificó los medios, y cada etapa debe predecir con detalle el costo total estimado del programa.

Los objetivos y programas diseñados para satisfacer cualquiera de los puntos anteriores se deben incluir en el presu-

puesto y se presentarán por orden de prioridad. Cuanto más reflejen los objetivos las metas de la institución de atención de salud, mayor ayuda podrá brindar el administrador cuando presente el presupuesto al consejo de directores. Resulta más realista colocar estos puntos por orden de prioridad, ya que la enfermera administradora puede estar segura de una cosa, que nunca recibirá todo lo que pida; no obstante, cuando el administrador de servicios de enfermería se le notifique que una parte o la totalidad de su presupuesto ha sido aprobada, podrá pasar a la siguiente etapa, la ejecución del presupuesto.

Además del presupuesto de salarios, el administrador se ocupa de otros dos presupuestos, el presupuesto de equipo y suministros y el presupuesto de gastos de capital.

Equipo y suministros. El departamento de enfermería se interesa por el área del equipo y los suministros; con frecuencia, el mejoramiento de la atención de enfermería que se brinda a los pacientes, depende de las instalaciones físicas de la institución y de la cantidad y calidad de los suministros y equipo. Por lo tanto, las enfermeras tienen que estar familiarizadas con la construcción del edificio donde trabajan y con los materiales que utilizan. El administrador de servicios de enfermería comparte la responsabilidad de la planificación total de la operación de las instalaciones, con los demás miembros del personal administrativo de la institución; también es responsable del empleo eficiente de los suministros y del equipo en el departamento de enfermería. Su competencia en estos asuntos se refleja en: todo el departamento y contribuye en gran medida a la administración económica y eficiente de la institución.

El administrador de servicios de enfermería representa a la enfermería en las conferencias y reuniones que se realicen con los demás jefes de departamento; allí explica las necesidades y presenta recomendaciones para mejorar el servicio

de enfermería. Actúa como asesor de enfermería en la planificación de nuevas instalaciones, remodelación o redistribución del espacio dentro de la institución. Por otra parte, el administrador de servicios de enfermería dirige e instruye a los miembros del departamento de enfermería en la evaluación y análisis de las relaciones que existen entre la utilidad de las facilidades físicas y las actividades de enfermería que se deben realizar.

La organización, contabilidad e inventario de los suministros y equipo, se coordina con todo el sistema de la institución. El departamento de enfermería, la administración y el departamento de compras deben colaborar estrechamente para estandarizar los suministros y el equipo. El departamento de enfermería ayuda a desarrollar un sistema satisfactorio de inventario de los artículos que se están usando y a evaluar la seguridad, durabilidad, aspecto, utilidad y costo de los suministros y equipo que se utilizan y se tienen disponibles en la institución. El administrador de servicios de enfermería guía e instruye a sus ayudantes en el análisis de las necesidades, de tal forma que pueda estar bien informado en las reuniones de administración, en las cuales participa en la toma de decisiones relacionadas con el tipo y grado de responsabilidad por los gastos, mantenimiento y disponibilidad de los suministros y equipo. En las reuniones del departamento de enfermería, se establecen procedimientos y métodos eficientes y eficaces para utilizar y cuidar el equipo y los suministros.

Con el objeto de ayudar a los jefes de departamento, el departamento de contabilidad debe proporcionar la descripción de cada rubro mencionado en el presupuesto, incluyendo el monto del gasto real en el último año que terminó y el monto aprobado en el presupuesto actual. El jefe de departamento debe calcular el monto real de gastos de cada rubro para el presente año y el año siguiente; esto ayuda al jefe de departamento y, más que nada, crea una actitud de cooperación en los

asuntos administrativos. El jefe de departamento, para ser lo más exacto posible, debe revisar los procedimientos y el empleo de los suministros y adquirir conocimientos del mercado para predecir las necesidades del siguiente año, rubro por rubro.

Presupuesto de los gastos de capital. Es necesario preparar una lista de los gastos de capital requeridos para la adquisición o sustitución de equipo durante el siguiente año. El formulario para el presupuesto de gastos de capital debe tener espacio para anotar cada uno de los artículos solicitados y debe proporcionar; (1) la descripción completa del artículo, (2) el costo por artículo y el costo total, (3) espacio para anotar la cantidad aprobada por el comité de presupuesto y (4) espacio para incluir pruebas que respalden la solicitud.

Cada jefe de departamento debe preparar formularios especiales de presupuesto, tales como solicitudes de mantenimiento, de pintura. Las normas contables establecen que el mantenimiento del edificio y del equipo general se carguen a la institución física, mientras que el mantenimiento del equipo especializado se tiene que cargar al departamento correspondiente. Por lo tanto, el presupuesto de la institución física incluye los artículos y reparaciones generales, y los presupuestos de los departamentos sólo incluyen los artículos de naturaleza especializada.

Después de haber hecho lo anterior, el administrador de servicios de enfermería estará en condiciones de efectuar las estimaciones completas del presupuesto de los rubros de gastos directos e indirectos, que están bajo su control. El administrador de servicios de enfermería debe hacer que el funcionario administrativo de más alto rango revise el presupuesto del departamento antes de darle los toques finales y presentarlo al consejo de directores, con el objeto de fomentar la cooperación y entendimiento entre el jefe de departamento y el administrador, y de obtener su aprobación preliminar sobre los cam-

bios fundamentales o partidas importantes de equipo.

El jefe de departamento no debe elaborar los cálculos aritméticos de la compilación del presupuesto, el personal del departamento administrativo se hace cargo de esta parte. Los jefes de departamento deben colocar los totales en la copia que conservan, para estar al tanto del costo total de la operación de su departamento. Después del meticuloso análisis y consideración se podrá establecer el presupuesto sobre una base realista y representará un plan bien organizado para la operación futura. Una vez que se efectúen todas las revisiones pertinentes, se prepara un presupuesto básico, para presentarlo al consejo directivo de la institución de atención de salud para su aprobación financiera.

DIRECCION DEL PRESUPUESTO: OPERACION DEL PRESUPUESTO

De alguna manera y en algún punto o puntos, es preciso tomar decisiones en relación con la administración de los planes y programas contemplados en el presupuesto. Esto sucede a nivel departamental y comprende todas las decisiones grandes y pequeñas, relativas a la organización de la ejecución, programación, establecimiento de fechas y administración de la operación del departamento. Abarca también las decisiones sobre asuntos de auditoría interna de las operaciones y cuestiones fiscales, sobre resultados del desempeño que es preciso comunicar a los superiores del departamento y a otras personas interesadas en el trabajo realizado, sobre administración de los archivos, sobre la simplificación y evaluación del trabajo y sobre las normas para medir el desempeño. Todas estas decisiones se suman para constituir un conjunto enorme de información, cuya importancia radica en tener la base para la toma de decisiones en los niveles superiores. En términos reales, el proceso presupuestario se mide en función de la calidad del sinnúmero de decisiones que se toman, y que deben tomarse, dentro del departamento; si estas decisiones son poco acertadas o básica-

mente incorrectas, muchas de ellas no se corregirán nunca, ya que a medida que el mecanismo presupuestario entre en funcionamiento, se torna tan grande y complejo que es imposible supervisarlo o vigilarlo detalladamente. Este hecho plantea varias preguntas fundamentales: ¿Quién debe dirigir y administrar el presupuesto? ¿Cómo se puede hacer esto? ¿Qué antecedentes y preparación deben tener las personas que realicen este trabajo?.

Las medidas de control variarán de acuerdo con el tipo de institución; la mayor parte de las instituciones públicas tienden a crear normas para los suministros y bienes, tales como vendajes, esparadrapo y ropa de cama, basándose en las experiencias pasadas. Es probable que la institución privada de atención de salud emplee controles más relacionados con los artículos que usan los paciente, por los cuales se les puede cobrar, que por los artículos que utiliza el personal. De cualquier manera, el administrador de servicios de enfermería debe obtener del departamento de compras, del servicio central o de los almacenes generales del hospital, informes mensuales sobre los gastos en que incurrió su departamento; estos informes se deben desglosar en las categorías convenidas con anterioridad y a partir de las cuales se preparó el presupuesto.

A fin de hacer hincapié en el hecho de que las actividades del presupuesto constituyen un proceso continuo a lo largo de todo el año, el administrador de servicios de enfermería deseará compartir los estados financieros con los supervisores, enfermeras jefe y enfermeras de sala de su departamento, encargados de poner en práctica los controles.

Resulta obvio que la ejecución eficaz del presupuesto depende totalmente de las personas que emplean los elementos de personal o equipo; por lo tanto, todos los miembros del personal de enfermería deben, a través de reuniones tales como las conferencias de personal y los programas en el servicio, entender con toda claridad el presupuesto. Asimismo, la operación eficaz del presupuesto requiere la coope-

ración y coordinación con el departamento de compras.

CONTROL DEL PRESUPUESTO: REVISIÓN DEL PRESUPUESTO

De alguna forma y en algún momento se deben tomar decisiones relacionadas con la rendición de cuentas acerca de las actividades y la justificación del presupuesto. Si se autorizan los programas y se asignan los recursos económicos necesarios para ponerlo en marcha, el proceso presupuestario no llegará a su conclusión lógica hasta que se hayan rendido cuentas satisfactorias sobre el progreso, el desempeño de las actividades y el empleo de los recursos, en especial de los fondos monetarios. Es necesario ofrecer a los departamentos algunas pautas para que puedan de terminar que técnicas y métodos deben utilizar al rendir cuentas de su desempeño al funcionario administrativo de más alto rango. No obstante, los requisitos mínimos que deben satisfacer los departamentos son:

1. Todos los departamentos deben crear y utilizar un sistema de evaluación del trabajo, que se pueda aplicar a las peculiaridades de las diferentes situaciones, incluyendo el establecimiento de estándares de desempeño. Este sistema debe servir de base para estimar el desempeño y supervisar el funcionamiento de los programas.
2. Todos los departamentos deben tratar de perfeccionar continuamente el procedimiento administrativo de presentación de informes de conformidad con los lineamientos funcionales. Dichos informes, si se elaboran con precisión, pueden servir de base para la justificación ulterior del departamento ante el administrador, tanto en relación con sus logros como para hacer posteriores solicitudes presupuestarias. La calidad de los informes financieros y de funcionamiento determina, en gran medida, la eficacia de las comunicaciones dentro del departamento y con otros departamentos relacionados.
3. Todos los departamentos deben tener y utilizar un sistema adecuado de archivo que trabaje funcionalmente. Los archivos y los informes de la organización deben suministrar la información que necesitan los niveles

superiores para tomar decisiones adecuadas en relación con el desempeño pasado y las necesidades futuras.

4. Todos los departamentos tienen la responsabilidad de reforzar y perfeccionar de manera continua los métodos de rendición de cuentas que se puedan aplicar a las particularidades del programa en cuestión. No importa las variaciones que existan entre los sistemas de rendición de cuentas, los resultados deben suministrar la información apropiada en cuanto a los resultados financieros de las operaciones.
5. Todos los departamentos deben crear un sistema adecuado de análisis administrativo y un sistema confiable de auditoría interna, dichos sistemas deben proporcionar información respecto a la mejor forma de organización, en función de los fines del programa, métodos y técnicas de operación más económicos, aspectos positivos y negativos del empleo del equipo y de los fondos, y métodos más eficaces para presentar los informes, a los niveles superiores, sobre revisión presupuestaria.

Es muy amplia la variedad de programas de atención de la salud, y en el área de toma de decisiones del presupuesto resulta imposible dar una fórmula detallada para asumir la responsabilidad. Es preferible que se descentralice los detalles y que cada departamento sea responsable de descubrir y utilizar las técnicas más adecuadas para un programa determinado. Básicamente, las preguntas que es preciso responder en este sentido son: ¿Quién es responsable de los resultados, a quién se deben rendir cuentas y cuáles son los medios y métodos apropiados que se deben emplear en cuanto a esta responsabilidad?

Comparación de los gastos estimados con los reales. La clave para un presupuesto satisfactorio es la revisión crítica de las estimaciones en comparación con los resultados reales. El departamento de contabilidad debe preparar informes mensuales para todos los departamentos; estos informes deben presentar la cantidad real gastada en cada rubro durante el año en curso y en el año anterior.

Diferencias en las estimaciones presupuestadas. Es más importante efectuar comparaciones detalladas que comparaciones de los resultados globales. Las variaciones entre los gastos presupuestados y los gastos reales de un mes cualquiera, no implican necesariamente un desempeño deficiente en cuanto al presupuesto, puesto que algunos factores, tales como los periodos de vacaciones, influyen en la cantidad de personal profesional de enfermería necesario. Las cifras mensuales o trimestrales se deben utilizar como pauta para juzgar el avance hacia la cifra total. Sin embargo, es necesario investigar las variaciones y analizar el significado de algunas de ellas, a fin de facilitar el control conveniente de los gastos.

Medidas correctivas. Después de identificar las variaciones importantes, el administrador de servicios de enfermería debe tomar las medidas correctivas adecuadas o, si resulta imposible, notificárselo por escrito al funcionario administrativo de más alto rango. El presupuesto proporciona al administrador de servicios de enfermería experiencia y conocimientos; no se trata de un sustituto. Revela oportunamente cualquier discrepancia, de manera que el administrador pueda controlar los gastos rápida y eficazmente, antes de que las discrepancias tengan consecuencias graves; por ejemplo, tal vez la comparación de los gastos presupuestados con los gastos reales indique un aumento sustancial en los salarios de las enfermeras de sala que atienden a los pacientes hospitalizados. Por otra parte, si la administración fiscal incluye métodos de control, la participación del personal y un método sistemático, sobre una base diaria, para manejar los rubros de gastos, se pueden comparar todos estos puntos con las estimaciones y asignaciones que aparecen en el presupuesto.

Además del establecimiento de métodos de control y de la participación del personal, la ejecución del presupuesto incluye un tercer factor, la comparación regular y normal de las predicciones del presu-

puesto, rubro por rubro, con los gastos reales, lo cual lleva a la revisión del presupuesto; esta revisión es un informe que resume los detalles de la operación del presupuesto en relación con los objetivos establecidos y se debe efectuar a intervalos establecidos, quizá al término de los trimestres fiscales. La revisión brinda la oportunidad de determinar la posición de las metas establecidas y de convertirlas, en caso de ser necesario, en objetivos a más corto plazo.

RESUMEN DEL PROCESO PRESUPUESTARIO

Las principales etapas del proceso presupuestario se pueden resumir como se indica a continuación:

1. Formulación del plan del presupuesto por parte de la organización, los departamentos y el funcionario administrativo de más alto rango
2. El funcionario administrativo de más alto rango debe comunicar al consejo de directores el plan presupuestal, con la explicación correspondiente, que sirve para unificar el programa de los jefes de departamento y el programa del funcionario administrativo de más alto rango, con la política institucional y el respaldo financiero.
3. El consejo de directores debe aprobar el plan del presupuesto mediante la asignación de fondos; este paso constituye la aprobación final, que representa un compromiso entre la administración y las propuestas de los jefes de departamento.
4. El funcionario administrativo de más alto rango y los jefes de departamento deben administrar, económica y eficientemente el presupuesto, de acuerdo con un plan calendario.
5. El funcionario administrativo de más alto rango y los jefes de departamento son responsables de la ejecución y rendimiento de cuentas sobre el plan del presupuesto; deben contar con un sistema satisfactorio de presentación de informes y justificar todos los planes y actividades futuros.

La preparación del presupuesto es una de las responsabilidades más importantes del administrador de servicios de enfer-

ELABORACION DEL PRESUPUESTO *

Funciones del administrador de servicios de enfermería

Obtener información acerca de los procedimientos para preparar el presupuesto de acuerdo con el manejo financiero de la institución

Conocimientos, preparación y apreciaciones

Definición del presupuesto. empleo del presupuesto como un mecanismo de planificación, un instrumento administrativo y un método de evaluación del programa del departamento de servicios de enfermería

- 1 Base general de la administración financiera. fuente de ingresos, tales como impuestos, aportes de fundaciones, pagos de los pacientes y donativos especiales.
- 2 Responsabilidad ante el público: un consejo o una fundación de apoyo económico.
- 3 Contratos que afectan al personal: Seguro Social, seguro de compensación de los trabajadores y sistema de seguro médico.
- 4 Sistema básico de contabilidad y elaboración del presupuesto de la institución: periodicidad del presupuesto, tal como anual, bienal, estacional o plan a largo plazo
5. Sistema de contabilidad.
- 6 Políticas que afectan al presupuesto.
- 7 Políticas de personal vacaciones, enfermedad, servicio de salud, aumentos salariales, conservación de los costos, licencias sabáticas y demás requisitos.
8. Calidad del equipo, suministros e instalaciones.
9. Estándares de la atención de enfermería.
- 10 Programa educativo: educación en servicio y educación del personal, congresos y asistencia a otras reuniones para las cuales se pagan los gastos.
11. Criterios para elaborar un presupuesto adecuado: complejidad, flexibilidad, confiabilidad e integridad.
12. Tipos de asignaciones: sumas globales en comparación con rubros específicos, discreción, desviación.

ELABORACION DEL PRESUPUESTO (continuación)

Preparar el presupuesto del departamento de servicios de enfermería

1. Recopilar información para el presupuesto

2 Calcular las necesidades

3 Organizar el presupuesto

4 Presentar el presupuesto a la administración para su aprobación

Presentar la justificación del presupuesto al administrador y, al mismo tiempo, solicitar la justificación de la decisión del administrador

Distribuir la información conveniente entre los miembros del departamento de enfermería

Administrar el presupuesto del departamento de enfermería: controlar los gastos

Revisar periódicamente la situación del presupuesto

Emplear la información contenida en el presupuesto para nombrar al personal

Revisar los presupuestos anteriores y el presupuesto actual, métodos para las reuniones, recibir recomendaciones de los asistentes del departamento o del comité para el presupuesto del servicio de enfermería; predicción de las necesidades futuras expansión, restricción o status quo; medidas para afrontar imprevistos

Métodos de cálculo: agrupación de las unidades por servicio, clasificación del personal o de los rubros, del personal por horas de atención o por puestos; proporción de los diferentes tipos de personal, tales como No de enfermeras profesionales y No de auxiliares de enfermería

Clasificación de los materiales por tipo o área de utilización, en fungibles o no fungibles, desechables o no desechables, organización de los rubros del presupuesto de acuerdo con la forma y la complejidad

Bases para la justificación: objetivos y normas de calidad; expansiones contempladas; otros cambios en el personal, procedimientos y sistema, distribución departamental de los costos, métodos de demostración de la justificación recíproca, gráficos, estadísticos y descriptivos, así como el proceso de negociación

Compartir la información relativa a la operación del presupuesto con los asistentes

Correlacionar los gastos con las apropiaciones para periodos específicos

Establecer prioridades de acuerdo con el tiempo y la urgencia de la necesidad, auditoría previa: procedimiento para manejar la nómina

Adaptar los registros del personal al nuevo presupuesto

ELABORACION DEL PRESUPUESTO (continuación)

Evaluar continuamente el programa del servicio de enfermería en relación con la idoneidad del presupuesto al final del periodo, a fin de utilizar los resultados del análisis en la preparación de los presupuestos siguientes, crear un procedimiento de inventario de conformidad con el procedimiento de la institución

Difundir la información en las unidades de enfermería para fomentar la eficiencia y la economía

*Adaptado del Seminario sobre administración de servicios de enfermería, Universidad de Chicago, 1951, Edward Brothers, Inc., 1952

mería, responsabilidad que afectará directamente la satisfacción en el trabajo y los compromisos de atención de enfermería del personal de su dependencia. Como es necesario justificar el presupuesto, la programación de los objetivos presupuestarios es útil para dirigir al personal hacia la consecución de metas específicas que, cuando se cumplan, aumentarán el sentido de realización del personal. Por otra parte, el tener un presupuesto orientado hacia metas definidas con anterioridad y hacia la consecución de las mismas, a través de métodos bien definidos, beneficia a los pacientes y a la organización de la atención de salud

BIBLIOGRAFIA

- Abdellah F G, and Levine, E Effect of nursing staff on satisfactions with nursing care, Hospital Monograph Series No 4, Chicago, 1958, American Hospital Association
- Argyris, C The Impact of budgets on people In Litterer, J A editor Organizations structure and behavior New York, 1969, John Wiley & Sons, Inc
- Block, L Budgeting for nursing service, progress in nursing service, New York, 1956, National League for Nursing
- Commission for Administrative Services in Hospitals (CASH) Nursing service staff utilization and control program, an orientation, Los Angeles, December, 1967, The Commission
- Dunn, H W The nursing budget, Am J Nurs 63 (11) M-12, 1963
- Giovannetti, P Patient classification systems in nursing, a description and analysis, Nurse Planning Information Series, July 1978, US Dept of HEW, PHS, Health Resources Administration, Bureau of Health Manpower Division of Nursing, Hyattsville, Md 20782 HM Reference DHEW Pub No (HRA) 78-22 HRP-0500501
- Lewis, V B Toward a theory of budgeting, Public Admin Rev 4 42, Winter 1952
- Lischke, N L Application of Ramey's "Eleven Steps to Proper Staffing" to predict a staffing methodology for a university hospital, Master's of Nursing thesis, Los Angeles, 1975, University of California, School of Nursing
- Ramey, I G Eleven steps to proper staffing, Hospitals 47 98, March 16, 1973a
- Ramey, I G Setting nursing standards and evaluating care, J Nurs Admin 3 27-35, May-June 1973b
- Sauer, J E, Jr Cost containment and quality assurance, too, I Hospitals 46(1) 64-70, 1972, II Hospitals 46(2) 78-93, 1972
- Seckler-Hudson, C Organization and management theory and practice, Washington, D C, 1957, The American University Press
- Thompson, J D, Jacobs, J E, Patchin, N R, and others Age a factor in amount of nursing care given, AHA study shows, Hospitals 42:33, March 1, 1968
- Williams, G N Work measurement How many on the job? How long? How? Mod Hosp 113 117, September 1969
- Williams, M A Quantification of direct nursing care activities, J Nurs Admin 7 15, October 1977
- Wolfe, H, and Young, J P Staffing the nursing unit I Controlled variable staffing, Nurs Res 14(3) 236-243, 1954a
- Wolfe, H, and Young, J P Staffing the nursing unit II The multiple assignment technique, Nurs Res 14(4) 299-304, 1965b

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Budgeting procedures for hospitals, American Hospital Association: Chicago, 1971, The Association.
Connor, R. J. Effective use of nursing resources. a research report, *Hospitals* 35:30-39, May 1, 1961.
Houtz, D. T.. The unit manager in the hospital organization, *Hosp. Prog* 1:73-78, February 1966.
Joint Commission on Accreditations of Hospitals Accreditation manual for hospitals, Chicago, 1970, The Commission.

Somers, J. B.: Purpose and performance. a system analysis of nurse staffing, *J. Nurs Admin.* 7:4-9, February 1977.
Vatter, W. J.. Operating budgets, Belmont, Calif, 1969, Wadsworth Pub Co.
Young, E. G · The nursing service budget, New York, 1957, National League For Nursing.
Zegeer, L. J. Calculating a nurse staffing budget for a 20-bed unit at 100% occupancy, *J. Nurs. Admin.* 7:114, February 1977.

11

El administrador de servicios de enfermería: requisitos y preparación académica

Todos los días se abren nuevos horizontes para la educación de los administradores de enfermería; durante los últimos años ha aumentado la demanda de *talento* administrativo, por lo cual los administradores de enfermería deben tener una educación superior y más integral. En otras palabras, ha ocurrido, y continúa presentándose, una explosión de información; además, la mayor automatización y la tecnología demandan una nueva estructura de organización. Consideramos todos estos elementos como aspectos que exigen una educación continua en el servicio, y nos obligan a pensar en “aprender cómo aprender”.

Con el fin de desempeñar eficientemente las responsabilidades y funciones de administrador de los servicios de enfermería en un medio complejo, lleno de desafíos y problemas, la persona debe poseer cualidades especiales y asumir funciones específicas. La magnitud, carácter y tipo de organización de atención de salud que se tiene que administrar determinan el nivel y la combinación de estas características. Los administradores y educadores están de acuerdo sobre los atributos fundamentales que debe poseer una persona para seleccionar, educar y capacitar a las enfermeras que van a ocupar el cargo de administrador de enfermería.

CUALIDADES Y FUNCION DEL ADMINISTRADOR DE ENFERMERIA

Las características más importantes de un buen administrador de enfermería se pueden clasificar en las tres categorías que se mencionan a continuación: (1) aptitudes intelectuales, la base de conocimientos necesaria para la administración de servicios de enfermería, (2) competencia en el ámbito de la dirección, operación y comunicación, y (3) características personales, tales como cualidades físicas y psicológicas. Los administradores de enfermería tendrán éxito en la medida en que utilicen su talento con eficiencia, den contribuciones importantes a la organización de atención de salud y obtengan satisfacción personal de su trabajo.

La dinámica de la administración (ya sea que se trate de hospitales, organismos de salud pública o de otras áreas relacionadas con la salud) tiende hacia el profesionalismo y hace hincapié en la utilización del propio criterio, la aceptación de la responsabilidad que se deriva de los juicios emitidos y la asunción de responsabilidad social por las decisiones tomadas.

Aptitudes intelectuales

Las aptitudes intelectuales de un administrador de enfermería se relacionan con

su capacidad de adquirir y utilizar los conocimientos; los factores que determinan el alcance de la capacidad intelectual son (1) capacidad de comprender y aplicar conocimientos, lo cual depende de la competencia técnica, amplitud de criterio, juicio personal acertado y un sentido exacto de la perspectiva; (2) habilidad para enseñar a los demás, es decir, conocer a fondo la materia, ser un estudioso perpetuo y un oyente activo, ser capaz de transmitir conocimientos con claridad y de motivar a otras personas; (3) capacidad de abordar los problemas de manera científica, es decir, organizar los hechos, darles el valor adecuado y colocarlos en la perspectiva apropiada, y (4) capacidad de crear una filosofía personal bien estructurada para guiar y dirigir las funciones administrativas y su vida personal.

CAPACIDAD MENTAL

A fin comprender y aplicar los conocimientos relativos a los principios de administración, el administrador de enfermería debe asumir la función de especialista en el proceso administrativo compuesto (PAC) y de especialista en sistemas. Las funciones y actividades del administrador de enfermería como especialista en el PAC dentro del sistema sociotécnico de la institución de atención de la salud, incluyen (1) la planificación (formulación de políticas, establecimiento de objetivos, toma de decisiones y planificación de programas de acción), (2) la organización (principios, métodos y técnicas de organización, tales como la división del trabajo y la asignación de tareas a los individuos adecuados, así como la naturaleza de la responsabilidad y autoridad administrativas), (3) la dirección ejecución y coordinación del plan organizado, y (4) la evaluación y el control análisis, clasificación y simplificación de las tareas, sistemas, métodos y procedimientos; medición cualitativa y cuantitativa de las actividades de enfermería, y capacidad de utilizar la estadística y la contabilidad como medios de control administrativo

Un sistema sociotécnico abierto constituye una tarea difícil para el administrador de enfermería, ya que las funciones administrativas no tienen límites claros y bien definidos; por el contrario, el administrador de enfermería de nuestros días se encuentra en una red de relaciones interdependientes. El administrador de enfermería debe unir satisfactoriamente a las personas; aplicar las medidas institucionales, la tecnología, crear el ambiente adecuando para desempeñar las tareas y formular el diseño y la estructura de la organización más convenientes para lograr una esfera de influencia adecuada. Uno de los objetivos permanentes del administrador de enfermería consiste en tratar de alcanzar un equilibrio dinámico, ya que los parámetros del sistema (la división del trabajo y los controles) evolucionan y cambian constantemente. El administrador de enfermería trabaja con incertidumbre y ambigüedades y debe adaptar la organización a las necesidades nuevas y cambiantes.

Los buenos administradores de enfermería aceptan el cambio como algo permanente e inevitable y aprenden a manejarlo de una manera coherente, organizada y positiva. Las instituciones de atención de salud viven en un mundo de avances científicos—médicos, tecnológicos y de enfermería—y deben estar dispuestas a cambiar constantemente para no caer en la obsolescencia. Las instituciones de atención de salud tienen que lograr el equilibrio entre las políticas establecidas, los procedimientos de funcionamiento normal y la planificación a largo plazo, que son necesarios para asegurar la estabilidad y el orden, y la flexibilidad para modificar las políticas y procedimientos, que las cambiantes circunstancias han tornado obsoletos. Una característica intelectual esencial del administrador de servicios de enfermería en su capacidad de prestar oportuna atención a las señales que indican la necesidad de efectuar cambios, y debe estar emocionalmente preparado para seguir el curso de acción que indiquen dichas señales. Asimismo, el administrador de

enfermería debe estar al corriente de las tendencias no sólo de su propio campo, sino de toda la sociedad.

Como especialista en el PAC, el administrador de enfermería también debe asumir funciones directivas. Con el fin de trabajar y ejecutar los planes con eficiencia, tendrá que conocer los elementos y el efecto de la dirección, aceptar las responsabilidades y privilegios de la misma; reconocer la función del director como estratega, diplomático y árbitro, y estar consciente de los procesos sociales de adaptación, cooperación y conflicto del comportamiento humano (Consejo Americano de Educación, 1954, p. 37).

CAPACIDAD DE ENSEÑAR A LOS DEMAS

Como maestro, el administrador de enfermería debe poseer conocimientos profundos acerca de los principios y teorías pedagógicas, y ser capaz de poner en práctica los principios del aprendizaje y la instrucción en situaciones reales de perfeccionamiento y enseñanza del personal. Como estrategia de la enseñanza, debe ser capaz de identificar las situaciones pedagógicas, entender las condiciones y medios de la enseñanza, poder enseñar a los demás a transmitir los conocimientos aprendidos y dominar los métodos y técnicas de la enseñanza al trabajar con individuos o con grupos.

CAPACIDAD DE RESOLVER PROBLEMAS

Una cualidad intelectual esencial del administrador de servicios de enfermería como especialista en el PAC, es la capacidad de resolver problemas. Un buen administrador de enfermería debe identificar los problemas con toda claridad, tiene capacidad para detectar oportunamente los problemas incipientes y los síntomas de problemas mayores y sabe poner en práctica medidas correctivas durante las primeras fases de desarrollo de los problemas. Si el administrador de servicios de enfermería es incapaz de pre-

ver los problemas, pasará de una crisis a otra, el trabajo interrumpirá repetidamente para eliminar conflictos y las políticas cambiarán a fin de satisfacer las exigencias de cada situación crítica (Shaffer, 1964). En consecuencia, es de vital importancia desarrollar una mente analítica, es decir, la capacidad de estudiar un problema, obtener la información pertinente, evaluar dicha información y considerar todos los factores directos e indirectos que intervienen en el problema.

Asimismo, el buen administrador percibe su responsabilidad como una forma de ayudar al personal clave a analizar los problemas ejerciendo su propio criterio; de brindarle toda la ayuda posible para que tome la decisión correcta sin darle la respuesta. Además, le ofrece al personal oportunidades que van más allá de su especialidad para participar en la planificación y toma de decisiones que afectan la atención de los pacientes y al departamento de enfermería. La participación del personal es fundamental para su crecimiento y sólo el administrador de enfermería, consciente de este deber puede hacerla posible. Si no se invita a los miembros responsables del personal de enfermería a participar en la discusión de los problemas en el momento oportuno, o si ellos tienen que presionar para hacer escuchar, quizá traten de imponerse dejando de cumplir con su deber, lo cual no es una forma de fomentar el desarrollo intelectual y profesional de los individuos o de aprovechar las grandes oportunidades que ofrece el nivel institucional para aumentar la experiencia de su personal (Shaffer, 1964).

DESARROLLO DE UNA FILOSOFIA PERSONAL

La última característica intelectual que debe mostrar el administrador de enfermería es poseer una filosofía personal bien estructurada que guíe y dirija los actos administrativos y la vida personal. Para que el individuo tenga una vida satisfactoria y eficiente como administrador de enfermería de una institución de atención

de salud, es importante que su filosofía personal, en los siguientes aspectos, esté de acuerdo con la de la institución y con el puesto que ocupa. (1) deseo de servir y de contribuir al bienestar de la sociedad, (2) respeto por la dignidad de los seres humanos, sin importar la raza, color, religión, ni la posición económica o social; (3) estar consciente de las necesidades y recursos espirituales propios y de los demás, es decir, comprender las personas y no sólo limitarse a tolerar a los demás, y (4) poseer las cualidades necesarias para administrar la atención de los pacientes y crear un ambiente adecuado para la investigación clínica.

Aptitudes

La posición de administrador de enfermería, es un proceso especializado y mixto que requiere además de las aptitudes administrativas, las aptitudes de liderazgo, ejecución y comunicación.

EL LIDERAZGO

El liderazgo se produce cuando la persona atiende las necesidades de la organización y de los individuos, y crea un ambiente y una situación que propician la satisfacción de esas necesidades. La investigación ha demostrado que los líderes no nacen, sino que se forman, la capacitación y educación específicas que deben tener las personas que dirigen, estarán encaminadas a aumentar su sensibilidad para diagnosticar las necesidades y problemas de la organización, del grupo y de los individuos (Bennis, 1960).

Una aptitud importante, de liderazgo que se deriva del principio anterior, es la capacidad de aprovechar lo que otros miembros de la organización pueden aportar para satisfacer las necesidades existentes del personal. No es posible que una sola persona pueda satisfacer todas las necesidades del grupo o de la organización, a causa de la gran cantidad de funciones y tareas que es preciso realizar con eficacia. En esta habilidad de liderazgo se en-

cuentra implícita la capacidad del administrador de enfermería de comprender y trabajar con los demás.

Algunas de las aptitudes más importantes que debe poseer el administrador de servicios de enfermería son la capacidad de motivar a otras personas para que se comporten de manera conveniente y la de decidir qué incentivos es preciso dar a los miembros del personal y cuál el momento oportuno para hacerlo, a fin de reconocer su participación en el cumplimiento de los objetivos de la organización y de los individuos.

El administrador de enfermería debe conocer la *Ley del efecto* de Thorndike (1911), la cual indica que las personas tienden a repetir los comportamientos que reciben alguna recompensa y a no repetir los comportamientos que no la obtienen. A menudo se olvida este principio tan sencillo; como persona que concede y controla las recompensas, el administrador de enfermería tiene la obligación de saber cuales se consideran efectivamente como recompensas, y por lo tanto sirven de incentivo al empleado. Lo anterior se puede conocer averiguando por qué los empleados desean trabajar en una determinada institución de atención de salud, ya que todos los individuos trabajan en una organización para satisfacer alguna necesidad o motivaciones personales. Las necesidades de las personas no son sencillas; por el contrario, son muy diversas, complicadas y, en ocasiones, subconscientes. Los individuos se unen a una organización por un sinnúmero de razones: algunos buscan prestigio y posición social, otros, la oportunidad de investigar o de superarse; los que poseen una conciencia social bien desarrollada, desean ayudar a los enfermos y trabajar con las personas; otros, trabajan por razones económicas o por motivos puramente personales. El administrador de enfermería sagaz, competente e intuitivo, está consciente de estos factores y comprende que las motivaciones varían de acuerdo con los individuos y en un mismo individuo en diferentes circunstancias.

Otro aspecto importante de la motivación es que el administrador de enfermería debe lograr que los miembros del personal se sientan satisfechos y alcancen el éxito utilizando con eficiencia sus talentos, haciéndolos sentir, de esta manera, que sus contribuciones son importantes para la organización de atención de salud y que a la vez, les permite obtener satisfacciones personales. En consecuencia, para motivar a las personas es necesario (1) comprender cuáles son las fuentes de satisfacción de cada individuo, (2) reconocer que la mayor parte de las personas desean hacer un buen trabajo y realizar la tarea más adecuada a sus propias características, y (3) alentar al personal a utilizar sus aptitudes para efectuar contribuciones importantes.

Otro aspecto importante de la habilidad de liderazgo que debe poseer un administrador de enfermería es la técnica de la *administración por objetivos* o de *liderazgo basado en la realidad*. Bennis (1960) la llamó *dirección orientada a los problemas*; implica la definición de objetivos de la organización y de los individuos, el establecimiento de fechas límite para la consecución de los objetivos y la delegación de tareas responsabilidad a las personas apropiadas. Además, cuando el administrador tiene que hacer frente a problemas o decisiones administrativas difíciles, los resuelve estudiándolos en grupo, organizando los hechos y logrando la participación directa del personal en la solución del problema; lo hace comunicando el problema, insistiendo en la participación y colaboración y trabajando colectivamente en el problema; esto es lo que se llama administración por objetivos, y no administración por control.

Algunos objetivos fundamentales del liderazgo son la superación del personal y la capacidad de brindar asesoramiento. La superación del personal no implica enseñar "trucos" o técnicas ni dar respuestas exactas a los problemas, sino que consiste en ayudar a todos los miembros del personal a convertirse en seres humanos más eficientes. Estos

objetivos sólo se logran mediante la creación de un ambiente que fomente y facilite la superación personal (Shaffer, 1964, p. 39).

El método para lograr la superación de las personas se relaciona en gran medida con el proceso de aprendizaje. El administrador de enfermería no se interesa únicamente en la resolución de problemas, sino también de enseñar a otras personas la mejor forma de emplear sus talentos para que se transformen en personas que resuelven los problemas con mayor eficiencia.

El jefe de enfermería utiliza muchos instrumentos y estrategias pedagógicas con el fin de producir aprendizaje, capacidad de resolver problemas y ofrecer experiencia o participación reales, así como para brindar asesoramiento o crítica constructiva y un clima que propicie la superación. La práctica en la resolución de problemas genera aprendizaje, es cierto que el personal aprende con el estudio de casos, pero tratar de resolver con éxito los problemas de su propio departamento, tiene una importancia especial para los miembros del personal. En este contexto de la estrategia de resolución de problemas, el jefe de enfermería tiene las dos responsabilidades siguientes: (1) asegurarse de que el miembro del personal haya resuelto satisfactoriamente el problema y (2) asegurarse de que el subalterno aprenda y se supere gracias a la experiencia (Shaffer, 1964, p. 40).

El empleo de la crítica constructiva para asesorar a los empleados implica la capacidad de aconsejar y de señalar los errores de los empleados sin quebrantar su confianza; es preciso centrar la crítica en el error, más no en la persona, a fin de permitir que los empleados no pierdan el respeto por sí mismos y consideren los errores en forma realista.

El tipo más importante de superación del personal es el crecimiento profesional en el desempeño diario de su trabajo, y fomentarla es una de las funciones fundamentales del cargo de administrador de

enfermería. El ambiente en el que trabajan las personas facilita u obstaculiza la superación, y las actitudes y comportamiento del funcionario administrativo de más alto rango, determinan dicho ambiente. Un clima que propicia la superación personal se caracteriza por. (1) la definición clara y precisa de las responsabilidades, (2) el sentimiento de libertad para realizar las tareas y tomar decisiones relativas al trabajo de la persona que están dentro de las políticas de la organización de atención de la salud, y (3) el sentimiento que se aceptan con gusto las ideas y opiniones del personal y de que se aprecian sus esfuerzos (Shaffer, 1964).

La capacidad de manejar las diferencias que existen entre los individuos y de motivar la creatividad de las personas, son habilidades esenciales de la dirección. Cada uno de los individuos siente que tiene necesidades, talento y aspiraciones propias y únicas y responden mejor cuando el jefe reconoce este hecho y lo trata individualmente. La capacidad de manejar eficiente y eficazmente las diferencias individuales entraña: (1) valorar la importancia que tienen los diversos talentos para el éxito de la organización de atención de salud, (2) tener habilidad para reconocer y justipreciar los diferentes talentos y (3) ser versátil en la combinación armoniosa de las aptitudes

A fin de fomentar la creatividad, el administrador de enfermería debe tener una actitud que implique (1) respeto sincero por las contribuciones de los demás, (2) buena voluntad para aceptar sus errores y (3) humildad para reconocer que nadie es perfecto y que todo el mundo tiene puntos débiles que pueden compensarse con las cualidades de otros (Shaffer, 1964, p. 38).

El administrador de enfermería que adquiere habilidad y versatilidad para manejar las diferencias que existen entre los individuos, puede hacer uso de una mayor cantidad de recursos que el administrador que castiga los desacuerdos y desalienta la creatividad.

OPERACION

Las habilidades ejecutivas que mas se necesitan son la capacidad de tomar decisiones, delegar autoridad, organizar y coordinar al personal y las actividades.

La toma de decisiones es la parte más importante del trabajo de un administrador, y un buen jefe de enfermería aprende rápidamente a tomar decisiones. La habilidad operativa de la toma de decisiones requiere la capacidad de (1) saber cuándo es preciso hacer alto en la recopilación de información, reunir los hechos y tomar una decisión, (2) actuar en el momento oportuno, (3) planificar y analizar cuidadosamente la información, (4) correr riesgos, aceptando que el riesgo es un factor inherente a todas las decisiones importantes y (5) emplear estrategias, es decir, (a) tener conciencia de que a menudo la programación adecuada constituye el elemento clave para lograr que se acepten las ideas, (b) obtener apoyo suficiente de personas influyentes que puedan respaldar y promover las ideas en los niveles pertinentes y (c) detectar los factores que obstaculizan las ideas nuevas y crear planes para superarlos.

Se llama *delegación* al arte de lograr resultados utilizando el talento de otras personas. El administrador de enfermería delega autoridad y la responsabilidad correspondiente y, a través del control, toma las medidas necesarias para determinar quién es responsable del desempeño de las actividades; no obstante, el administrador es, a fin de cuentas, responsable de todo el trabajo que se debe realizar. En última instancia, el administrador rendirá cuentas sobre las condiciones y funcionamiento del departamento de enfermería de la organización de atención de salud; por lo tanto debe esperar que la persona que acepta la autoridad, acepte también la responsabilidad que le es inherente. El administrador de enfermería delega autoridad y responsabilidad en dos niveles diferentes: en el nivel del desempeño y en el nivel de la toma de decisiones. La delegación de autoridad y responsabilidad en el nivel de la toma de decisiones constituye la mayor prueba de confianza y fe que puede otorgar el

administrador de enfermería. En este nivel, el administrador de enfermería asume una nueva función, la de delegar autoridad y responsabilidad; se convierte en difusor de información, permitiendo que sus colaboradores (subordinados) tomen las decisiones correctas. El administrador de enfermería dejará de preocuparse por *si es la mejor decisión* (Shaffer, 1964).

Otras dos habilidades ejecutivas fundamentales del administrador de enfermería son la organización y la coordinación. Se ha confirmado más allá de toda duda la necesidad de administrar con eficiencia los servicios de enfermería, en especial cuando las organizaciones de atención de salud se tornan grandes y complejas, por lo que requieren una planificación y organización más conscientes y un control racional por parte del administrador de enfermería, a fin de resolver la infinidad de problemas de comunicación que surgen. A medida que crecen las instituciones de salud, el puesto del administrador de enfermería se convierte en el de un coordinador; se espera que coordine las actividades dentro de la organización de salud y entre ésta y la comunidad.

A fin de hacerlo con eficiencia, el administrador de enfermería tiene que demostrar que comprende los procesos administrativos y de organización, ya que mediante estos procesos se logra adquirir el comportamiento administrativo necesario para la coordinación (Arndt, 1965).

COMUNICACION

El administrador de enfermería debe saber cómo comunicarse con su personal, a fin de poder delegar la autoridad para tomar decisiones y lograr que otras personas hagan las cosas. El arte de la comunicación eficaz implica.

1. La habilidad para articular los objetivos y los planes a largo plazo de la organización de atención de salud, es necesaria para lograr una comunicación adecuada.

2. Un aspecto importante de la comunicación es la habilidad de informar, explicar e interpretar las políticas de la institución, en

función de los problemas específicos que debe resolver el personal.

3. Otro aspecto importante de la comunicación es tener conciencia del hecho de que las habilidades de comunicación no verbal son instrumentos fundamentales de la administración. Las actitudes y los sentimientos dicen más que las palabras, el personal aprenderá rápidamente a leer los signos en la expresión facial, en la actitud, el tono de voz y gestos, los cuales pueden facilitar u obstaculizar la comunicación entre el administrador y su personal

4. La capacidad de escuchar y prestar atención es otro factor esencial de la comunicación. El administrador de enfermería debe saber cómo escuchar de manera que aliente a los miembros del personal a expresar sus opiniones y a comunicarse, y aprenda de ellos en el proceso (Shaffer, 1964).

Características personales

Las características personales del administrador de enfermería se pueden clasificar en físicas y psicológicas.

CUALIDADES FISICAS

El primer requisito físico es gozar de buena salud, además, el administrador de enfermería de alto rango debe poseer un alto grado de resistencia, la capacidad de soportar la presión y la tensión, capacidad de trabajar muchas horas en circunstancias difíciles cuando sea necesario, y perseverancia para alcanzar los objetivos. Por último, debe manifestar vitalidad, que es un reflejo de la fortaleza y vivacidad de la persona; la vitalidad indica fuerza y atractivo personal, que son elementos fundamentales de la cualidad para dirigir (Consejo Americano de Educación, 1954, p. 32).

CUALIDADES PSICOLOGICAS

Las cualidades psicológicas son atributos del carácter (la suma de los hábitos mentales de un individuo, que resultan de los comportamientos aprendidos) y de la personalidad (el aspecto del carácter que se puede utilizar para influir en otras personas).

Carácter. Los más importantes atributos del carácter que debe poseer un buen administrador, son:

1. Integridad en la firmeza moral. Se refiere a la norma de conducta que el administrador de enfermería observa en sus relaciones con otras personas, en las que se puede tener confianza respecto a su honestidad, lealtad, sentido del honor, confiabilidad y sinceridad.

2. La autodisciplina cobra la forma de comprensión de sí mismo y autocontrol de las actitudes y sentimientos. El administrador de enfermería que se toma el tiempo necesario para tratar de conocerse y comprenderse mejor, reduce al mínimo el riesgo de que los factores emocionales afecten su criterio. La comprensión de sí mismo requiere el deseo de hacer frente incluso a los aspectos desagradables del propio ser. El autocontrol de las actitudes y sentimientos es la capacidad de analizar objetivamente el pensamiento, las creencias y las actitudes propias, y de reconocer los prejuicios, desviaciones, temores y demás sentimientos que lo apartan de un razonamiento objetivo y un juicio correcto.

3. La responsabilidad es el deseo de aceptar la obligación que implican los propios actos y funciones y los de los colegas y miembros del personal, así como de aceptar la responsabilidad social ante la comunidad, para lo cual se requiere comprensión y sensibilidad respecto al medio social, cultural, económico y político en el que uno tiene que trabajar.

La cualidad de humanidad que debe poseer el administrador de enfermería, se relaciona estrechamente con el sentido de responsabilidad social; se refiere a su forma de actuar y pensar, la cual se basa en un interés y afecto constantes por las personas y la sociedad en general.

4. La estabilidad es una forma de vivir, que se caracteriza por la firmeza y constancia de comportamiento que no titubea ante la incertidumbre ni vacila a causa de la indecisión.

5. La industriiosidad es la capacidad de utilizar el talento y la fuerza para realizar

algo valioso; requiere iniciativa, diligencia y perseverancia.

Personalidad. La personalidad está constituida por características personales que son también psicológicas; se trata del aspecto del carácter que se puede utilizar para influir en otras personas.

1. Algunas características esenciales de la personalidad son la confianza en sí mismo, el valor, y la habilidad de vender ideas a la administración, al consejo que dirige la institución y al público. Además, el administrador debe ser inteligente, cálido, persuasivo y capaz de influir en otras personas. Un administrador de enfermería persuasivo tiene un profundo sentido de la idoneidad y la oportunidad; puede distinguir, en una situación determinada, los hechos importantes de los que no lo son, y puede clasificar y presentar los hechos de manera convincente, logrando el consentimiento más que exigiéndolo. Por otra parte, si desea ser un verdadero jefe, tiene que participar en actividades ajenas a su profesión. Además de vender sus ideas a las personas influyentes, el administrador de enfermería sabe explicar al público y a otros grupos profesionales los cambios que están ocurriendo en la educación y en la práctica de la enfermería y en la profesión en general, ya que, si no es capaz de hacerlo, mostrará un servicio pobre a su profesión y a su propio rol como director (Young, 1969).

2. El magnetismo personal y el tacto ayudan a determinar el carisma de una persona que se derivan de características innatas y adquiridas. Los aspectos innatos del magnetismo personal son las manifestaciones de las emociones y del temperamento; los aspectos adquiridos o aprendidos son el resultado de las buenas maneras; dos condiciones indispensables son el equilibrio emocional y un temperamento agradable, pero sólo el esfuerzo consciente y la autodisciplina pueden desarrollarlos.

El tacto, una sensible conciencia mental de lo que se debe decir o hacer al tratar con otras personas, se relaciona estrechamente con el magnetismo personal y tiene por objeto alcanzar un fin y evitar ofender a los de-

más. Se trata de un comportamiento aprendido que se desarrolla gracias al autocontrol, la autodisciplina y la consideración hacia los demás cuando las emociones y el humor amenazan con vencer al razonamiento (Consejo americano de Educación, 1954, p. 34).

3. La cooperación es la capacidad de someterse a las decisiones del grupo y de trabajar en armonía con los demás; es una medida de la capacidad del administrador de enfermería de relacionar su propósito con el de otras personas.

4. La capacidad de inspirar y motivar a los demás implica transmitirles entusiasmo y ejercer en ellos una influencia positiva. El magnetismo personal, el entusiasmo y la capacidad de inspirar a otras personas, constituyen un conjunto perfecto de actitudes en una personalidad equilibrada. Para que un administrador de enfermería inspire a otras personas, tiene que estar bien informado, ser perceptivo y poder comunicar sus ideas.

5. La decisión y la voluntad de pagar el precio del éxito son también características esenciales de la personalidad. El precio que tiene que pagar el administrador de enfermería se mide en tiempo, responsabilidad y capacidad de soportar la soledad; se espera de él que trabaje bastante, más de 40 horas a la semana y a menudo tendrá que llevarse trabajo a casa. Es responsable del bienestar de cientos de personas que dependen de su buen criterio. La soledad de ocupar un puesto directivo es con frecuencia una de las cargas más pesadas que debe llevar un funcionario de alto rango; tal vez requiera disciplinar a colegas que son sus amigos o quizá los miembros del grupo lo hagan a un lado. A menudo, tiene que tomar decisiones poco populares, algunas de las cuales no puede discutir con ninguno de sus colaboradores (Shaffer, 1964, p. 44).

6. Tener sentido del humor y sentido de la perspectiva es esencial para otras características de la personalidad. El humor ayuda a mantener los problemas en la perspectiva adecuada y evita tornarse triste y caviloso. El administrador que tiene sentido del humor sabe que puede cometer errores y es capaz de reírse de sí mismo y con los demás. El

humor, si se le emplea correctamente, puede ayudar a eliminar la ansiedad y permite "tomar las cosas un poco a la ligera" en las situaciones difíciles. El sarcasmo, que tiene sus raíces en la hostilidad, no tiene cabida en la administración eficiente; el administrador inteligente y justo es considerado con los sentimientos de los demás y utiliza el humor de forma moderada y por alguna razón.

PREPARACION ACADEMICA DEL ADMINISTRADOR DE ENFERMERIA

Un administrador de enfermería de este calibre, que muestre estar calificado para asumir las funciones previstas, tiene que estar bien preparado académicamente y contar con experiencia. La educación del administrador de enfermería ha suscitado un sinnúmero de controversias, que afectan directamente la oferta y la demanda de jefes de enfermería y su preparación.

Principales problemas educativos y profesionales que afectan al campo de la administración de servicios de enfermería y a la preparación académica del administrador de enfermería.

Algunas de las preguntas que se han planteado en relación con el puesto y la preparación del administrador de enfermería son: ¿En realidad necesitamos jefes de enfermería? ¿Deben las escuelas de enfermería preparar administradores de enfermería o unidades docentes de otras disciplinas relacionadas deben preparar administradores para los servicios de enfermería? ¿La preparación de los administradores de servicios de enfermería debe ser a nivel de maestría o a nivel de doctorado? ¿Necesita el administrador de enfermería una especialización clínica? En caso afirmativo, ¿es preciso que la especialización sea en enfermería?

La pregunta, ¿en realidad necesitamos jefes de enfermería? ha sido contestada afirmativamente por una abrumadora cantidad de expertos en el campo de la educación de enfermería y de la administración de servicios de enfermería (Arndt, 1965; Mullane, 1959; Finer, 1964; Miller, 1971; Young,

1969). Estos expertos han afirmado implícita y explícitamente la necesidad que tiene el país de jefes de enfermería, y estamos de acuerdo con ellos. Los organismos de atención de salud dependen en gran medida de los directores de enfermería, que han sido educados y son responsables de crear nuevos modelos de servicios organizados de enfermería. En años más recientes, los educadores en el campo de la enfermería y las personas e instituciones que conceden subsidios para la investigación de enfermería, se han dado cuenta de la gran necesidad de preparar especialistas en enfermería clínica, limitando con ello los fondos disponibles para la preparación de administradores de servicios de enfermería. Como ha demostrado la experiencia, el hecho de hacer hincapié en la especialización clínica a expensas de la administración e investigación de los servicios de enfermería, reduce el número de jefes de enfermería potencialmente competentes en este campo. La necesidad crítica de preparar enfermeras en liderazgo se refleja en la revisión de los programas de estudio de maestría, realizada con el objeto de dar a la mayor parte de los administradores de servicios de enfermería un mínimo de preparación académica.

Es preciso que la educación universitaria dedique más atención y estudio al problema de la preparación de administradores de enfermería, que puedan crear y conservar un sistema de atención de enfermería para la distribución óptima de individualizada de atención a los pacientes, y un sistema de educación de enfermería, que eduque y prepare especialistas en enfermería creativos e independientes en todos los niveles de competencia.

Otro problema importante se encuentra en el área de la preparación académica de los administradores de enfermería. ¿Deben los programas de estudios superiores en enfermería preparar administradores de enfermería o esto debe ser responsabilidad de unidades docentes de otras disciplinas relacionadas? ¿Deben organizar y dirigir los servicios de enfermería administradores capacitados, que no pertenecen a la profesión de enfermería? Por otra parte, si las escuelas

de enfermería asumen la responsabilidad de educar a los administradores de enfermería, ¿deben éstos tener una especialización clínica?

Antes de poder responder la pregunta de si una enfermera debe administrar los servicios de atención de enfermería y, en ese caso, de cuál debe ser su preparación académica, es preciso saber si una especialización clínica es un requisito para ser administrador de enfermería (Miller, 1971)

En nuestra opinión, la especialización clínica a nivel avanzado en un área específica, es esencial para la administración y distribución de servicios de atención de enfermería, pues le permite al administrador predecir o diagnosticar con mayor exactitud los problemas que existen a nivel de la atención directa de los pacientes y los que deben afrontar las enfermeras en su trabajo. Al hacerlo así, puede planificar, organizar, dirigir y controlar la distribución de servicios de atención de enfermería con mayor eficiencia y crear un ambiente físico y conceptual que propicie ofrecer una atención óptima a los pacientes, y en el cual las enfermeras estén en condiciones de practicar los conocimientos que aprendieron.

¿Qué departamento o escuela de la universidad debe hacerse cargo de la educación de los administradores de enfermería? Consideramos que es responsabilidad de las escuelas de enfermería preparar a los futuros directores de enfermería, a fin de que administren la prestación de los servicios de atención de enfermería. Diversas universidades cuentan ya con programas de doctorado en enfermería, los programas hacen énfasis en la investigación y en la elaboración y comprobación de teorías de enfermería, que constituyen la base de la práctica de la enfermería. Los administradores de enfermería que sigan estos programas, también necesitarán adquirir conocimientos de administración estudiando cursos en otros departamentos relacionados, tales como las ciencias del comportamiento. El enfoque interdisciplinario en la preparación académica tiene la ventaja de conservar la identificación del estudiante con

la enfermería como disciplina y respaldar el concepto de que las habilidades administrativas y de organización son instrumentos para la consecución de la meta fundamental de los servicios de enfermería, es decir, la prestación de servicios directos de atención de enfermería a las personas.

Otra ventaja que presentan los estudios a nivel de doctorado en enfermería, es que relacionan la investigación actual sobre administración de enfermería con la práctica de la enfermería de manera más eficaz que la educación superior básica adquirida en otra disciplina (Miller, 1971, p. 42)

Respecto a si la preparación académica de los administradores de enfermería para las escuelas universitarias de enfermería, los hospitales y clínicas universitarias y las instituciones grandes y complejas de atención de la salud, debe ser a nivel de maestría o de doctorado, Miller (1971), Young (1969) y McNeerney (1960), opinan que debe ser a nivel de doctorado y estamos de acuerdo con ellos. La complejidad necesaria para colaborar eficientemente con otros profesionales y planificadores de la salud, requiere una preparación y capacitación profunda en la investigación, la práctica de la enfermería y otras disciplinas relacionadas, que sólo puede brindar la preparación a nivel de doctorado.

Si se desea que los resultados de las investigaciones constituyan el conjunto fundamental de conocimientos para la práctica, los servicios y la educación de enfermería, las escuelas universitarias de enfermería y los servicios de enfermería más importantes deben hacer énfasis en la importancia de que la investigación se dirija primordialmente a los problemas de atención de enfermería de las personas, a la mejor forma de organizar los servicios de atención de enfermería y de educar a los profesionales (Miller, 1971, p. 41). Sin embargo, en concordancia con el papel de la investigación en la preparación académica de los administradores de enfermería, consideramos que es preciso aumentar el conjunto de conocimientos efectivos sobre administración; en este caso, el énfasis se pone en que sean "efectivos". Tal vez esto

parezca contradictorio con lo que hemos dicho anteriormente que la explosión de conocimientos es uno de los problemas a los que tenemos que hacer frente; y ahora nos pronunciamos a favor de la producción de más conocimientos. Empero, no se trata de una paradoja. Se ha afirmado repetidas veces que los sistemas de información de la administración actual producen por lo general una gran cantidad de información que carece de importancia, más no cantidad suficiente de información pertinente. Resulta obvio que gran parte de la información recientemente obtenida en forma de nuevas técnicas administrativas y nueva comprensión de este proceso, no carece de importancia; aunque sin lugar a dudas se requiere mucha más información pertinente para resolver los problemas a los que se enfrenta actualmente la administración. Proponemos que las escuelas de enfermería participen, como parte legítima de su misión, no sólo en la investigación básica, por la que siempre nos hemos preocupado, sino también en la investigación aplicada y de campo. Es preciso aumentar la colaboración con otros tipos de organizaciones de atención de salud, lo cual es indispensable para comprender mejor los resultados, aplicarlos convenientemente y someterlos a prueba en forma más completa en el campo real de los conocimientos.

Por lo general, las escuelas universitarias consideran que cumplen su misión respecto al aporte de conocimientos mediante la publicación de artículos científicos en revistas académicas y la educación de los estudiantes. No obstante, sólo en raras ocasiones el administrador tiene acceso a la totalidad de los resultados de las investigaciones que se publican en las revistas; por otra parte, la velocidad de difusión de conocimientos que se logra por este medio, con la educación, es muy reducida. Normalmente, el estudiante recién graduado ocupa un puesto en un nivel intermedio de la organización y, en consecuencia, el efecto real que ejerce sobre la misma no es muy importante sino hasta muchos años después de haber terminado los estudios; en ese momento, parte de lo que aprendió y algunas de las contribuciones que

podría haber hecho se han atrasado, han desaparecido o vuelto obsoletas.

Si deseamos que la investigación realizada en las escuelas sea útil para la administración en situaciones futuras, que sin lugar a dudas cambiarán con gran rapidez, debemos encontrar formas de someterla a prueba y de relacionarla con los problemas administrativos con mucha mayor rapidez que la que permiten cualquiera de los métodos antes mencionados. Creemos que las escuelas de enfermería deben hallar la forma de trabajar en estrecha colaboración con las organizaciones de salud, ya sean sin ánimo de lucro o gubernamentales, a fin de obtener soluciones oportunas y mutuamente satisfactorias. Un proyecto prometedor, que merece ser estudiado, es la idea de crear un laboratorio profesional de campo, donde los estudiantes, el profesorado y las organizaciones que colaboran, trabajen juntos en la resolución de problemas.

Con el fin de desempeñar con eficiencia las funciones y deberes de un administrador de servicios de enfermería en un medio complejo, lleno de desafíos y problemas, la persona debe poseer cualidades especiales y asumir determinadas responsabilidades; el tipo, carácter y magnitud de la institución de atención de salud que se debe administrar, determinan el grado y la combinación de estas características. Los administradores y los educadores están de acuerdo en los atributos fundamentales que se espera en la persona, a fin de seleccionar y educar a las enfermeras para que ocupen el puesto de administrador de enfermería.

Suponiendo que existen algunas áreas básicas de conocimientos, que son de vital importancia para los administradores de servicios de enfermería, existen varias formas para que éstos puedan realizar estudios a nivel de doctorado. El área de estudio a la que se le debe dar mayor prioridad es la educación universitaria de posgrado en enfermería y otras disciplinas relacionadas, así como la investigación en enfermería clínica y de los servicios de enfermería. Por supuesto, las funciones del administrador de servicios de enfermería deben estar encami-

nadas a crear un sistema más satisfactorio de prestación de atención de enfermería a las personas dentro de una gran diversidad de circunstancias. A causa de la variedad de preparación, en los diferentes niveles de enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería que en conjunto constituyen el personal de enfermería, es imprescindible que el administrador de enfermería sea una persona competente, que pueda aprovechar al máximo las habilidades y capacidades del personal; además, debe conocer a fondo la práctica y la investigación de la enfermería, a fin de poder explicar a otros profesionales de la salud y a la comunidad el papel que desempeña la enfermería en el sistema de atención de salud. Para que un administrador de enfermería pueda comprender cómo funcionan, prosperan, cambian o decaen las organizaciones complejas de acuerdo con las cambiantes necesidades de la sociedad, es necesario que conozca a fondo los principios de la teoría de sistemas, de las teorías de administración y de organización, de las ciencias del comportamiento, de las teorías del aprendizaje y la instrucción, de la planificación de la salud, de la economía de la salud, de la estadística y de las humanidades; en otras palabras conocer la teoría ecléctica de las cuatro escuelas del pensamiento administrativo: administración científica, ciencias del comportamiento, ciencias sociales y ciencia de la administración.

Educación académica formal del administrador de enfermería

El objetivo del período académico consiste en seleccionar estudiantes sobresalientes, brindarles la oportunidad de adquirir los conocimientos y desarrollar las capacidades, habilidades, actitudes y comprensión que les servirán de base para transformarse en un administrador de enfermería responsable y competente. Con el objeto de que un individuo satisfaga los requisitos necesarios para la administración de servicios de enfermería, debe poseer cualidades específicas y completar satisfactoriamente un programa educativo y de capacitación de varios meses o años

de duración para adquirir los conocimientos, habilidades y capacidades necesarios.

Un buen programa educativo para los administradores de enfermería debe suministrar las bases para continuar la educación en el futuro; teniendo en cuenta la certeza del cambio y la incertidumbre respecto a la dirección que tomará, es un hecho incontrovertible que la educación universitaria para la administración de servicios de enfermería, debe poner el mayor énfasis en desarrollar la agudeza de los procesos mentales de los estudiantes y no en asignaturas particulares, ni en las prácticas actuales de gestión. (Arndt, 1965, p. 9).

En un mundo en el que la característica predominante es el cambio, las cualidades de adaptación, flexibilidad, sinceridad, pensamiento creativo, imaginación y aplicación del criterio personal, son de vital importancia para trabajar con eficiencia y resolver el sinnúmero de problemas que generan una sociedad y un mundo de la salud cada vez más complejos; se trata de un hecho de la vida y pensamiento modernos, con el cual debe estar en concordancia la administración de servicios de enfermería (Arndt, 1965)

METAS Y OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS ACADEMICOS DE ESTUDIOS DE ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA A NIVEL DE DOCTORADO

Creemos que es necesario comenzar por hablar un poco acerca de los cambios que se están produciendo actualmente y en el énfasis puesto en el papel que juega el ambiente educativo. Respecto a este ambiente, todas las experiencias educativas del administrador de enfermería deben ser intrínsecamente valiosas, interesantes e incluso divertidas. El estudiante debe considerar su participación en este proceso no sólo como un medio para alcanzar un título o conseguir un trabajo, sino como un fin en sí misma. Es preciso que los educadores traten de diseñar los programas educativos de tal manera que resulten más motivantes, desafiantes, emocionantes y provechosos para los estudiantes.

Otra meta de un ambiente educativo satisfactorio es que debe suministrar lo necesario para incrementar la iniciativa de los estudiantes. La función más importante del educador consiste en crear y conservar un clima educativo en el cual el estudiante pueda aprender; esto se opone a la función de "inculcar hechos". Consideramos que el estudiante debe asumir la responsabilidad de pensar por sí mismo, y que debe convertirse en un generador activo de conocimientos y no en un receptor pasivo de los mismos. Una de las responsabilidades de la escuela consiste en crear un foro para el intercambio de ideas entre los estudiantes y profesores como método de aprendizaje. Lo anterior significa que los educadores tendrán que crear nuevos tipos de experiencias y medios de aprendizaje, asimismo, requiere hacer una sutil, aunque extremadamente importante, distinción entre las dos formas en las que puede darse el proceso educativo.

Un método educativo consiste en crear un proceso que molde la mente del estudiante, con el fin de que acepte los criterios desarrollados externamente, por alguna otra persona, los llamados "hechos comprobados" del pasado. En este método, el educador presenta a los estudiantes estos hechos, teorías, etc., para que los asimilen, por lo general de manera sistemática y ordenada; en realidad, el maestro dice: "Estos son los hechos, esto es lo que sabemos; asimílenlo".

El otro método consiste en presentar a la mente estímulos externos, que pueden adquirir la forma de situaciones y materiales interesantes, que lleven a los estudiantes a pensar sobre los aspectos importantes de los problemas. En este método, el estudiante debe decidir qué tiene que aprender y en qué orden debe hacerlo.

Ambos métodos son importantes y tienen un lugar adecuado; no obstante, en el pasado los educadores utilizaron sistemáticamente el primer método, el de moldear la mente de los estudiantes para que aceptaran criterios y juicios externos. Los maestros no han hecho mucho énfasis en el proceso de motivar al estudiante a pensar creativamente en nuevas situaciones; esto es importante porque

el diseño de un programa educativo difiere en gran medida, dependiendo del método al que se le conceda mayor importancia y la forma como se combinen los dos. Por ejemplo, el método de problemas proporciona al estudiante determinadas situaciones y cierta información, y el estudiante tiene que comprender la situación, crear un método y formular una estrategia para resolver el problema. La resolución de problemas se convierte así en el estímulo para recopilar información y en la motivación para aprender. El diseño educativo de este método requiere que encontremos la forma de presentar problemas que constituyan un reto y que pongamos a disposición de los estudiantes, oportunamente y según sea necesario, materiales adecuados de consulta. El método de desarrollo sistemático implica la presentación formal del material de estudio, en una secuencia determinada de antemano por el educador y no ideada por el estudiante. Dicho método educativo incluye la instrucción programada tradicional en el aula y la "tecnología educativa".

Estas metas se presentan como pautas para la elaboración de programas actuales y futuros de administración de servicios de enfermería, con el objeto de satisfacer las necesidades presentes y futuras, aunque no dejamos de tener en cuenta que la experimentación constante es necesaria dentro de límites razonables y que los recursos variarán según las universidades. El currículum propuesto es un estándar que se puede utilizar para planificar los programas actuales o futuros de administración de servicios de enfermería.

Los objetivos primordiales de los estudios avanzados sobre administración de servicios de enfermería, consisten en promover que los estudiantes adquieran un conjunto de conocimientos fundamentales y una mente disciplinada, que sean capaces y competentes para investigar los problemas que afectan a la administración, la práctica y la educación de enfermería, y que se conviertan en especialistas competentes de la administración de servicios de enfermería. Otro objetivo de la educación universitaria avanzada es

disciplinar el carácter del estudiante de enfermería para que en el futuro crezca y se desarrolle en la administración de servicios de enfermería, en la responsabilidad cívica y en su vida personal.

La instrucción se planifica específicamente con el fin de permitir que los estudiantes adquieran las siguientes capacidades:

1. Demostrar un conocimiento completo, integrado y fundamental de la organización, administración y manejo de los servicios de enfermería.

En lugar de impartir sólo información en forma de hechos a los estudiantes, la meta consiste en inculcarles la amplitud de criterio necesaria para desempeñar las funciones que implica la administración de servicios de enfermería, y en darles orientación respecto a su entorno. Es indispensable que el administrador de servicios de enfermería obtenga una visión completa y profunda de los conocimientos, principios, métodos y técnicas fundamentales, para hacer frente a los desafíos que implica la administración de servicios de enfermería; de otra manera, se encontrarán perdidos en un laberinto de hechos y detalles.

2. Demostrar competencia en la exploración, solución y manejo ordenados y analíticos, de los problemas relacionados con el área de la administración de servicios de enfermería.

La competencia en la administración de servicios de enfermería depende de la capacidad del estudiante de analizar situaciones, reconocer y diagnosticar problemas, tomar decisiones, buscar los hechos pertinentes y utilizar la imaginación para pensar en posibles cursos de acción y tomar decisiones bajo presión. Dichas habilidades conceptuales están respaldadas por la capacidad de comprender el factor humano, emplear las cifras adecuadamente, hacer uso de un conjunto de conocimientos básicos y aprovechar las habilidades y conocimientos especializados de las demás personas.

3. Adquirir la habilidad y los conocimientos necesarios para tratar con efectividad a otras personas, ya sea individualmente, en

grupos o mediante comunicaciones por escrito.

La capacidad de trabajar eficientemente con los demás es tal vez la habilidad más importante de todas. La comprensión de la naturaleza humana, de la importancia de la motivación de los individuos y de las relaciones de los grupos, es fundamental para la formulación y ejecución satisfactoria de políticas. El estudiante debe conocer no sólo los métodos de dirigir a las demás personas, sino también las relativas ventajas y desventajas que implica realizar las tareas o alcanzar los objetivos de la organización mediante el empleo de la autoridad, es decir, con medios coercitivos, persuasión y por la autonomía en el pensamiento y la participación de los individuos o grupos. Asimismo, el estudiante tiene que demostrar la capacidad de comunicarse verbalmente y por escrito, y de participar en reuniones de distinta naturaleza.

4. Demostrar comprensión del sistema económico y social en el cual funciona la organización de atención de salud.

Los adelantos generales sociales y económicos de la sociedad, afectan el control y el comportamiento de las instituciones sociales. A medida que aumenta la responsabilidad administrativa, se incrementa el tiempo que el administrador de enfermería dedica a las relaciones que existen entre la organización, la comunidad y la economía en general, así como el efecto que tienen en el departamento de enfermería. Se anima y se coloca a los estudiantes graduados de enfermería en posición de pensar en el ambiente administrativo particular al que pertenecen, desde la perspectiva de un sistema económico y social más amplio y del efecto externo que tienen en la institución, desde la perspectiva del desarrollo histórico y el carácter gradual del cambio, y desde la perspectiva de la organización de atención de salud como un organismo de la sociedad y del sistema de salud y también como un lugar de trabajo que depende del hecho de pensar, actuar y compartir las experiencias con el grupo a fin de lograr el éxito.

5. Desarrollar en el estudiante una mentalidad inquisitiva, analítica, independencia de pensamiento y madurez de carácter.

Con el objeto de mejorar la herencia de sus antecesores, los futuros administradores de enfermería deben aprender a explorar, preguntar, investigar, cuestionar y pensar creativamente. Es preciso que realicen investigaciones científicas y que desarrollen un sentido práctico; para que ellos progresen, es necesario que emulen y superen, y que no imiten.

ALGUNAS ESTRATEGIAS PEDAGOGICAS Y ASPECTOS DE FUNDAMENTAL IMPORTANCIA PARA LA EDUCACION AVANZADA EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA

A continuación mencionamos las áreas fundamentales de estudio y algunas de las estrategias pedagógicas que deben incluirse en la planificación de los programas y en la instrucción de los administradores de enfermería

1. La necesidad de enseñar con profundidad los principios de la teoría y práctica de la administración de servicios de enfermería, utilizando procedimientos analíticos y cuantitativos.

Las escuelas de estudios avanzados de enfermería que preparan a nivel de doctorado, administradores de enfermería para que ocupen responsablemente puestos directivos en organizaciones complejas y en la comunidad, deben estar conscientes de la necesidad de enseñar y de hacer participar al estudiante en la dinámica y en los principios fundamentales del campo de la administración de servicios de enfermería, en lugar de limitarse a transmitirles un conjunto de conocimientos relacionados con el mismo. Las escuelas de estudios de postgrado de enfermería deben tender a la especialización en profundidad, que implica una profundización de la comprensión o intensificación de las habilidades y conocimientos relacionados con la administración de servicios de enfermería (Duce, 1966).

Los métodos de investigación, cánones de interpretación y sistemas conceptuales que

propicien la comprensión y el empleo de hechos acerca de la administración de servicios de enfermería, constituyen principios que deben ser flexibles y estar abiertos a la investigación y revisión que dicten los nuevos hechos. La enseñanza de estos principios permite a los estudiantes considerar la organización como un sistema constituido por partes interdependientes, en el cual el todo es mayor que la suma de las partes.

2. Empleo de los adelantos tecnológicos.

Es preciso introducir nuevos conceptos y métodos de instrucción, que permitan diseñar los programas de tal forma que satisfagan las necesidades de todos los estudiantes. Ya se han incorporado algunos de estos nuevos conceptos, en especial, programas de estudio independiente, participación activa en la investigación y dinámica de grupos. No obstante, la educación de postgrado en enfermería no ha aceptado por completo la función de la tecnología como instrumento de la investigación. Si se integran adecuadamente en el proceso enseñanza-aprendizaje, técnicas tales como la programación, creación de modelos y simulación de experiencias administrativas, se reforzará el desarrollo educativo de los estudiantes de postgrado. Mediante los juegos administrativos computarizados y las experiencias de simulación se proporcionan a los estudiantes una gran variedad de experiencias pedagógicas indirectas, sin la frustración ni el riesgo que implica la participación prematura en las responsabilidades administrativas reales; constituyen un excelente complemento, y con frecuencia un sustituto, del método de estudio de casos, de la dramatización de funciones y de las experiencias universitarias más convencionales.

3. La necesidad de intercambio interdisciplinario y de educación fuera de la universidad.

Con el fin de obtener el apoyo necesario, los programas de estudios de postgrado en administración de enfermería deben recurrir más a las otras disciplinas que se imparten en la universidad, las cuales, a su vez, encontrarán nuevas fuentes de estudio en la cooperación con los programas de administración

de enfermería. La creación de nuevas áreas de estudio universitario, como la administración de servicios de enfermería, representa no sólo una gran oportunidad, sino también una necesidad real de efectuar un intercambio provechoso entre las diferentes disciplinas y campos de estudio de la universidad (Consejo Americano de Educación, 1954, p. 90).

Los programas de estudios de postgrado en administración de servicios de enfermería son responsabilidad tanto de las instituciones y departamentos de servicios de enfermería para los cuales se preparan los estudiantes, como de las escuelas de enfermería a nivel universitario; en consecuencia, es preciso que la educación de postgrado establezca convenios de cooperación cada vez más estrechamente con las instituciones, para realizar actividades fuera de la universidad. No existe un límite preciso entre el punto donde termina la educación y comienza la práctica; la objetividad que requieren los estudios académicos y la participación que exige la práctica son complementarias y no contradictorias, por lo que es necesario desarrollarlas simultáneamente durante la educación y continuarlas en el ejercicio de la profesión (Duce, 1966). La educación de postgrado debe servir de enlace dinámico entre la educación formal y la asunción de las responsabilidades inherentes a la práctica administrativa. Lo anterior sólo es posible si se cuenta con un método eficaz para combinar los aspectos esenciales de ambos aspectos en los programas educativos; por lo tanto, es preciso que los administradores de servicios de enfermería y los educadores de enfermería colaboren en la planificación y puesta en práctica de los programas de estudios de postgrado en enfermería, destinados a preparar administradores de enfermería que sean capaces de satisfacer las necesidades del mañana más que las del pasado.

4. La necesidad de capacitación en la investigación de la administración de servicios de enfermería.

Una condición indispensable de todo programa educativo de administración de ser-

vicios de enfermería, consiste en contar con un ambiente de investigación vigoroso y bien estructurado, que coloque en primer lugar las necesidades de capacidad creativa. Una de las principales responsabilidades de un programa educativo de administración de servicios de enfermería es crear un clima en el cual se puedan llevar a cabo investigaciones importantes; el sistema educativo es responsable de integrar los métodos y valores de la investigación en la preparación de los estudiantes. El hecho de que la investigación sea básica, aplicada, activa o de cualquier otro tipo, no es tan importante como el hecho de que el estudiante adquiera los conocimientos y habilidades necesarios y desarrolle actitudes de amplitud de criterio, experimentación e investigación disciplinada.

Otro aspecto fundamental que tiene especial importancia para la educación de los administradores de servicios de enfermería, es la base a partir de la cual se definen los contenidos de los programas educativos. Estamos de acuerdo con Miller (1971) en que el tipo de investigación que suministra el conjunto de conocimientos básicos para determinar la forma y el contenido de los planes de estudio de enfermería, destinados a preparar profesionales en todos los niveles de la enfermería, incluyendo la administración, no se instituirá sino hasta que la educación de enfermería y los servicios de enfermería se relacionen más estrechamente en los centros médicos de las universidades y en otros centros de salud de la comunidad.

CURRICULUM PROPUESTO PARA LA EDUCACION DEL ADMINISTRADOR DE ENFERMERIA A NIVEL DE POSTGRADO

La preparación universitaria como condición previa para la admisión en los estudios de postgrado. La naturaleza y calidad de la preparación que los estudiantes reciben durante la educación universitaria de pregrado son de primordial importancia para los estudios de postgrado.

Además de los cursos básicos de enfermería y las experiencias clínicas necesarias para obtener el título de licenciados en enfermería, todos los estudiantes deben, como

requisito mínimo, poseer una educación amplia y general en humanidades. La administración de enfermería incluye las humanidades, las artes y las ciencias físicas, biológicas, sociales y de enfermería. La educación general constituye la base de los estudios de postgrado especializados; su objetivo consiste en desarrollar en los estudiantes la capacidad de emplear un criterio crítico y constructivo y de comprender los problemas, materiales y métodos diversos y particulares que han encontrado en los cursos básicos.

METAS DE LA EDUCACION UNIVERSITARIA DE PREGRADO EN ENFERMERIA

1. Los graduados como profesionales de enfermería de primera categoría deben ser capaces de practicar la enfermería en cualquier estado o país.

2. Los estudiantes demostrarán capacidad de comprensión y de expresión escrita.

3. Los estudiantes demostrarán que comprenden y conocen la institución humana y los valores en los que se basa el derecho; más específicamente, los estudiantes deben demostrar que comprenden (1) los sistemas económicos de las sociedades, (2) las organizaciones políticas de las sociedades, (3) los procesos democráticos, (4) la estructura social de las sociedades y (5) el acervo cultural de la sociedad occidental y de otras sociedades.

4. Es preciso que los estudiantes adquieran un criterio correcto y muestren competencia en la resolución de problemas. Este proceso pedagógico es imprescindible para desarrollar la capacidad de pensar con claridad, precisión y de manera independiente. La capacidad de pensar creativamente, implica la adquisición de habilidades con: (1) la iniciación de la investigación, (2) la recopilación de hechos, (3) la diferenciación de los hechos, (4) la combinación de los hechos, (5) el razonamiento deductivo, (6) el razonamiento inductivo, (7) el razonamiento analógico, (8) el análisis crítico y (9) la síntesis constructiva.

Programa educativo de postgrado en administración de servicios de enfermería. El período académico de los estudios de postgra-

do es de síntesis e integración; presupone que los candidatos que aspiran a obtener un título de maestría o de especialización han completado satisfactoriamente los cursos básicos de administración de servicios de enfermería, y que los candidatos a un título de doctorado poseen conocimientos y habilidades avanzadas en cuanto a la aplicación de los principios de la administración de servicios de enfermería, que son capaces de efectuar investigaciones y de utilizar eficientemente los resultados que obtengan de las mismas.

El director de un programa universitario de postgrado en administración de servicios de enfermería, tiene que asumir la responsabilidad de seleccionar a los estudiantes que hayan obtenido alto rendimiento en los cursos académicos y que posean amplios conocimientos de cultura general, de tal manera que se pueda alcanzar el nivel de los cursos y seminarios de postgrado propuestos para esta modalidad de la preparación profesional.

A lo largo de los programas de postgrado, tanto de maestría como de doctorado, se encuentran cinco elementos que constituyen el plan de estudios y sobre los cuales se basan los cursos de administración de servicios de enfermería; el orden de estos elementos va de lo sencillo a lo complejo

PROCESO ADMINISTRATIVO COMPLETO (PAC). El problema de resolución de problemas constituye la parte central del programa administrativo; la toma de decisiones recibe la mayor atención a nivel del individuo, de la administración y de los sistemas complejos. Los problemas se tornan cada vez más complejos y su solución requiere la intervención de varias disciplinas; el proceso administrativo compuesto de planificar, organizar, dirigir y controlar, siempre ha sido necesario pero, en la actualidad, el grado de inflexibilidad inherente a la automatización exige que estas funciones se lleven a cabo en un nivel aún más satisfactorio. Por otra parte, el desarrollo del movimiento que apoya las relaciones laborales está exigiendo, con el fin de reducir los conflictos, la revisión del proceso de contratación colec-

tiva, y el aumento de la intervención gubernamental en el control requiere nuevos conocimientos para poder hacerle frente.

La primera área de estudio se relaciona con los principios básicos y avanzados de la administración de servicios de enfermería; más específicamente, se refiere a la enseñanza de actos conceptuales administrativos, planificación y formulación de políticas; la organización y funcionamiento de los servicios de enfermería; la toma de decisiones y la resolución de problemas. Asimismo, se ocupa de los actos físicos de dirigir los servicios de enfermería, del análisis, evaluación y control que aseguran que los objetivos planificados para el departamento de servicios de enfermería se han puesto en práctica y se han cumplido satisfactoriamente.

OBJETIVOS EDUCATIVOS

Los objetivos educativos que debe cumplir el estudiante en el ámbito de los procesos administrativos compuestos, se basan en la capacidad del estudiante para

- 1 Adquirir y demostrar una comprensión de los principios y procesos fundamentales de la administración de servicios de enfermería
2. Poner en práctica estos principios y procesos con el fin de tomar decisiones administrativas acertadas, en relación con el desempeño eficiente de las funciones de un alto funcionario de un departamento de enfermería
- 3 Comprender los objetivos de la institución de atención de la salud y adquirir competencia en la formulación de planes a corto y largo plazo para lograrlos.
- 4 Adquirir competencia en la toma de decisiones, evaluación de las condiciones de funcionamiento, determinación de las diferentes medidas pertinentes a una situación y predicción de las consecuencias de cada una de las opciones
5. Identificar los problemas presentes en el planeamiento de la organización; organizar, dirigir y controlar las responsabilidades y actividades de los departamentos en diferentes instituciones de atención de salud, y en planificar y poner en práctica un curso de acción que sirva para resolver estos problemas.

6 Realizar una investigación científica de los problemas individuales y de la organización, que se producen en el departamento de enfermería

7 Aprender a utilizar la influencia de coordinación y dirección en diferentes grupos, con el fin de lograr departamento de enfermería bien integrado

8. Demostrar comprensión y competencia en la utilización de instrumentos administrativos, que sirvan para analizar, evaluar y controlar al departamento de enfermería

Con el objeto de desempeñar las funciones antes mencionadas con eficiencia, el estudiante debe conocer a fondo las siguientes áreas:

- a. Evaluación financiera, es decir, comprender e interpretar los balances, la distribución de gastos, las inversiones de reserva y el establecimiento de tarifas y costos.
- b. Control presupuestario y análisis de costos, es decir, preparar un presupuesto de operación, a fin de efectuar el análisis y el control.
- c. Evaluación estadística, es decir, conocer y comprender el valor y empleo de la información estadística relativa al funcionamiento del departamento de enfermería; por ejemplo, evaluar las estadísticas correspondientes al trabajo realizado y a los servicios prestados por el departamento de enfermería, los estándares de eficiencia del funcionamiento, la comparación de las normas de atención de los pacientes y el conocimiento de los aspectos cualitativos de la evaluación, además del análisis cuantitativo.

9 Demostrar que conoce y comprende los efectos de las limitaciones externas (sociológicas, políticas, legales o económicas) en el funcionamiento adecuado de la organización en su conjunto y en el departamento de enfermería en particular, y las limitaciones que pueden tener un efecto inhibitorio en la organización y en el departamento de enfermería.

10. Demostrar que conoce y comprende las actividades internas del departamento de enfermería, así como su relación directa e indirecta con las actividades de los otros departamentos, cuyas actividades pueden ser diametralmente diferentes de las de enfermería; y estar al tanto de los diferentes tipos de problemas específicos

que se encuentran comúnmente en los otros departamentos.

A lo largo de todo el programa, es preciso hacer énfasis en el desarrollo del pensamiento creativo y en el ejercicio de un criterio inteligente en asuntos tales como la selección y ponderación de los factores administrativos que intervienen en una situación determinada; la interpretación de los datos cualitativos y cuantitativos y la determinación de su aplicabilidad; la evaluación de las variables tangibles e intangibles que es preciso tener en cuenta al tomar las decisiones administrativas, y la elaboración de estándares realistas y acertados de desempeño, delegación comunicación, supervisión y evaluación, como medios para poner en práctica las decisiones administrativas

EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE

El tipo de experiencias de aprendizaje que se ofrecen a los estudiantes con el fin de alcanzar los objetivos educativos mencionados anteriormente, varía según los cursos, los objetivos, las instituciones y los maestros. No obstante, la mayor parte de los objetivos se pueden cumplir proporcionando los siguientes tipos de experiencias pedagógicas, ya sea de manera independiente o en combinación

1. Impartir la enseñanza de los cursos en pequeños grupos de seminarios (de 10 a 15 estudiantes), con el objeto de que todos los estudiantes efectúen exposiciones, discusiones y análisis frecuentes y minuciosos, en relación con una gran variedad de problemas y situaciones en las que intervienen experiencias de un sinnúmero de organizaciones e instituciones, es preciso hacer hincapié en las instituciones de atención de salud, tales como hospitales, clínicas y departamentos de enfermería de las diferentes instituciones.
2. Conferencias
- 3 Estudios de casos
4. Estudios independientes
- 5 Observaciones clínicas
- 6 Experiencias clínicas simuladas e instrucción con ayuda de computadoras
- 7 Estudios de campo

ASIGNATURAS

Introducción a los principios de la administración

Esta asignatura ofrece un estudio de los principios básicos del proceso administrativo, como funciona en diversas formas de sociedades orga-

nizadas. Se basa fundamentalmente en la organización, estructura, delegación de autoridad, toma de decisiones, recompensas y sanciones, disciplina, coordinación, autoridad y demás características del proceso de la administración. Asimismo, se ocupa de los principios básicos de la planificación, organización y control administrativos, y de la aplicación de estos principios a diversos tipos de actividades.

(Este curso se puede ofrecer en otro departamento, como las escuelas de posgrado en administración o en administración de hospitales, y es un requisito para los estudiantes de maestría o doctorado).

Administración de enfermería

La administración de enfermería es el estudio del proceso administrativo compuesto en enfermería y el análisis crítico de la teoría y práctica de los procesos y técnicas de la administración. Los temas comprendidos son la organización como un sistema sociotécnico abierto y el departamento de enfermería como un subsistema del mismo, la explicación del proceso administrativo compuesto en enfermería y los principios de la formulación de políticas para la organización y su departamento de enfermería, procedimientos de organización, puesta en práctica de cambios planificados, y evaluación crítica de la función, deberes y responsabilidades de los directores, ad-

(Este curso se ofrece en el departamento de enfermería y es un requisito para los estudiantes de maestría y doctorado).

Problemas en la administración de servicios de enfermería

Esta asignatura estudia la identificación, interpretación y análisis crítico de los problemas a los que tiene que hacer frente al administrador de servicios de enfermería, así como de la adquisición de habilidades en la resolución eficaz de estos problemas. Los temas incluidos son el análisis de los problemas que existen en las relaciones entre grupos, entre individuo y grupo y en los individuos entre sí. Los aspectos específicos que se estudian son los problemas de adaptación, conservación, producción, distribución, integración, coordinación y tensión (conflicto de funciones).

(Esta asignatura se ofrece en el departamento de enfermería, es obligatorio para los estudiantes de doctorado y optativo para los estudiantes de maestría).

Aspectos sociales y económicos en la prestación de la atención de la salud

Esta asignatura comprende un análisis de las fuerzas y limitaciones sociales y económicas que afectan a la administración y financiamiento de la prestación de atención de salud, así como su efecto en la prestación de servicios de enfermería. Se estudian la necesidad de los seguros médicos, la hospitalización de grupos, la medicina social y el papel del gobierno en el suministro de la atención médica pagada con anticipación; se analizan críticamente los problemas más importantes.

(El departamento de enfermería ofrece este curso; es obligatorio para los estudiantes de doctorado y optativo para los estudiantes de maestría).

Contabilidad administrativa

En esta asignatura se estudian las funciones de la contabilidad en relación con la administración de las organizaciones de atención de salud. Se hace énfasis en la relación que existe entre la contabilidad y el control presupuestario, la comprobación interna y el análisis de los ingresos y costos en función de las unidades departamentales.

(Esta asignatura se puede tomar en el departamento de administración de empresas o de administración de hospitales y es optativo para los estudiantes de doctorado).

Controles cuantitativos de la administración

El objetivo de esta asignatura es la adquisición de capacidad y habilidad para utilizar las técnicas cuantitativas básicas (contabilidad, estadística y elaboración de presupuestos). Se hace hincapié en la planificación de un presupuesto de una organización o unidad departamental y en la definición de la función de los datos y técnicas cuantitativas en la planificación y producción administrativa y en el control financiero o de costos.

(Esta asignatura se puede tomar en el departamento de administración de empresas u hospitales y es un requisito para los estudiantes de maestría y de doctorado).

Dirección y control administrativos

En esta asignatura se estudian los principios básicos de la dirección, autoridad, delegación de autoridad, responsabilidad, implicaciones legales y la función del control administrativo en cada una de estas áreas. Asimismo, se incluyen los principios fundamentales de los controles operativos y las diferentes prácticas de control.

(La asignatura se ofrece en el departamento de enfermería y es obligatorio para los estudiantes de maestría y doctorado).

Fundamentos legales de la práctica de la enfermería

Esta asignatura comprende la naturaleza y función social de las leyes, el control social por medio de las leyes, y las leyes que gobiernan a las empresas y a las organizaciones de atención de salud. Se analizan los principios básicos de las leyes que rigen a los contratos y a la administración delegada, así como los instrumentos negociables.

(Se ofrece en los departamentos de administración de empresas, de hospitales o de enfermería, y es optativa para los estudiantes de maestría y doctorado).

MEDIO CONCEPTUAL. La segunda área de estudio se refiere a los principios de las habilidades en relaciones humanas dentro de la organización de atención de salud y entre la organización y la comunidad.

OBJETIVOS EDUCATIVOS

Los objetivos educativos que deben lograr los estudiantes en el área del medio conceptual, se orientan hacia la capacidad del estudiante para:

1. Comprender las teorías y principios de las relaciones humanas en la administración y aplicar estos principios utilizando métodos y técnicas apropiados.

2. Comprender y estar consciente de la importancia de las buenas relaciones entre el departamento de enfermería y las diferentes comunidades (local, regional y nacional) y demostrar habilidad para crear una relación cooperativa, explicando a estas comunidades las metas de la institución de atención de salud y de su departamento de enfermería. Comprender las necesidades y peticiones de estas comunidades a la institución de salud y a su departamento de enfermería.

3. Aplicar las teorías y principios de la dinámica de grupo en las reuniones y en las situaciones de asesoramiento del grupo.

4. Comprender el comportamiento humano en situaciones normales y cuando los individuos están en conflicto.

5. Comunicar con claridad al personal de enfermería las metas y objetivos de la institución de atención de salud y del departamento de enfermería.

6. Tener sensibilidad para detectar y diagnosticar oportunamente los problemas, tales como

espíritu de cooperación deficiente entre los empleados y descontento de los mismos respecto a las condiciones de trabajo.

7. Conocer y estar consciente de la función que desempeña la organización informal en la organización formal y tener habilidad para utilizar la fuerza potencial de la organización informal en la consecución de las metas y objetivos de la organización y del departamento de enfermería.

8. Tener habilidad para enseñar las estrategias y aplicar los principios básicos del aprendizaje y la instrucción en las situaciones reales de aprendizaje del personal.

9. Identificar los problemas que surjan en cualquier aspecto de las relaciones humanas y realizar una investigación científica, que conduzca al esclarecimiento y ulterior solución del problema.

ASIGNATURAS

Relaciones humanas en la administración

Esta asignatura ofrece un estudio sistemático de los principios de las relaciones humanas en la administración, haciendo énfasis en su aplicación al campo de la enfermería. Algunos de los temas seleccionados que se estudian y analizan son las organizaciones formales e informales, la comunicación, la participación, la introducción de cambio, el empleo de sistemas de control y el fomento de la comprensión y la cooperación.

(El departamento de enfermería ofrece esta asignatura, obligatoria para los estudiantes de maestría y doctorado).

Administración de personal

Esta asignatura comprende un estudio sistemático de los principios, métodos y técnicas que se utilizan para administrar un programa de personal, entre otras, prácticas y políticas de personal. Los temas estudiados incluyen métodos para establecer relaciones humanas óptimas en la organización, reclutamiento y selección de la fuerza de trabajo de enfermería, análisis de puestos, evaluación de los puestos, capacitación en administración y supervisión, capacitación del personal de enfermería y de los empleados técnicos, transferencia y promoción de empleados, administración de sueldos y salarios, rotación y espíritu de cooperación de los empleados y evaluación del trabajo y el presupuesto del personal.

(Esta asignatura la pueden ofrecer el departamento de enfermería o el departamento de administración de empresas o de hospitales, y es obligatoria para los estudiantes de doctorado y optativa para los de maestría).

La organización de atención de la salud y la comunidad

Esta asignatura comprende un estudio sistemático de la función que desempeñan la institución de atención de salud y el departamento de enfermería en la satisfacción de las necesidades de salud de la comunidad y sus relaciones con otras entidades, tales como la profesión médica, de enfermería y otras profesiones relacionadas y sus organizaciones a nivel local, estatal y nacional, compañías de seguros, sindicatos y demás organizaciones de la comunidad. Asimismo, se incluye el análisis de la institución de atención de salud y del departamento de enfermería como entidad educativa para los médicos, las enfermeras y otras personas relacionadas con la organización de la atención de salud.

(El departamento de enfermería ofrece esta asignatura, que es operativa para los estudiantes de maestría y doctorado)

Comportamiento de los grupos en las instituciones de atención de salud

La asignatura estudia primordialmente los problemas de control social, legitimización de la autoridad y procesos de toma de decisiones, en relación con la vida social organizada en los medios complejos en los cuales se practica la enfermería.

(El departamento de enfermería ofrece esta asignatura optativa para los estudiantes de maestría y doctorado).

Estrategias en la enseñanza de la enfermería

La asignatura se refiere fundamentalmente a la aplicación de las teorías de aprendizaje e instrucción a situaciones reales de aprendizaje (pacientes, estudiantes o personal). Los temas tratados incluyen las condiciones del aprendizaje, modelos de instrucción, variables que influyen en el aprendizaje y la instrucción, y estrategias básicas de la enseñanza.

(Esta asignatura la ofrece el departamento de enfermería y es obligatoria para los estudiantes de doctorado y optativo para los de maestría)

MEDIO FISICO. La tercera área de estudio se relaciona con los diferentes patrones y estructuras de la organización de atención de salud; trata específicamente de las estructuras humana y física de la organización. La *estructura humana* se refiere a las características del organigrama, por ejemplo, alto en oposición a bajo y puestos directivos como opuestos a puestos de asesoría. La *estructu-*

ra física se relaciona con el diseño arquitectónico de la institución y los sistemas de calefacción, iluminación y ventilación de la atención a las personas. Además, se estudian los fines, las funciones, el financiamiento y los métodos de operación de las principales instituciones de atención de salud, privadas y públicas, que prestan servicios de diagnóstico, terapéutica y medicina preventiva o se dedican a la educación o a la investigación en el campo de la salud a nivel internacional, nacional, estatal o local.

OBJETIVOS EDUCATIVOS

Los objetivos educativos que debe lograr el estudiante en el ámbito del medio físico, se orientan a desarrollar su capacidad para

- 1 Comprender los principios básicos que fundamentan la necesidad de diferentes tipos de instituciones de atención de salud (por ejemplo, financiadas por los usuarios, lucrativas o no lucrativas, privadas o subsidiadas por el gobierno) y su efecto en el departamento de enfermería y en la prestación de atención de salud.

- 2 Comprender los principios y características básicos de los diferentes tipos de estructuras humanas, por ejemplo, los organigramas que son altos en lugar de bajos y personal directivo en comparación con el personal de asesoría, canales de autoridad y comunicación.

- 3 Identificar los problemas de la estructura humana que son inherentes a cada una de las áreas que afectan la prestación de la atención de salud a las personas y llevar a cabo una investigación científica que conduzca al esclarecimiento del problema y, posteriormente, a su solución.

- 4 Comprender la estructura física de la institución de atención de salud y su efecto en las condiciones de trabajo, la eficiencia del trabajo y los factores de seguridad.

- 5 Participar en la planificación y mejoramiento del medio físico de la institución de atención de salud.

- 6 Identificar las variables que afectan a las estructuras física y humana de la organización, fomentando las que faciliten la operación del sistema e inhibiendo las que obstaculicen su eficiencia.

ASIGNATURAS

Estructura social de la organización

Esta asignatura cubre los principios generales que fundamentan la organización administrativa de toda la institución y de su departamento de

enfermería. Los temas específicos que se estudian son el tipo de propiedad, fines, características, métodos de financiamiento y estructura humana, es decir, organigrama, puestos directivos y de asesoría, sistemas de autoridad y canales de comunicación. En esta asignatura se incluye la presentación de casos referentes a las relaciones entre enfermeras de sala, personal y supervisor, supervisores y administración media y superior.

(Esta asignatura la ofrece el departamento de enfermería y es obligatoria para los estudiantes de maestría y doctorado)

Estructura física de la institución

La asignatura cubre los principios generales del diseño físico (o arquitectónico) de la institución y de su departamento de enfermería. Los temas específicos que se incluyen son los principios en los que se basa el diseño arquitectónico de una institución de salud, los factores físicos que afectan la prestación de atención de salud, y las características de los departamentos que afectan la estructura física de la institución, administración de las instalaciones físicas, mantenimiento, calefacción, iluminación, energía eléctrica, ventilación, servicios, obtención y almacenamiento de suministros

(Los departamentos de enfermería o de administración de hospitales ofrecen esta asignatura, que es obligatoria para los estudiantes de doctorado y optativa para los de maestría).

INVESTIGACION. La cuarta área de estudio se refiere a la adquisición de aptitudes cognoscitivas en el empleo y realización de investigaciones científicas. La investigación se vincula con todas las áreas de estudio a lo largo de todo el plan de estudios

OBJETIVOS EDUCATIVOS

Los objetivos educativos que debe lograr el estudiante en el ámbito de la investigación, se orientan hacia el desarrollo, de la capacidad del estudiante para

1. Comprender los principios básicos de la investigación y del proceso de resolución de problemas

2. Entender los principios fundamentales de la estadística y demostrar competencia en el tratamiento de información y en la presentación de los resultados del análisis

3. Demostrar competencia en el empleo de los resultados de la investigación.

4. Identificar los problemas específicos que se encuentran en la administración de servicios de enfermería

5. Comprobar hipótesis y teorías sobre la administración de servicios de enfermería

6. Emplear los resultados estadísticos como instrumentos de evaluación

7. Realizar un estudio científico que culmine en una tesis de maestría o en una disertación de doctorado que satisfaga los requisitos de un estudio científico de investigación.

ASIGNATURAS

Introducción a la estadística

Esta asignatura estudia los fundamentos de la investigación, el lenguaje que se debe emplear en la misma, los conceptos estadísticos, la planificación y la interpretación de los resultados de la investigación. Incluye una introducción a la estadística descriptiva, la media, la mediana, el modo y la varianza, las curvas normales de las pruebas, y el estudio de los conceptos de validez y confiabilidad

(Otro departamento puede ofrecer esta asignatura, que es obligatoria para los estudiantes de maestría y doctorado)

Diseño experimental: estadística intermedia

Esta asignatura comprende la correlación de las pruebas t , análisis de regresión, análisis de varianza, bloques aleatorizados y diseños factoriales. También se estudian los factores internos y externos que afectan la validez de los resultados de la investigación.

(Otro departamento puede ofrecer la asignatura, que es obligatoria para los estudiantes de maestría y de doctorado)

Diseño experimental: temas selectos

Asignatura que estudia una introducción al cuadrado latino y al diseño factorial fraccionado, análisis de la varianza y covarianza y análisis de varianza multivariable.

(La asignatura puede ofrecer otro departamento y sólo es obligatoria para los estudiantes de doctorado)

Investigación en enfermería

Esta asignatura se ocupa del análisis de los procesos de exploración, experimentación y validación de los conocimientos de enfermería. Se hace énfasis en la importancia del estudio de los problemas de investigación en un entorno clínico.

Esta asignatura se puede cursar al mismo tiempo que se elabora la tesis.

(El departamento de enfermería ofrece esta asignatura, que es obligatoria para los estudiantes de maestría y de doctorado)

Investigación sobre el tema de la tesis

Comprende la realización de un estudio científico sobre un problema de enfermería es obligatorio elaborar una tesis.

Investigación sobre la disertación

Comprende la realización de un extenso estudio científico. Los estudiantes de doctorado deben defender oralmente su propuesta, hacer una disertación y, por último, defender la disertación.

ESPECIALIZACION DE ENFERMERIA: CLINICA Y EN ADMINISTRACION. La quinta área de estudio se refiere a la preparación de enfermeras especialistas clínicas y a la formación de especialistas en administración de servicios de enfermería. Esencialmente, es el objetivo del programa de maestría. A nivel de doctorado, se hace énfasis en la adquisición de conocimientos y habilidades avanzadas en la administración de servicios de enfermería y desarrollo de competencia en el empleo y realización de investigación científica en el campo de la administración. La universidad (por medio del director del programa y otros miembros del profesorado) y la institución de salud (a través del administrador de enfermería y su personal) planifican y ponen en marcha cooperativamente este programa de estudio. El período de internado o de experiencia clínica en administración de servicios de enfermería, constituye un enlace entre la educación formal y el aprendizaje en el trabajo. Se trata de una transición cuidadosamente planificada y ejecutada, cuyo propósito consiste en ayudar al estudiante a poner en práctica los conocimientos que le proporcionó la educación formal, observando procedimientos y realizándolos él mismo en situaciones reales, simuladas o ambas. La experiencia le permite al estudiante adquirir la comprensión, perspectiva y confianza necesarias.

OBJETIVOS EDUCATIVOS

El director del programa de postgrado determina los objetivos educativos y las asignaturas correspondientes al área de la especialización clínica en enfermería médica, quirúrgica, genética, maternoinfantil y psiquiátrica. Los objetivos del componente administrativo de la especialización en enfermería se orienta a desarrollar la capacidad del estudiante para:

1. Observar la aplicación de las teorías y principios de la administración en la dirección real de los servicios de enfermería.
2. Observar al administrador de enfermería (preceptor) mientras se relaciona, comunica y trabaja con el consejo directivo de la organización, el administrador, el personal médico, los diferentes departamentos, el personal de enfermería, los sindicatos y la comunidad.
3. Participar en la toma de decisiones administrativas, con el asesoramiento y guía de un administrador de enfermería, cuidadosamente seleccionado para actuar como preceptor.
4. Colaborar con otros miembros del personal de enfermería en la administración de nivel medio, y con otros profesionales en el desempeño de diversas actividades.
5. Percibir y comprender la filosofía de los líderes de enfermería y también la filosofía, motivaciones, ética y métodos del preceptor en el manejo de problemas y personas en el complejo mundo de la organización de la atención de salud, el departamento de enfermería y la comunidad, mediante la estrecha colaboración con el preceptor.
6. Demostrar competencia, precisión, meticulosidad y habilidad para poner en práctica decisiones administrativas, cambios en las políticas o nuevos procedimientos, cuando se le asigne la responsabilidad de llevar a cabo estas funciones.
7. Demostrar voluntad y tener habilidad para actuar como enlace entre la organización de atención de salud y una o más instituciones cuando se le pida o permita desempeñar dichas funciones.
8. Dar pruebas de aprender con la experiencia y mostrar superación en la adquisición de aptitudes y comprensión en cuanto a los principios de la administración.
9. Identificar los problemas administrativos que surgen en las situaciones clínicas y realizar estudios científicos que conduzcan al esclarecimiento del problema y posteriormente a su resolución.
10. Analizar críticamente los problemas y

cuestiones que se producen en la administración de servicios de enfermería.

11. Educar e informar *indirectamente* al preceptor acerca de los adelantos recientes en los conocimientos y los resultados de las investigaciones en administración de servicios de enfermería.

ASIGNATURAS

Especialización clínica en enfermería

Esta asignatura se ocupa primordialmente de la aplicación, perfeccionamiento y ampliación de los conocimientos y aptitudes profesionales en un campo clínico elegido por el estudiante. Incluye prácticas supervisadas en el área clínica que haya seleccionado el estudiante.

(El departamento de enfermería ofrece esta asignatura, que es obligatoria para los estudiantes de maestría y doctorado).

Internado en administración de servicios de enfermería

La asignatura se refiere al aprendizaje dirigido en instituciones de servicio de enfermería; incluye el análisis crítico de los problemas y cuestiones que se producen en el campo de la administración de servicios de enfermería y la evaluación de la aplicabilidad de los conceptos de la teoría administrativa.

(Esta asignatura la ofrece el departamento de enfermería y es obligatoria para los estudiantes de maestría y de doctorado)

Experiencias pedagógicas específicas para el programa de internado. El programa de internado consiste en brindar al estudiante de administración de servicios de enfermería experiencias clínicas; comprende desde la observación y la experiencia en el trabajo operativo hasta la elaboración de proyectos importantes, cuya puesta en práctica o solución es fundamentalmente responsabilidad del estudiante en calidad de interno.

El período del internado se diseña y adapta, dependiendo de las necesidades, a los diferentes estudiantes, aunque siempre dentro de un marco de capacitación convenido de antemano. Se espera que el director del programa universitario informe al preceptor acerca de los antecedentes académicos y la experiencia del estudiante, y también sobre sus puntos fuertes y débiles, de tal forma que el período de internado complemente, refuerce y constituya un desafío para el estudiante, y no se limite simplemente a trabajar en las habilidades que ya posea.

Al estudiante de administración de enfermería se le hace responsable de poner en práctica decisiones administrativas, cambios en las políticas o nuevos procedimientos. Es preciso que el alumno adquiera experiencia en la solución de más administrativos y en la resolución de problemas de tantas áreas como sea posible.

Al interno se le brinda la oportunidad de asistir a la mayor cantidad posible de reuniones de los comités de trabajo del hospital o de otros organismos con los cuales colabora la institución.

Condiciones para la enseñanza mediante el empleo de preceptores. Las condiciones para la enseñanza mediante el empleo de preceptores, son similares a la educación y capacitación de administradores de hospitales, propuestas por la Comisión de Educación Universitaria en Administración de Hospitales (Consejo Americano de Educación, 1954).

Los requisitos esenciales para la enseñanza mediante el empleo de preceptores, a fin de educar y capacitar a los administradores de enfermería son

1. El preceptor debe estar bien preparado para desempeñar funciones en la universidad y conocer a fondo los objetivos del programa de estudios.

2. Es preciso que el preceptor, con ayuda y aprobación del director del programa, elabore minuciosamente el programa de internado, de forma tal que éste se pueda combinar con el trabajo del año académico y utilizarse como base de la evaluación.

3. Es necesario crear canales adecuados de comunicación, con el fin de asegurar que el desempeño del preceptor estudiante durante el período de internado, sea equivalente al del período académico. Es preciso establecer una relación estrecha y un sistema de rendición de informes entre el preceptor y el personal docente de la universidad, ambos tienen la obligación de visitar las instituciones respectivas, celebrar reuniones con diferentes miembros del personal docente.

4. Es necesario efectuar una evaluación constante del preceptor y del estudiante, a fin de lograr mejores resultados en el desempeño.

5. Es preciso contar con un grupo permanente de enfermeras administradoras competentes, entre quienes la universidad pueda elegir a los preceptores. Los mejores instructores, un elemento esencial para que el período de internado se convierta en una parte integral del programa universitario, son los preceptores que están familiarizados con los objetivos, planes y problemas del programa.

A lo largo del programa de estudio e internado, la universidad debe tener autoridad total para establecer y mantener normas de admisión, instrucción, capacitación en el internado y requisitos para obtener el título

RESUMEN

Consideramos que a fin de que un administrador de servicios de enfermería asuma óptima y eficientemente la función de líder, pensador, persona que conceptualiza, especialista en el proceso compuesto, persona que resuelve problemas, coordinador, integrador, agente de cambio y un sinnúmero de otras funciones, tiene que estar bien preparado, tanto en el ámbito académico como en el de la experiencia. El plan de estudios que presentamos en este capítulo constituye un intento de preparar administradores de enfermería que reúnan dichas características.

BIBLIOGRAFIA

American Council on Education University education for administrative in hospitals, a report of the commission on university education in hospital administration, Washington, D C , 1954, The Council
Arndt, C Some views on teaching and research in nursing service administration, J Nurs Educ 4(1) 9-13, 1965

Bennis, W G Problem-oriented administration, Hosp Admin 5(1) 49-70, 1960
Duce, L A Graduate education in administration—some recent development, Hosp Admin 11(1) 28-41, 1966
Finer, H Administration and the nursing services, New York, 1964, Macmillan Pub Co Inc
McNerney, W J Formal education beyond the master's degree, Hosp Admin 5(1) 71-88, 1960
Miller, D I Issues in graduate education education of nurse administrators for complex settings, J Nurs Educ 10(2) 37-44, 1971
Mullane, M K Education for nursing service administration, Battle Creek, Mich , 1959, W K Kellogg Foundation
Shaffer, R O A measuring stick for the administrator, Hosp Admin 9(2) 28-45, 1964
Thorndike, E L Animal intelligence, New York, 1911, Macmillan Pub Co Inc
Young, L S The modern nurse administrator, J Nurs Educ 8(3) 13-14, 1969

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Gallagher, A H Educational administration in nursing, New York, 1965, Mcmillan Pub Co , Inc
King, I M Toward a theory for nursing, New York, 1971, John Wiley & Sons, Inc
Mercadante, L Education for service—the challenge, Nurs Forum 8(2) 151-159, 1969
Ramey, I G Meeting today's challenges to nursing service and education, Nurs Forum 8(2) 160-175, 1969

12

Liderazgo

Quizás se ha escrito tanto acerca del liderazgo como de cualquier otro aspecto del comportamiento de los seres humanos en las organizaciones. Tal vez por definición, el liderazgo está presente en todos los grupos, ya sea que estén compuestos de niños, adultos o mandriles; nosotros nos ocuparemos de los adultos y haremos una distinción entre la supervisión y el liderazgo. La supervisión se refiere a los actos provenientes de un puesto formal o una designación en la organización y son dictados por una persona que tiene autoridad, es decir, con el derecho *legal* de actuar; en este caso, legal significa que la organización dictó oficialmente el acto. El liderazgo se relaciona con los actos provenientes de un puesto formal o informal de la organización y que son dictados por alguien que tiene poder, es decir, la capacidad de actuar, lo cual no tiene nada que ver con el derecho legal. ¿Qué es el liderazgo? Algunas teorías del comportamiento y los resultados de ciertas investigaciones, han dado la impresión de que el liderazgo es sinónimo de dirección, pero la realidad de la vida formal e informal en las organizaciones indica que esta suposición no es correcta; los líderes se encuentran no sólo en la jerarquía administrativa, sino también en los grupos informales de trabajo. Nosotros haremos referencia al ejercicio del liderazgo por individuos en la jerarquía administrativa formal. Applewhite, en *Organizational Behavior* (1965), menciona diversas definiciones de liderazgo, por ejemplo, (1) "el proceso

mediante el cual un agente induce a un subordinado a comportarse de determinada manera" (Bennis, 1959, p. 295), (2) "el proceso (acto) de influir en las actividades de un grupo organizado, destinadas al establecimiento y la consecución de metas" (Stogdill, 1950, p. 4), (3)" (a) ayudar al grupo a encontrar los instrumentos o medios para alcanzar una meta (sinergia) convenida de antemano y (b) ayudar al grupo a decidir sobre una meta (sinergia) que sea satisfactoria en el sentido de que el grupo pueda dedicarse a su consecución de manera estable" (Cattell, 1951, p. 176), (4) "el liderazgo es un proceso de influencia, la dinámica del cual es una función de las características personales del líder y de sus seguidores, así como de la naturaleza de las situaciones específicas" (Richards, 1966), (5) "influencia interpersonal, que se ejerce según las circunstancias y se dirige, mediante el proceso de la comunicación, a la consecución de una meta o metas específicas" (Tannenbaum y Massarik, 1957) y (6) "el liderazgo es el hecho de influir y dar energía a las personas, a fin de que colaboren en un esfuerzo común por alcanzar los objetivos de la empresa" (Seker-Hudson, 1951).

Si analizamos las definiciones de liderazgo, nos daremos cuenta de que son muy semejantes; el elemento común de estas seis definiciones es que el liderazgo es un proceso por medio del cual un individuo ejerce influencia sobre los demás miembros del grupo. La implicación más importante de la

característica de influencia e interacción es que el liderazgo sólo se produce cuando los individuos interactúan.

EL SIGNIFICADO DEL LIDERAZGO

Las personas que ocupan puestos de responsabilidad, pueden utilizar en todos los aspectos conocidos de la administración el ejercicio de la influencia, que se definió anteriormente. Tanto los instrumentos como las técnicas, los recursos, seres humanos y autoridad, están bajo las órdenes del administrador de enfermería, quien se encarga de dirigir la organización; no obstante, no son suficientes. La ingeniería humana de estos elementos para la consecución de la meta, constituye la esencia del liderazgo. Para que el liderazgo cobre significado, es necesario poner a funcionar todos los factores tangibles y guiar los intangibles humanos e institucionales: de esta forma, el liderazgo se convierte en la delicada dirección de los esfuerzos de una gran cantidad de personas y en lograr el equilibrio de los factores personales, institucionales y sociales, de tal manera que la combinación de estos esfuerzos dé por resultado la consecución de los fines y metas del grupo. Por otra parte, el proceso del liderazgo debe ocuparse no sólo de la consecución de la meta de la organización mediante la movilización del esfuerzo del equipo de personas, sino también de la superación y ennoblecimiento de los seres humanos que se identifican con las metas de la organización y las aceptan parcialmente como suyas. En la actualidad, el director de enfermería, al ejercer el liderazgo, es responsable del departamento y de todos los elementos que lo constituyen, de los resultados obtenidos gracias a todos los esfuerzos que se llevan a cabo en la organización, y de la superación y perfeccionamiento de su personal. Es el director que tiene éxito o fracasa en transmitir energía a su grupo y obtener de él el mayor esfuerzo posible, brindando al mismo tiempo las mejores oportunidades para el desarrollo individual de las personalidades. Esto es lo que se conoce como liderazgo creativo.

En las organizaciones más sencillas y en épocas anteriores, el proceso del liderazgo no tenía que hacer frente a los desafiantes y complejos problemas que debe resolver hoy en día. La gran importancia de los problemas de liderazgo ha aumentado con el surgimiento de factores tales como la magnitud, complejidad, especialización, entidades de organización, avances técnicos y exigencias sociales. Asimismo, el proceso del liderazgo ha cambiado con los cambios que se han producido en las actitudes hacia los empleados de la organización.

Hoy en día no existe ningún sustituto del liderazgo competente, ya sea que se trate del jefe de una organización de gran tamaño o del jefe de cualquiera de sus partes, ya que el liderazgo ha llegado a ser considerado como la ingeniería humana, y su característica distintiva es la capacidad de trabajar con las personas y en su beneficio, a fin de alcanzar las metas de la organización y al mismo tiempo, proporcionar todo lo necesario para la superación y el desarrollo de los individuos que contribuyen en el proceso. La persona o personas encargadas de esta gran responsabilidad deben ser capaces de tomar decisiones acertadas, tener la capacidad y visión de elaborar nuevos planes y el poder para dirigir el trabajo con los demás.

La forma en que las personas responsables ejercen el liderazgo, es una cuestión sumamente individual y puede variar desde dar órdenes hasta persuadir. Suele caracterizarse fundamentalmente por la guía, supervisión, dirección, coordinación, planificación, persuasión, o por cualquier combinación de ellas. Los factores que prevalecen en una situación determinada condicionan el método, pero, en esencia, siempre dará por resultado el hecho de influir en los demás y ser influido por ellos; por lo tanto, es necesario crear y mantener un ambiente de respeto y confianza mutuos entre los que son básicamente seguidores y los que son fundamentalmente líderes, entre los que dirigen y los que son dirigidos.

Resulta difícil dar toda la importancia requerida al problema del respeto mutuo entre los líderes y los seguidores, ya que por

lo general sólo existen dos etapas fundamentales en el proceso del liderazgo: (1) la asignación correcta de los empleados en función de la meta, plan, recursos, puesto, responsabilidades individuales, tareas y tiempo, y (2) la reacción evidente de los empleados a dicha asignación cuando la organización comienza a funcionar. La interacción de la asignación ejecutiva y de la respuesta de los empleados es la responsable del desempeño eficiente o ineficiente; dicho de otra forma, la función principal del administrador de más alto rango consiste en disponer y dirigir los asuntos de la organización de tal manera que todas las personas que forman parte del equipo y todas las divisiones de la empresa puedan colaborar eficiente y provechosamente con él en la consecución de las metas establecidas de antemano.

Concepto de poder: teoría de la influencia

Se han realizado varios intentos para describir la base sobre la cual un administrador puede influir en una persona o grupo de personas. Uno de los métodos más concisos y acertados es el de French y Raven (1960); estos dos investigadores definieron las cinco bases de poder que se mencionan a continuación:

1. **Poder coercitivo.** Este poder se basa en el temor; las personas se dan cuenta de que si no cumplen los deseos de su superior, serán sancionadas.
2. **Poder derivado de la concesión de recompensas.** Es lo opuesto del poder coercitivo; las personas se dan cuenta de que si cumplen los deseos de su superior, obtendrán una recompensa positiva.
3. **Poder legítimo.** Este tipo de poder se deriva del puesto que ocupa un administrador en la jerarquía de la organización; por ejemplo, el administrador de un hospital posee más poder legítimo que el administrador adjunto, y el director de los servicios de enfermería posee más poder legítimo que el supervisor.
4. **Poder derivado de los conocimientos.** Un individuo que tiene este tipo de poder, posee cierta experiencia o habilidades y conocimientos especiales. La persona que posee una o más de estas variables gana el respeto de sus colegas y subordinados.

5. **Poder de referencia.** Este poder se basa en la identificación del seguidor con el líder, el líder es admirado por una o más características personales y es posible influir en el seguidor a causa de esta admiración.

Estos cinco tipos sirven para distinguir las diferentes clases de poder, que se pueden volver a clasificar en dos categorías principales (1) el poder basado fundamentalmente en factores de la organización y (2) el poder basado en factores individuales.

El puesto que ocupa el individuo dentro de la organización determina fundamentalmente los poderes coercitivo, legítimo y derivado de la concesión de recompensas. En una organización, los supervisores se encuentran en un nivel administrativo inferior al que ocupa el administrador de servicios de enfermería y, por ende, sus bases de poder coercitivo, legítimo y derivado de la concesión de recompensas, son mucho menores que las del administrador de servicios de enfermería. A los administradores de más alto nivel se les permite utilizar diversos servicios y recursos institucionales que no pueden emplear los administradores de los niveles inferiores. La posición también afecta el uso del poder en cuanto se refiere al proceso de la disciplina; los supervisores pueden llamar la atención a su personal (poder coercitivo), mientras que los administradores de servicios de enfermería pueden llamar la atención a los supervisores.

El grado y el alcance del poder derivado de los conocimientos y del poder de referencia de un administrador de servicios de enfermería dependen básicamente de las características de la persona; algunos administradores poseen cualidades específicas (por ejemplo, aptitudes o atributos), que les ganan la simpatía y la colaboración del personal, aunque los administradores trabajen dentro del sistema de una organización. En consecuencia, los administradores de servicios de enfermería controlan el poder derivado de los conocimientos y el poder de referencia, y la organización controla el poder coercitivo, el legítimo y el derivado de la concesión de recompensas.

Con el fin de estudiar el liderazgo, Katz y Kahn (1966, p. 302) agregan otro concepto, que consta de cinco aspectos, al marco del poder; proponen una categoría de influencia creciente de la siguiente manera: "consideramos que la esencia del liderazgo en las organizaciones es el incremento de la influencia sobre y por encima del cumplimiento mecánico de las órdenes normales impartidas por la organización".

En el método de French y Raven, el factor de la influencia creciente se podría describir como una combinación del poder de referencia y del poder derivado de los conocimientos (Student, 1968). La esencia de la teoría de la influencia es que existe una relación entre las características personales de los administradores y las que les impone la organización; por lo tanto, el acto de influir o dirigir a otras personas depende del sistema de organización en sí mismo y, entre otras cosas, de la forma en que los subordinados perciban a sus líderes.

El marco de referencia de la influencia se puede utilizar para identificar las funciones que debe desempeñar un líder de una organización. Las personas dedicadas a estudiar el comportamiento del liderazgo, han adoptado distintos puntos de vista conductistas respecto a las funciones del liderazgo. Se han hecho tres interpretaciones de lo que los líderes deberían y tendrían que hacer en una organización, y se han clasificado en enfoque psicológico, sociológico y antropológico.

EL TRABAJO DEL LIDER

Un aspecto muy controvertido es la identificación y esclarecimiento del trabajo que se espera desempeñen los líderes en cualquier sistema de organización. Este problema se puede estudiar desde el punto de vista de la psicología, la sociología o la antropología, el enfoque conductista del liderazgo todavía no ha podido explicar con claridad las funciones de un líder, relacionadas con la organización.

Desde el punto de vista de la psicología, la función más importante de un líder consiste en crear sistemas eficaces de motivación; el líder tiene la obligación de estimular a los subalternos, de tal manera que contribuyan

positivamente a la consecución de las metas de la organización y, al mismo tiempo, puedan satisfacer sus necesidades personales.

La jerarquía de necesidades de Maslow (1965), le puede servir al líder de modelo para crear el sistema más eficaz de motivación. La jerarquía de necesidades de Maslow hace hincapié en dos ideas: (1) sólo las necesidades no satisfechas pueden influir en el comportamiento y (2) las necesidades humanas se encuentran colocadas en una jerarquía de acuerdo con su importancia. Cuando se satisface un nivel, surge la necesidad de un nivel superior y exige ser satisfecha. Si el líder está familiarizado con la premisa de que "no sólo de pan vive el hombre", sino que se interesa en el desarrollo psicológico, podrá crear problemas que den por resultado la contribución óptima de su personal. Se supone que un programa que abarque todo el espectro de necesidades—fisiológicas, de seguridad sociales, de autoestima de autorrealización—tiene mayores probabilidades de motivar adecuadamente a las personas, que un programa parcial que contemple algunas, mas no la totalidad de las necesidades.

La teoría del poder de French y Raven constituye una parte integral del punto de vista psicológico; si se consideran únicamente las fuentes de poder que controla la organización, es decir, el poder coercitivo, legítimo y derivado de la concesión de recompensas, se crearán programas de motivación incompletos y a menudo mal dirigidos. Es preciso que el líder también tenga en cuenta el poder de referencia y el derivado de los conocimientos, para crear programas de motivación.

El enfoque sociológico del liderazgo consiste en considerarlo una actividad destinada a brindar ayuda. Se estima que el líder establece las metas y reconcilia los conflictos de organización que surgen entre los seguidores, y que ejerce influencia mientras desempeña estas actividades. Con frecuencia, el establecimiento de metas proporciona la dirección que necesitan los seguidores; los guía para que lleguen a conocer qué tipo de desempeño o actitud se espera de ellos. Asimismo, las metas influyen en los patrones

de interacción que existen entre los seguidores lo cual da por resultado características específicas del grupo, tales como redes de comunicación, cohesión y jerarquías de posición. El conflicto entre los seguidores puede tornarse tan perturbador, que no permite hacer ninguna contribución positiva a la organización, cuando esto sucede, es necesario que un líder ejerza su influencia con el objeto de reducir al mínimo los conflictos perturbadores que afectan a los miembros de un grupo o a diferentes grupos.

El enfoque antropológico del liderazgo considera los valores y propósitos de las personas que son dirigidas; analiza todos los comportamientos del hombre que se han aprendido hasta la fecha, incluyendo todos los comportamientos sociales, técnicos y familiares que forman parte del amplio concepto de "cultura", que es el tema fundamental de la antropología cultural, una ciencia dedicada al estudio de los diferentes pueblos y culturas del mundo, y un concepto fundamental de las ciencias del comportamiento, en realidad, todo el comportamiento de un individuo, la prioridad de las necesidades que trata de satisfacer y los medios que elige para satisfacerlas, son funciones de esta cultura. La antropología suministra a los administradores de organizaciones valiosos puntos de vista mientras tratan de desempeñar sus funciones en diferentes medios culturales

ALGUNAS TEORIAS SOBRE EL LIDERAZGO

Los esfuerzos realizados por los conductistas, especialistas en ciencias del comportamiento, indican el interés que tienen por organizar las diferentes teorías. En lugar de elaborar más teoría sobre el comportamiento del liderazgo, se hace hincapié en organizar y categorizar sistemáticamente el material con el que ya se cuenta, tal parece que existen tres amplias categorías de teorías sobre el liderazgo, que han surgido de los recientes esfuerzos al detener la investigación y organizar el material disponible, y son (1) teorías de los rasgos de personalidad, (2) teorías personales y del comportamiento y (3) teorías situacionales. Donnelly, Gibson e Ivancevich

(1972) sostienen que es posible integrar hasta cierto punto las teorías de los rasgos de personalidad, las teorías personales y del comportamiento, para producir el enfoque situacional; algunas teorías situacionales que han surgido, han tomado elementos de las teorías de los rasgos de personalidad y de diferentes teorías personales y del comportamiento; por lo tanto, lo mejor es considerar que todos los enfoques tienen muchas semejanzas y algunas diferencias.

Teoría de los rasgos de personalidad

Durante algún tiempo se han utilizado las diversas características personales de los líderes como criterios para describir o predecir el éxito. La mayor parte de los administradores de personal que se dedican al reclutamiento y selección de administradores consideran que el enfoque de los rasgos de personalidad tiene cierta validez; las características que por lo general se tienen en cuenta son aspecto, personalidad e inteligencia, aunque la comparación de estos rasgos de personalidad en los líderes no ha producido un verdadero acuerdo entre los investigadores respecto a qué características constituyen el mejor líder. Sin lugar a dudas, existen deficiencias en los métodos de empleo de este enfoque, pero si una persona tiene confianza en sí misma, es independiente e inteligente, tendrá más probabilidades de triunfar.

En primer lugar, esta teoría ignora por completo a los seguidores, aunque éstos afectan en gran medida el trabajo desempeñado por el líder. En segundo lugar, los partidarios de esta teoría no especifican la importancia relativa de las distintas características o rasgos, ¿debe una organización tratar de encontrar administradores que tengan confianza en sí mismos o que actúen de manera independiente? En tercer lugar, las pruebas derivadas de las investigaciones no son coherentes. Por último, la lista de rasgos o características se torna cada vez más grande y, por ende, produce confusión y conflictos; además, no resulta muy útil para esclarecer los problemas de liderazgo en las organizaciones.

Teorías del comportamiento personal

GAMA O CONTINUO DEL LIDERAZGO

Las teorías del comportamiento personal para estudiar el liderazgo en las instituciones sostienen que la mejor forma de clasificar a los líderes es por medio de las cualidades o estilos personales o por medio de los patrones de comportamiento; diversos autores han presentado teorías del liderazgo que entran en la categoría de las cualidades personales y en los patrones de comportamiento. Las teorías de liderazgo del comportamiento personal se basan en el análisis de lo que hace el líder al desempeñar las tareas administrativas. Los postulados de Tannenbaum y Schmidt (1958) sostienen que a menudo el administrador de una organización tiene problemas para decidir qué tipo de medidas directivas es más apropiado para manejar un problema determinado. Quizá el administrador no esté seguro de si debe tomar la decisión personalmente o delegar a un colega la autoridad para tomar la decisión. Con el objeto de conocer el significado del comportamiento del liderazgo en la toma de decisiones, Tannenbaum y Schmidt sugirieron una gama o continuo en el comportamiento del liderazgo.

AUTOCRACIA BENEVOLE

McMurry (1958) considera que las crudas realidades de la vida en una organización eliminan por completo lo que se ha dado en llamar liderazgo democrático; tanto los líderes democráticos como los autocráticos deben establecer objetivos y dirigir al personal. Los líderes democráticos fomentan la comunicación bilateral entre ellos y los miembros de su personal; se considera que el autócrata benévolo es un administrador poderoso que goza de un gran prestigio y puede comunicarse, aunque no lo haga necesariamente con su personal. Se estima que este tipo de administrador es capaz de tomar rápidas medidas correctivas respecto a las actividades que entran en su jurisdicción personal.

A fin de respaldar la teoría del autócrata benévolo, McMurry ofrece las siguientes razones de la eliminación del liderazgo de-

mocrático: (1) el ambiente que prevalece en las organizaciones es desfavorable. Los "capitanes" de las industrias han trabajado arduamente para alcanzar los puestos que ocupan en la jerarquía administrativa y, por consiguiente, es probable que les guste dirigir con mano firme y controlar el destino de su organización; es improbable que estos individuos favorezcan la delegación del poder para tomar decisiones. (2) Como en la mayor parte de las organizaciones se deben tomar decisiones difíciles y rápidas, les resulta conveniente conservar el control de las operaciones en un pequeño grupo centralizado de administradores; de esta manera, la necesidad de tomar decisiones rápidas restringe la libertad de acción y el liderazgo democrático no es viable porque fomenta la libertad de acción. (3) Los conceptos del liderazgo democrático son relativamente nuevos y no han sido comprobados. La historia de las organizaciones que han tenido éxito (por ejemplo, en lo que se refiere a las utilidades) demuestra que han seguido principios tradicionales; por lo general, estos principios burocráticos son compatibles con el liderazgo autocrático, mas no con el democrático. Cuando una organización comienza a seguir pautas burocráticas y a crear líderes autocráticos, éstos empiezan a perpetuarse.

McMurry ofrece estas tres razones, entre otras, como prueba para justificar su afirmación de que el líder más eficiente es el autócrata benévolo; este tipo de líder, estructura las actividades laborales de los subalternos, toma las decisiones referentes a las políticas relacionadas con ellos y se encarga de hacer cumplir la disciplina. Tal vez el autócrata benévolo fomente la participación en la planificación de un curso de acción, pero es el "jefe" cuando se trata de poner en práctica la decisión. En pocas palabras, el autócrata benévolo se preocupa de los sentimientos, actitudes y productividad de sus subalternos, pero, a pesar de estos sentimientos humanistas, dirige las operaciones mediante el uso de normas, reglamentos y políticas específicas.

Han transcurrido más de dos decenios desde que McMurry formuló su teoría del

liderazgo Los cambios que ha experimentado la sociedad en los últimos tiempos parecen indicar que los argumentos del ambiente, centralización e historia, han hecho que cada vez menos organizaciones deseen poner a prueba métodos de liderazgo más humanistas y menos benevolentemente autocráticos; asimismo, parece que esta tendencia está ganando adeptos.

LIDERES QUE SE CONCENTRAN EN EL TRABAJO Y LIDERES QUE SE CONCENTRAN EN LOS EMPLEADOS

Desde 1947, Likert y sus colaboradores han estudiado a los líderes en la industria, los hospitales y el gobierno, y han obtenido información de miles de empleados.

Después de realizar un análisis minucioso de los estudios, se clasificó a los líderes unos concentrados en el trabajo y otros o concentrados en los empleados. El administrador que se concentra en el trabajo, estructura las funciones del personal, supervisa estrechamente para asegurarse de que se efectúen las tareas designadas, emplea incentivos para acelerar el servicio y determina los índices satisfactorios de producción basándose en procedimientos tales como estudios del tiempo necesario para realizar las diferentes tareas.

El administrador que se concentra en los empleados presta más atención a los aspectos humanos de los problemas del personal y a la creación de grupos eficientes de trabajo con elevadas metas de desempeño; este tipo de administrador, especifica los objetivos, los comunica al personal y le concede a éste bastante libertad para que realice sus tareas y alcance sus metas.

Basándose en su amplia investigación, Likert (1967) indica que la información demostró que el tipo de estilo directivo que se emplea tiene un efecto considerable en diversas variables de los resultados finales. Se encontró que variables tales como productividad, servicio, ausentismo, actitudes, rotación y unidades deficientes, eran más favorables desde el punto de vista de la organización cuando se utilizaba un sistema que se concentraba en los empleados o de supervi-

sión general. Likert recomendó preparar, siempre que fuera posible, administradores que se concentraran en los empleados.

TEORIA BIDIMENSIONAL

Un estudio sobre el liderazgo, realizado en la Universidad Estatal de Ohio y al cual se le hizo mucha publicidad, aisló dos dimensiones del comportamiento del liderazgo, que mediante el análisis estadístico se identificaron como *consideración* y *estructura de iniciación* (Fleishman, Harris y Burt, 1955).

Dichas dimensiones se utilizaron para describir las características del comportamiento del liderazgo en las organizaciones; evaluaron la forma como los supervisores piensan que deben comportarse al desempeñar sus funciones directivas. Un segundo cuestionario estaba destinado a averiguar qué pensaban los empleados acerca del comportamiento del supervisor. El análisis de las respuestas dadas a estos cuestionarios permitió a los investigadores de la Universidad Estatal de Ohio, calificar a los líderes en las categorías de consideración y estructura de iniciación.

Un líder que obtenía una calificación alta en la dimensión de consideración, reflejaba que había creado un ambiente de trabajo caracterizado por la confianza mutua, el respeto por las ideas de los subalternos y la consideración hacia los sentimientos de los mismos. Un líder semejante fomenta las buenas relaciones entre superior y subalterno y la comunicación bilateral. Una calificación baja indica que el líder es más impersonal al tratar con los subalternos.

Una calificación alta en la estructura de iniciación, indica que las funciones del líder y de los subalternos están estructuradas de manera tal que el líder alcance las metas. Este tipo de líder participa activamente en la planificación de las actividades relacionadas con el trabajo, la comunicación de información pertinente y la programación cronológica del trabajo.

TEORIA DE LA REJILLA ADMINISTRATIVA

Blake y Monton (1964) señalan que los

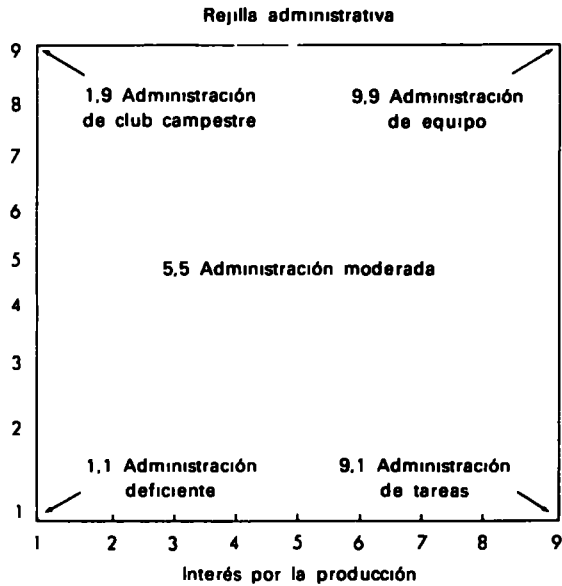


Fig. 12-1. Teoría de la red o rejilla administrativa

estilos de liderazgo se pueden representar en una red o rejilla bidimensional. En la Fig. 12-1 se presentan cinco estilos específicos de liderazgo; estos cinco estilos son sólo algunos de los que se pueden utilizar y que, de hecho, se emplean.

Coordenadas	Estilo de liderazgo
1.1	Deficiente: se realiza el menor esfuerzo para llevar a cabo el trabajo.
9.1	Tareas: el líder presta mayor atención a la eficiencia con que se desempeñan las tareas, pero muestra poco interés en los recursos humanos.
1.9	Club campestre: el líder se dedica a servir de apoyo y a ser considerado con los empleados, pero la eficiencia con que se desempeñan las tareas no constituye un factor fundamental, en este ambiente plácido y despreocupado.
5.5	Moderado: las metas de este estilo son la eficiencia adecuada y un espíritu de cooperación satisfactorio.
9.9	Equipo: el líder facilita la producción y el espíritu de cooperación coordinando e integrando las actividades relacionadas con el trabajo.

En forma ideal, el líder que es un individuo 9,9 sería la persona más eficiente de la organización. Resulta imposible definir un líder 9,9 para todos los tipos de trabajo, pero Blake y Monton dan a entender que un programa de desarrollo administrativo puede hacer que los líderes se acerquen a la clasificación 9,9 con este fin recomiendan las siguientes fases de desarrollo administrativo.

Fase 1. Seminarios experimentales. Se llevan a cabo conferencias con el fin de introducir a los líderes en el método y la filosofía de la rejilla administrativa. Una parte fundamental de esta fase consiste en analizar y evaluar el propio estilo de liderazgo.

Fase 2. Trabajo en equipo. Cada departamento elabora y especifica su propia descripción del individuo 9,9. Esta fase es continuación de la fase 1, que incluía a los jefes de diferentes departamentos en los grupos de reunión. Por lo tanto, en la segunda fase se reúne a los administradores del mismo departamento.

Fase 3. Interacción entre los grupos. En esta fase, los diferentes grupos estudian y analizan las especificaciones del 9,9. Se presentan situaciones o casos en los que los miembros del grupo analizan las tensiones y conflictos que existen entre los distintos grupos.

Fase 4: Establecimiento de metas. Los jefes que participan en el programa estudian y analizan el establecimiento de metas

El método de la red o rejilla administrativa relaciona la eficiencia en el desempeño de las tareas y la satisfacción humana con un programa formal de desarrollo administrativo; este programa es único porque (1) lo dirigen administradores que forman parte del personal directivo y no académicos ni asesores; (2) se emplea un marco conceptual de la administración, es decir, la red o rejilla, y (3) se involucra toda la jerarquía administrativa de la empresa y no sólo un nivel por ejemplo, el de los supervisores.

Se supone que estas experiencias de desarrollo ayudan a los administradores a interesarse profundamente en los empleados y proporcionan al administrador mayor habilidad para cumplir los objetivos de las tareas, tales como servicio y calidad

El análisis de las diferentes teorías personales y del comportamiento, indica que se estudian conceptos semejantes, pero que se utilizan diferentes denominaciones. Por ejemplo, la gama o continuo, la teoría del autócrata benévolo, Likert, los investigadores de la Universidad Estatal de Ohio y el enfoque de la red o rejilla administrativa, utilizan dos conceptos que se han definido ampliamente y que se resumen en el Cuadro No 8.

Cada uno de estos cinco enfoques se basa en dos conceptos, sin embargo, es preciso señalar que existen algunas diferencias, por ejemplo, la gama o continuo del liderazgo se basa fundamentalmente en opiniones personales, y aunque respetamos las opiniones de las personas que las expresaron, consideramos que es necesario respaldarlas con pruebas obtenidas de investigaciones antes de poder confiar más ampliamente en una teoría determinada. En segundo lugar, Likert implica que el estilo de liderazgo más adecuado es el que se concentra en los empleados; indica que no es necesario seguir buscando el mejor estilo, no obstante, la pregunta crítica es si el estilo que se concentra en los empleados funciona en todos los casos

Cuadro 8. Teoría del comportamiento-personal

Fuente original	Dos conceptos y derivación
Continuum de liderazgo	Centrado en el jefe y centrado en los subordinados, opiniones de Tannenbaum y Schmidt (1958)
Autócrata benévolo	Autócrata benévolo y líder democrático, opiniones de McMurry (1958)
De apoyo	Orientado al trabajo y orientado a los empleados, investigación de la Universidad de Michigan (Likert, 1967)
Bidimensional	Consideración y estructura de iniciación; investigación de la Universidad Estatal de Ohio (Fleishman, Harris y Burt, 1955)
Rejilla o red administrativa	Interés por las personas y por la producción, investigación de Blake y Monton (1971)

En lugar de informar sobre estudios y expresar opiniones que se oponen a la afirmación de Likert, los investigadores de la Universidad Estatal de Ohio encontraron que, desde el punto de vista de la producción, los funcionarios administrativos de alto rango de las compañías preferían a los líderes que habían obtenido una calificación alta en la estructura de iniciación. Por consiguiente, se puede rebatir la afirmación de Likert, o de cualquier otra persona, de que ya se ha encontrado el mejor método de dirigir.

La teoría de la Universidad Estatal de Ohio y el enfoque de la red o rejilla administrativa se pueden integrar en una *teoría compuesta*, en este caso, compuesta significa que se han fusionado en una sola (Hensley y Blanchard, 1969). Tal vez si se efectuarán más estudios integrados de acuerdo con el concepto de la teoría compuesta, se podrían comprender mejor las teorías personales y del comportamiento del liderazgo. Aún no se ha descubierto una teoría definitiva sobre el liderazgo, pero la lista interminable de estilos ocasiona dificultades semánticas, porque

distintos autores se refieren al mismo tipo fundamental de liderazgo utilizando una terminología diferente

Donnelly, Gibson e Ivancevich (1971) resumen, como se muestra en el Cuadro 8, los cinco métodos analizados anteriormente.

Teoría situacional: factores que intervienen en el liderazgo

Un número cada vez mayor de especialistas en ciencias del comportamiento han comenzado a centrar su atención en una teoría adaptable del liderazgo, es decir, una teoría que sea flexible y pueda adaptarse a diferentes situaciones. Esta teoría incluye la creencia de que el mejor líder es aquel que puede adaptar su estilo personal a un grupo y a un momento determinados, con el fin de manejar satisfactoriamente una situación dada. Los principales elementos de la teoría situacional son el líder, el grupo y la situación; la variable correspondiente a la situación es de primordial importancia, puesto que afecta lo que el líder puede lograr.

Los partidarios de la teoría situacional afirman que el líder ideal es aquel que puede adaptar su estilo personal, a fin de manejar adecuadamente la situación a la que tiene que hacer frente y las características del personal. El trabajo de Fiedler, (1967) se basa en los aspectos adaptables del liderazgo y supone que se trata de factores situacionales que afectan la eficiencia del líder. Los aspectos que identifica son: (1) relaciones entre el líder y los miembros del personal; el grado de confianza que el personal siente por el líder, la lealtad que le muestra y el atractivo del líder, (2) estructura de las tareas, la medida en que el trabajo de los seguidores está bien estructurado, y no mal estructurado o indefinido, y (3) poder del puesto, el poder inherente al puesto que ocupa el líder, que incluye las recompensas y sanciones que se relacionan normalmente con el puesto, la autoridad oficial del líder, basada en el lugar que ocupa en la jerarquía administrativa, el respaldo que encuentra en la jerarquía administrativa y el apoyo que recibe el líder de sus superiores y de toda la organización.

Fiedler determina el tipo de liderazgo que es más adecuado para cada situación, utilizando el modelo tridimensional y resultados empíricos. Recopiló información que relaciona el estilo de liderazgo con las tres mediciones tridimensionales de las condiciones, que son desfavorables o favorables para el líder. La medición del estilo de liderazgo que se adopte, diferencia a los líderes que tienden a ser tolerantes, considerados y a fomentar las buenas relaciones entre los miembros del grupo (tolerantes), de los líderes que tienden a dirigir y controlar, y que están más orientados a las tareas que a las personas (directivos), por ejemplo, los líderes tolerantes y considerados obtienen el mejor desempeño por parte del grupo en aquellas situaciones en las que las tareas están estructuradas, pero en ellas se siente desagrado por el líder y éste debe ser diplomático. Asimismo, este tipo de liderazgo resulta muy útil en aquellas situaciones en las que el grupo simpatiza con el líder, pero tiene que hacer frente a una tarea ambigua y no estructurada. Cuando la situación es ambigua y la tarea está estructurada, resulta más eficaz el liderazgo directivo.

El modelo de Fiedler indica que los líderes directivos pueden funcionar mejor en determinados tipos de situaciones, mientras que los líderes tolerantes funcionan mejor en otros tipos de situaciones. En lugar de esperar que los líderes adopten un estilo definido, Fiedler identifica al tipo de líder que se desempeña mejor en la situación en cuestión. Fiedler afirma que para que un líder sea eficiente en la mayor parte de los casos, es necesario que sea flexible; el líder tiene que examinar la situación y decidir si proporcionará instrucciones estructuradas o no estructuradas respecto al problema o meta.

Fiedler propone una teoría del liderazgo que incluye la personalidad del líder y las variables situacionales, tales como la tarea que se debe realizar y las características de comportamiento del grupo de empleados sobre el que debe ejercer influencia el líder. Resulta evidente que es preciso efectuar más investigaciones antes de que la teoría sea ampliamente aceptada o de obtener siquiera

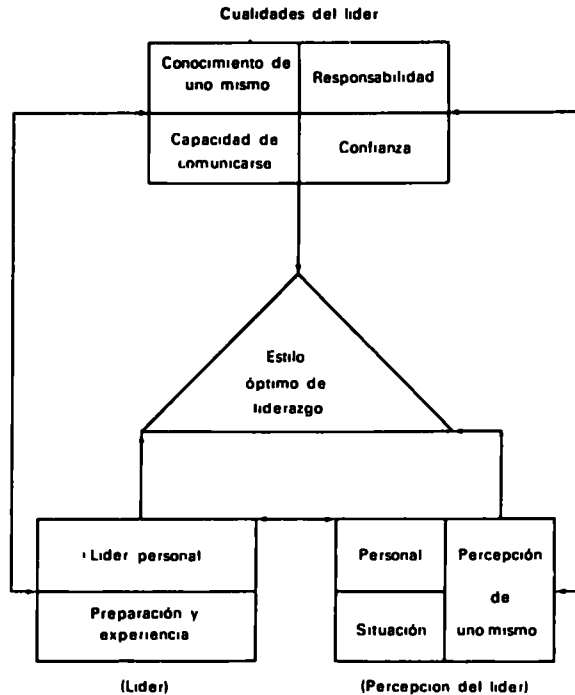


Fig. 12-2. Perspectiva del liderazgo integrador

el acuerdo parcial de las personas que se dedican a estudiar el liderazgo, no obstante, Fiedler ha proporcionado un excelente punto de partida.

Es obvio que la “mejor manera” de ejercer el liderazgo no sólo es difícil de precisar, sino que también ha producido muchas confusiones; no existe ninguna mejor manera de dirigir a los seres humanos, en la práctica, los líderes rara vez son totalmente autocráticos o totalmente democráticos. El problema del estilo de liderazgo es una complicada maraña de factores, en la publicaciones sobre administración se mencionan con frecuencia aspectos tales como la experiencia anterior del líder, el ambiente de la organización y la personalidad del líder, como los factores más importantes que influyen en el comportamiento del liderazgo.

FACTORES DEL LIDERAZGO QUE INTERVIENEN EN EL COMPORTAMIENTO EFECTIVO

Hemos identificado algunos factores importantes en relación con los líderes. En el

contexto del liderazgo, el líder eficiente es un individuo que influye en los seguidores de tal manera que se alcance un servicio de alta calidad, un buen espíritu de cooperación del grupo, un bajo índice de ausentismo y rotación y la superación de los seguidores. La Fig. 12-2 especifica solamente cuatro cualidades personales que contribuyen en gran medida a la capacidad que tiene el líder de influir en los demás; de ninguna forma se trata de una lista completa de los factores importantes que intervienen en el liderazgo, empero, las cuatro cualidades elegidas son adecuadas para la mayor parte de los estilos de liderazgo y son especialmente compatibles con la teoría situacional del mismo. Por otra parte, como indica la línea continua, se relacionan con los factores de percepción que se han identificado

Conocimiento de uno mismo. Uno de los factores más importantes de la teoría situacional del liderazgo gira alrededor del reconocimiento de nuestro propio estilo de liderazgo. Es preciso que los líderes estén

conscientes del efecto que ellos tienen en las personas que guían. No suponemos que puedan predecir con exactitud cómo afectará su estilo de liderazgo a los seguidores en todas las situaciones; sin embargo, proponemos que los líderes deben tratar de aprender lo más posible acerca de la influencia que ejercen en los demás.

Muchos de nosotros tenemos y creamos imágenes inexactas acerca de nuestras personalidades y formas de interacción; por ejemplo, es probable que un líder se perciba a sí mismo como una persona afable y tranquila, mientras que sus subalternos pueden considerarlo severo y de mal carácter. Con frecuencia, este tipo de percepciones opuestas respecto al líder reduce la eficiencia del grupo y produce ineficiencia porque el líder reduce la eficiencia del grupo y produce ineficiencia porque el líder continúa pensando que es una clase de persona y el grupo estima que es otra diametralmente diferente; a menudo los resultados son conflictos, malentendidos y bajo espíritu de cooperación.

Confianza. Los líderes difieren significativamente en la confianza que tienen acerca de su capacidad de guiar a los demás. Un líder que carece de confianza tendrá dificultades para diagnosticar diferentes situaciones y adaptar su estilo personal a fin de poder manejarlas adecuadamente; estas dificultades dan por resultado que el líder no pueda desempeñar algunas funciones que podrían producir resultados convenientes; por ejemplo, un líder que tiene poca confianza en sí mismo, supondrá con frecuencia que los seguidores no pueden desempeñar correctamente las tareas que implican sus puestos. Quizá lo anterior haga que el líder supervise estrechamente a sus subordinados y, tal vez, esto resulte perturbador a causa del tipo de tareas que se están llevando a cabo, la personalidad y el tipo de personal que forma parte del equipo de trabajo y la magnitud del mismo.

Por otra parte, la falta de confianza también puede dar por resultado que el líder tome decisiones que no son convenientes o que los miembros del grupo consideran perjudiciales. De hecho, la confianza de un líder

se relaciona en cierta medida con la aversión que sienta éste a correr riesgos; el líder que no tiene confianza en sí mismo en muchos casos toma decisiones que comprometen el espíritu de cooperación, las recompensas y la posición de sus seguidores en otros departamentos.

Capacidad de comunicarse. Todos los líderes que trabajan en una organización deben ser capaces de comunicar sus objetivos a sus seguidores. Todos los tipos de líderes, autocráticos, orientados hacia el servicio y orientados hacia las personas, deben comunicar sus expectativas a los seguidores; el líder que no puede comunicarse con sus seguidores suele crear un ambiente de incomunicación a su alrededor; esto sucede porque la incapacidad de comunicarse produce un caos general e imposibilita la coordinación necesaria de las actividades de los seguidores.

Responsabilidad. Los líderes se diferencian de otras personas por su deseo de asumir responsabilidades, tomar la iniciativa, planificar y realizar las tareas necesarias, así como aceptar el crédito o la culpa, según sea el caso.

El deseo de aceptar la responsabilidad es una cualidad fundamental del buen liderazgo; el mundo está lleno de personas que temen a la responsabilidad y que se angustian ante la simple posibilidad de que la responsabilidad sea suya. La aceptación de la responsabilidad implica la aceptación de la posibilidad de tener la culpa del fracaso; el simple hecho de pensar en ello produce ansiedad en la mayor parte de las personas. Asimismo, la aceptación de la responsabilidad implica cambiar la persona y la vida de uno, puesto que significa perder libertad y dejar de hacer lo que uno desea, porque es preciso hacer lo que el trabajo exige.

Hacemos hincapié en la capacidad del líder de hacer diagnóstico de sí mismo y del medio donde se lleva a cabo el liderazgo. Quizá estemos señalando que los programas de capacitación en cuanto a la dirección deben poner énfasis en el diagnóstico y en la capacidad de adaptarse. No se debe llegar a la conclusión de que es fácil preparar a los administradores para que diagnostiquen con

exactitud las situaciones de trabajo y adopten el estilo de liderazgo más conveniente.

Con el objeto de que los líderes adquieran habilidad para realizar diagnósticos y sean tan flexibles que puedan cambiar su estilo de dirigir de acuerdo con las circunstancias, es imprescindible tener paciencia; es preciso que las organizaciones estén dispuestas a planificar, poner en práctica y financiar programas de superación; todas estas tareas consumen una gran cantidad de tiempo.

RELACION CON OTROS PROCESOS ADMINISTRATIVOS

El proceso de guiar y dirigir, como cualquier otro proceso administrativo (planificar, organizar, etc.), no es independiente; por el contrario, está condicionado y condiciona a todos los demás procesos y, al mismo tiempo, condiciona a la organización en su conjunto. Si comparamos al administrador de departamento de enfermería con el piloto de una moderna aeronave de gran tamaño, podríamos observar con más claridad estas relaciones. El piloto tiene que decidir a dónde quiere ir y, al hacerlo, define su propósito y su meta. Debe conocer la nave y a la tripulación, incluyéndose a sí mismo; al efectuar el análisis, determina y comprende su organización, sus problemas de personal y las delegaciones que debe hacer. Es preciso que sepa como programar su curso, y este conocimiento le brinda las respuestas que necesita respecto a las operaciones, estrategias y técnicas. Tiene que conocer los suministros y los equipos con que cuenta, y a partir de este conocimiento puede tomar decisiones relacionadas con los fondos, materiales y reparaciones. De alguna manera debe aprender todo lo que pueda acerca de las condiciones climatológicas en las que volará, y esta información le permitirá tomar decisiones y emitir juicios acerca de los obstáculos que tal vez encuentre y de la forma en que los superará, y de los factores ambientales que quizás lo obliguen a cambiar de curso. Por último, debe lograr el resultado de llegar a su destino económica, segura y oportunamente, llevando así su participación eficiente en todos los procesos administrativos a su punto

culminante, ya sea gracias a sus propios esfuerzos o a los de las personas que trabajan con él. Por otra parte, el piloto de la aeronave no realiza primero un proceso y después otro, sino que los aborda todos simultáneamente, combinando y relacionando, condicionando y volviendo a condicionar cada uno de los elementos con el fin de llevar toda la operación a término, en la forma más satisfactoria posible de acuerdo con las circunstancias. El piloto es responsable de los resultados finales y todas las personas que se encuentren en la aeronave tienen derecho a suponer que tomará la decisión correcta en todos los puntos del viaje y en todos los aspectos relacionados con el mismo.

De la misma manera, el director de una organización de gran tamaño aborda todos los procesos administrativos hasta el punto de que sus actividades comprenden en cierta medida todos los aspectos de la administración, ya que el director, junto con su personal directivo y supervisores, participa más o menos de manera continua en:

- 1 La interpretación de políticas, elaboración y reelaboración de políticas.
- 2 La solicitud, delegación y empleo de la autoridad.
- 3 La planificación a largo, mediano y corto plazo de las metas y actividades.
- 4 La elaboración del presupuesto de los recursos y actividades, en función de la obtención y utilización de recursos limitados para cumplir determinados propósitos.
- 5 La organización y reorganización de las estructuras, a fin de cumplir satisfactoriamente los objetivos de los programas y de las políticas.
- 6 La dotación y capacitación del personal calificado, con objeto de crear grupos eficientes y entusiastas, que trabajen en la consecución de las metas comunes.
- 7 La puesta en práctica de los programas y actividades, es decir, dirigir el mecanismo para que entre en funcionamiento.
- 8 La información sobre los resultados y responsabilidad del desempeño, medido de acuerdo con los estándares de la política que se debe seguir.

Todo lo anterior se lleva a cabo en un ambiente de trabajo que, en especial en las orga-

nizaciones de atención de salud, es complejo y restrictivo; el administrador de enfermería no puede cambiar de ninguna manera parte del mismo, pero puede condicionar parcialmente algunos aspectos. Compartir otros con su personal y tendrá que trabajar solo con los restantes, empero, los resultados de la dirección se medirán en gran parte por la eficiencia que muestre el administrador en su participación en los distintos procesos administrativos a pesar, o gracias, a las condiciones ambientales negativas o positivas.

EL LIDERAZGO EN LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

Con el fin de ser un líder eficiente, el administrador de servicios de enfermería debe estar al corriente de los diversos comportamientos de liderazgo que puede adoptar, de las responsabilidades fundamentales de su función y de la naturaleza de las fuerzas que influyen en sus actos. La responsabilidad fundamental del director no consiste en dar órdenes, sino en conservar el control de la situación; aunque es probable que el administrador no se haga notar mucho, su función es de vital importancia para no perder la perspectiva de las metas, crear un clima agradable y tolerante que propicie la participación, reconocer el consenso y ayudar al personal a descubrir cuál es su aporte en el esfuerzo colectivo.

Es probable que los administradores de servicios de enfermería en su esfuerzo por introducir nuevos programas de atención de las personas en los sistemas de atención de la salud, estén familiarizados con las siguientes aseveraciones:

1. La adaptación más importante que he tenido que hacer ha sido convertirme en un administrador menos autoritario, lograr que las enfermeras resuelvan sus propios problemas y permitirles tomar sus propias decisiones.
2. Pensé que en nuestro servicio de enfermería había libertad de diálogo, pero no la habrá hasta que las enfermeras dejen de hacer lo que piensan que yo deseo que hagan.
3. Estoy seguro de las decisiones que tomo; no

deseo involucrar a mis enfermeras.

4. Hubo un tiempo cuando consideraba sus comentarios como una ofensa personal; ahora he aprendido a escuchar sus propuestas sin sentirme herido.
5. Dejar a las enfermeras que aprendieran de sus propios errores ha llevado más tiempo del que esperaba, pero ahora creo firmemente que valió la pena.
6. Es cierto que dialogamos mucho, pero a veces me pregunto si lo que estamos haciendo lleva a alguna parte.

Estas afirmaciones representan la revelación personal de sentimientos e ideas acerca de lo que sucede cuando un administrador de enfermería toma las medidas necesarias para introducir su programa de atención a las personas o desea efectuar algunos cambios. Ciertos comentarios indican superación y perfeccionamiento, mientras que otros, implican frustración y resistencia. No obstante, un aspecto común a todos los testimonios es el comportamiento de liderazgo que el administrador de servicios de enfermería observa en sus relaciones con las enfermeras que forman parte de su personal. El administrador moderno de servicios de enfermería se preocupa por su comportamiento de liderazgo, y esta preocupación suscita una serie de preguntas importantes para la dinámica del liderazgo.

¿Qué comportamiento de liderazgo es el más apropiado, el autocrático o el democrático?

Hoy en día, muchas enfermeras consideran que el administrador de servicios de enfermería se encuentra en una posición privilegiada, desde la cual puede influir en la adopción de innovaciones. El complejo problema de cómo puede el líder actuar con eficiencia para producir nuevos programas de prestación de atención de salud, está recibiendo cada vez más atención por parte de los especialistas en enfermería y en otras disciplinas (Bennis, Benne y Chin, 1962). En la actualidad, las estrategias para fomentar el cambio hacen hincapié en la importancia de la participación del personal en la toma de decisiones; esta teoría desafía la racionalidad del liderazgo básicamente directivo (McGregor,

1960). El administrador de servicios de enfermería que fomenta con éxito las innovaciones en los servicios de enfermería no es un líder solitario que impone sus decisiones a su personal, sino que, por el contrario, brinda a las enfermeras la oportunidad de dirigir, haciéndolas participar en el proceso de toma de decisiones del sistema de atención de salud. Sin embargo, la necesidad de incluir al personal de enfermería en la toma de decisiones, a fin de fomentar programas y cambios en la atención de las personas, no implica que en todo momento el comportamiento de un administrador sea tolerante. Antes de actuar, un administrador de servicios de enfermería tiene que considerar los distintos tipos de comportamiento de liderazgo que puede adoptar.

Tannenbaum y Schmidt (1958), ilustraron gráficamente la gama de posibles comportamientos de liderazgo, todos los tipos de comportamiento se relacionan con el grado de autoridad que emplea el administrador y con la libertad que tienen las enfermeras para tomar decisiones. Los comportamientos que aparecen en el extremo izquierdo de la Fig. 12-3, son característicos del administrador que conserva un alto grado de control, mientras que los del extremo derecho son característicos del administrador que da libertad al personal de enfermería.

Esta gama describe diversas formas en las que un administrador de servicios de enfermería se puede relacionar con el personal que dirige. En el extremo izquierdo, los pensamientos y percepciones del administrador determinan la toma de decisiones; conforme se avanza hacia la derecha, es posible observar que las percepciones y pensamientos de las enfermeras determinan cada vez la toma de decisiones. No se debe estereotipar la dirección en coercitiva o tolerante; por el contrario, es necesario considerar el liderazgo como un proceso que está compuesto de una amplia variedad de comportamientos posibles. El administrador eficiente elige el comportamiento más adecuado a cada una de las tareas que tiene que llevar a cabo.

A un administrador de servicios de enfermería le resulta difícil determinar en qué grado la dirección debe centrarse en sí mismo o en las enfermeras; tal vez piense que las enfermeras deben ayudar a tomar las decisiones, pero al mismo tiempo puede considerar que él comprende mejor los problemas que las enfermeras y que, por ende, la decisión es responsabilidad suya. Asimismo, quizá en algunas ocasiones desee escuchar todos los puntos de vista antes de tomar una decisión, pero piensa que sería poco conveniente dedicar a esa tarea todo el tiempo que requiriera. Un administrador que se encuentra en

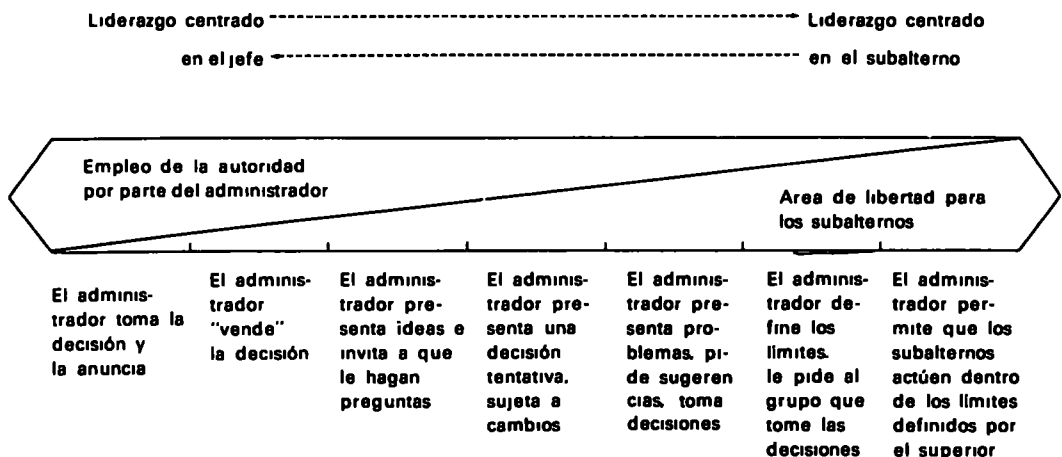


Fig. 12-3. Continuum de los comportamientos del liderazgo (Adaptada de Tannenbaum, R., y Schmidt, W. Harvard Business Review 36:95-101, marzo-abril 1958).

un dilema semejante, quizás adopte diferentes comportamientos de liderazgo sin tener buenas razones para hacerlo; no obstante, si comprende la naturaleza de las responsabilidades directivas que le corresponden al dirigir a un grupo de enfermeras en la introducción de innovaciones relacionadas con la atención directa de las personas y otras responsabilidades de enfermería, puede tratar de analizar por qué eligió determinada comportamiento.

¿Qué descripción de liderazgo es apropiado para el comportamiento innovador?

El liderazgo implica no sólo la relación inmediata del administrador con las enfermeras, sino que también incluye todos los aspectos de la vida y administración del grupo. Resulta imposible hablar de liderazgo sin describir al grupo que se dirige y la situación que es preciso resolver.

Para el administrador progresista, el liderazgo es un proceso por medio del cual se estimula y ayuda a los grupos de enfermeras a definir objetivos comunes y a diseñar voluntariamente los medios necesarios para su consecución. En otras palabras, el líder proporciona hechos e ideas que ayudan al grupo a definir y alcanzar los objetivos de manera inteligente. Los diversos actos directivos que intervienen en este proceso, ayudan a las enfermeras a cobrar conciencia de su capacidad de innovar y a estimular el empleo productivo de su esfuerzo.

Si bien el comportamiento del liderazgo depende parcialmente del carácter único de la situación del grupo, el liderazgo tiene varios aspectos fundamentales, a los cuales debe mostrarse sensible el administrador de servicios de enfermería. Es preciso que el administrador conozca a fondo el potencial y las características de los individuos que trabajan bajo sus órdenes, y que perciba los problemas a los que tienen que hacer frente las enfermeras, así como decidir si la solución entra o no en la capacidad del grupo. Los miembros del grupo recurren al administrador de servicios de enfermería para obtener reconocimiento y esperan que los trate de acuerdo con sus ne-

cesidades individuales; además, el administrador de servicios de enfermería tiene la responsabilidad de convertir al grupo en una unidad que pueda cumplir las metas establecidas y satisfacer al mismo tiempo los deseos individuales.

Los administradores de servicios de enfermería pueden simplificar o complicar el funcionamiento del grupo; en ocasiones vuelven incómodas las actuaciones del grupo a causa de su tolerancia y en otras despiertan animosidad a causa de su naturaleza dictatorial. Es muy importante la forma como los miembros del grupo perciben al administrador; a menudo son las propias enfermeras quienes, basándose en sus percepciones personales, aceptan o rechazan el liderazgo. Es más probable que el administrador de servicios de enfermería sea eficiente si las enfermeras consideran que simboliza sus valores y metas. Es necesario que exista una clara identificación entre los miembros del grupo y el administrador de servicios de enfermería, si las enfermeras estiman que el administrador de servicios de enfermería es diametralmente diferente de ellas, es probable que piensen que no las representará convenientemente o que la comunicación con el jefe puede ser difícil o poco satisfactoria. Lo anterior no implica que el administrador de servicios de enfermería y las enfermeras deban tener el mismo carácter y la misma capacidad; por el contrario, indica que las diferencias tienen que ser de un grado y naturaleza que puedan aceptar los miembros del grupo.

Una de las principales preocupaciones del administrador de servicios de enfermería es el futuro del grupo de enfermería, es preciso que se muestre sensible a las perspectivas a largo plazo que tiene el grupo de satisfacer las necesidades de los miembros, y que tienen los miembros de superar las dificultades futuras que tal vez interfieran con los objetivos del grupo. En otras palabras, el administrador de servicios de enfermería debe anticipar los problemas y las posibles soluciones, es preciso que tome medidas apropiadas para vencer los factores que amenazan la seguridad o el éxito del grupo y—quizá, utilizar estos factores en beneficio de la tarea global del

grupo. Si el administrador de servicios de enfermería analiza la situación desde una perspectiva amplia, podrá tomar medidas que animen a los demás miembros del equipo y logre su participación más activa en la labor del grupo. Asimismo, el administrador de servicios de enfermería debe estar consciente de que a medida que las enfermeras participan más en las actividades del grupo, tendrá que compartir la autoridad con ellas; no puede permitir que sus necesidades personales de control obstaculicen la delegación de autoridad ni la concesión de poder para tomar decisiones.

Es preciso que el administrador de servicios de enfermería tenga en cuenta un sinnúmero de otros aspectos relacionados con el comportamiento del liderazgo. Debe estar dispuesto a asumir responsabilidades, tomar la iniciativa, planificar y realizar tareas que es necesario llevar a cabo; esto significa que tiene que aceptar la posibilidad del fracaso o del éxito y ser capaz de soportar un alto grado de tensión. Con frecuencia las presiones impuestas por la organización dan por resultado la frustración y hostilidad del grupo, y tal vez el grado de compromiso y la motivación del administrador de servicios de enfermería sufran una dura prueba. Lo mismo sucede con la resistencia que tenga al aislamiento. A medida que las enfermeras progresan y comienzan a dirigir, se vuelven diferentes del resto del grupo, más vulnerables y solas.

Por último, las habilidades para comunicarse se relacionan con el liderazgo eficiente; es preciso establecer los objetivos del grupo, de tal manera que sus miembros puedan ver en qué dirección debe moverse. A fin de obtener la unidad de acción necesaria, es necesario definir con toda claridad los medios a través de los cuales se alcanzarán las metas; esto es responsabilidad del administrador de servicios de enfermería.

La descripción anterior del comportamiento del liderazgo incluye los aspectos más importantes de la función del administrador creativo. El administrador de servicios de enfermería que conoce a fondo la función que debe desempeñar, podrá resolver con más facilidad los dilemas inherentes al liderazgo,

puesto que será más capaz de determinar la medida en que debe controlar las decisiones. La determinación del comportamiento de liderazgo más apropiado constituye un problema extremadamente difícil y requiere que el administrador conozca a fondo otros aspectos además de la función de dirección. El administrador de servicios de enfermería, que se interesa por asumir el comportamiento más adecuado, también debe estar consciente de las fuerzas que afectan sus actos; si puede comprender qué lo impele a preferir actuar de una manera determinada, podrá utilizar dicha comprensión para convertirse en un líder más eficiente.

¿Cuáles son algunas de las fuerzas que afectan el comportamiento de liderazgo?

ORGANIZACION DE ATENCION DE LA SALUD

Entre las fuerzas más importantes que afectan el comportamiento del administrador de servicios de enfermería se encuentran el esquema de la organización de atención de salud y la personalidad del administrador. Las instituciones de atención de salud, tales como hospitales, organismos de salud pública y departamentos consulta externa, establecen normas o patrones que influyen en el comportamiento del administrador de servicios de enfermería. Estas normas existen porque contribuyen satisfactoriamente al funcionamiento actual de la organización; las instituciones de atención de salud aceptan determinados tipos de comportamiento y si el administrador de servicios de enfermería se desvía de ellos, por lo general encuentra resistencia. En algunos casos la forma de actuación esperada influye en él de tal manera que pierde su identidad personal. La institución de atención de salud crea una red de factores determinantes que hace que el comportamiento del administrador sea incongruente con las estrategias de acción que prefiere. A menudo existe una notable discrepancia entre lo que el administrador de servicios de enfermería considera correcto y conveniente y lo que le exige la institución.

En especial, el administrador de servicios de enfermería que es creativo, se encuentra

a menudo en una posición en la cual entran en conflicto las determinantes de la institución y sus propias ideas o estrategias para la acción; por ejemplo, ¿se someterá a las normas de la institución respecto a la competencia entre los departamentos, eficiencia, procedimientos y tareas tradicionales y toma de decisiones unilateral, o fomentará la participación operativa, la discusión de todos los puntos de vista y hará posible la participación en la toma de decisiones y la división de la responsabilidad? Stogdill (1959) sostiene que cuando el líder tiene que hacer frente a presiones opuestas, adopta uno y otro conjunto de expectativas y está dispuesto a pagar las consecuencias de su decisión o, lo que es más probable, adopta una situación de compromiso y trata de reconciliar los conflictos; cualquiera de las dos alternativas reduce la capacidad del administrador de servicios de enfermería de actuar con un alto grado de imaginación, franqueza y creatividad en el desempeño de sus funciones directivas. En tales condiciones, sólo se utilizan parcialmente las capacidades del administrador de servicios de enfermería.

A medida que aumenta la complejidad de la organización en las instituciones de atención de salud, las presiones se tornan más restrictivas; incluso el administrador de servicios de enfermería, con más fuerza de voluntad, puede encontrar que es incapaz de poner en práctica sus capacidades exclusivas, relacionadas con el servicio de enfermería. Jennings (1960) explica que las presiones institucionales suelen obligar a los líderes a dar más prioridad a la ingeniería social sutil e inofensiva. Los principios de las relaciones humanas se convierten en un medio, a través del cual el administrador de servicios de enfermería trata de satisfacer las necesidades y expectativas del personal de enfermería y de hacer frente a las determinaciones de la institución. A medida que el administrador de servicios de enfermería se vuelve políticamente hábil para obtener respaldo, popularidad y buenas relaciones, se aleja de la participación esencial y de la creación de nuevos programas. Comienza a interesarse en su propia sobrevivencia, que es totalmen-

te independiente de los recursos de liderazgo que posee como individuo. Bajo la imagen de *especialista en relaciones públicas*, muchos administradores de servicios de enfermería sacrifican el compromiso que tienen con el pensamiento crítico y el comportamiento independiente.

PERSONALIDAD DEL ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Si bien el administrador de servicios de enfermería funciona como una parte especializada de la institución de atención de salud, también tiene necesidades personales. Al mismo tiempo que trabaja con el material humano que lo rodea, debe trabajar con el material humano que está en su interior. Zalesnik (1963) y Porter (1973) sostienen que gran parte de los dilemas a los que tienen que hacer frente los líderes al elegir el comportamiento más apropiado, son el resultado de sus propios conflictos internos. Algunos tipos comunes de conflictos internos de personalidad son la competencia y la posición.

El administrador de servicios de enfermería trabaja en un medio competitivo y con frecuencia, los conflictos internos que se derivan del mismo, afectan su comportamiento. Zalesnik (1963, p. 52-53) también afirma que si un líder no resuelve el problema de la competencia, desarrollará un temor al fracaso. Establecer estándares de desempeño poco realistas o competir internamente para alcanzar metas imposibles, suele hacer que el administrador de servicios de enfermería considere que todo lo que emprenda está destinado al fracaso; es probable que, en lugar de correr el riesgo de fracasar, el administrador de servicios de enfermería se encierre en el anonimato, comportamiento que refleja resignación y falta de compromiso.

Asimismo, los conflictos competitivos se relacionan con el éxito, y el resultado suele ser el mismo comportamiento que se asocia con el fracaso. El éxito inicial del administrador de servicios de enfermería en la introducción de nuevos programas, da por resultado una mayor vulnerabilidad; a medida que adopta una posición sobre problemas muy

controvertidos o respalda una opinión determinada, se convierte en el blanco de las críticas de las enfermeras, pacientes y otros jefes de departamento. El administrador de servicios de enfermería que anticipe que sus actos producirán críticas, dudará de tomar decisiones que tengan implicaciones más amplias. Es probable que para evitar las críticas, el administrador de servicios de enfermería pase de un problema a otro sin obtener ninguna solución, lo cual, de nuevo dará por resultado un comportamiento de no compromiso.

Asimismo, tal vez el administrador de servicios de enfermería considere que su éxito es consecuencia del desplazamiento de alguien más. En este caso, la idea del éxito se relaciona con sentimientos de culpa y con la necesidad imperiosa de eliminar el comportamiento que lo hizo posible. Cuando el administrador de servicios de enfermería esté a punto de alcanzar una meta, impedirá conscientemente su consecución, a fin de evitar el éxito que puede generar sentimiento de culpa.

El conflicto derivado de la posición, que también puede generar sentimientos de culpa, suele surgir cuando un administrador se da cuenta de que está ejerciendo poder sobre enfermeras que son más capaces que él mismo o cuando advierte que las diferencias de posición no le permiten tratar a las enfermeras en un plano de igualdad. A los seguidores les resulta más fácil aceptar órdenes de un líder al que consideran superior; sin embargo, el administrador de servicios de enfermería se ve obligado a conservar la distancia psicológica que permita aceptar el liderazgo sin resentimientos.

Tan pronto como el administrador de servicios de enfermería comienza a alcanzar el éxito y el reconocimiento, se encuentra maduro para los conflictos derivados de la posición; enfrenta el conflicto que surge entre las responsabilidades inherentes a la autoridad que adquirió y la imperiosa necesidad que siente de agradar a los demás. Los administradores de servicios de enfermería que le sirvieron de modelo en el pasado, lo consideran en la actualidad un contrincante; por otra parte, deja de gozar de la amistad

abierta de sus antiguos colegas, las enfermeras. El siguiente comentario, realizado por un individuo que adquirió rápidamente prestigio y reconocimiento como persona creativa, sirva para ejemplificar el conflicto derivado de la posición o status.

El sinnúmero de actividades que estamos realizando en este momento parecen mucho más difíciles de lo que habíamos anticipado. Le ruego que solicite una cita con mi secretaria si tiene necesidad de verme. Por favor, no interprete esto como el inicio de una política de inaccesibilidad, debe sentirse libre de venir a verme siempre que lo considere necesario. El sistema de citas es, así lo espero, un intento por asegurarle que podré dedicarle algún tiempo sin que nos interrumpan.

¿En qué forma afecta el conflicto derivado del status o posición el comportamiento de liderazgo? En ocasiones, los administradores de servicios de enfermería tratan de eliminar todos los símbolos de posición y autoridad, esforzándose por ser agradables. No obstante, a medida que eliminan la distancia social en beneficio de la simpatía, no sólo reducen la eficiencia del trabajo, sino que, con frecuencia, pierden el propósito inicial de su comportamiento. Las enfermeras, en lugar de satisfacer la necesidad que tiene el administrador de servicios de enfermería de resultar agradable, comienzan gradualmente a albergar sentimientos de ira y resentimiento hacia él, ya que el comportamiento del administrador de servicios de enfermería brinda inadvertidamente una imagen negativa de lo que ellas perciben como la función del jefe.

La competencia y la posición sirven de ejemplo para mostrar que los factores internos del administrador de servicios de enfermería, determinan el comportamiento de liderazgo. Resulta sumamente difícil separar los factores internos de los que se derivan de las realidades de la institución. Empero, el administrador de servicios de enfermería, que es creativo, debe tratar de conocerse a sí mismo y de comprender más a fondo los valores y tradiciones que imperan en el entorno de la atención de salud.

Los administradores de servicios de enfermería se preocupan por el liderazgo y son

sensibles a la complejidad del comportamiento de liderazgo, necesario para introducir programas innovadores. Para ser un líder eficiente, el administrador de servicios de enfermería debe conocer muy bien los distintos comportamientos de liderazgo que puede adoptar, las responsabilidades prioritarias de su rol y la naturaleza de las fuerzas y factores que influyen en sus actos. Cuanto mejor comprenda el administrador de servicios de enfermería estos factores, podrá determinar con mayor certeza el comportamiento de liderazgo más apropiado, que le permitirá a las enfermeras actuar de manera más creativa y productiva en la realización de los programas del servicio de enfermería.

En consecuencia, la eficiencia del líder se mide no en función del tipo de liderazgo que ejerza el administrador de servicios de enfermería, sino del tipo de liderazgo que evoca; no en función del poder que tiene sobre los demás, sino en función del poder que otorga a los demás; no en función de las metas que establece ni de las órdenes que imparte, sino en función de las metas y programas que las personas realizan por sí mismas con su ayuda; no sólo en función del servicio y los proyectos ejecutados, sino en función del desarrollo de la capacidad, sentido de responsabilidad y satisfacción personal de todos los participantes.

Con este tipo de liderazgo, no siempre queda muy claro quién es el que dirige, lo cual tampoco es muy importante; lo importante es que muchos aprendan a comprender los problemas, a aplicar su inteligencia para analizarlos y a trabajar juntos en su resolución.

Este tipo de liderazgo logra que se hagan más cosas, más pensamiento, más acción, más productos finales y, lo que es más importante, mayor fortalecimiento de los valores humanos.

BIBLIOGRAFIA

- Applewhite, P B Organizational behavior, Englewood Cliffs, N J, 1965, Prentice-Hall, Inc.
- Bennis, W G Leadership theory and administrative behavior, Admin Science Q 4 259-301, 1959
- Bennis, W G, Benne, K, and Chin, R The planning of change, New York, 1962, Holt, Rinehart & Winston, Inc
- Blake, R R, and Monton, J S The managerial grid, Houston, Tex., 1964, Gulf Publishing Co
- Cattell, R B New Concept for measuring leadership in terms of group syntality, Hum Relations 4 161-184, 1951
- Donnelly, J H, Jr, Gibson, J L, and Ivancevich, J M Fundamentals of management, Dallas, Tex., 1971, Business Publications, Inc
- Emery, D A The complete manager, New York, 1970, McGraw-Hill Book Co
- Fiedler, F E A theory of leadership effectiveness, New York, 1967, McGraw-Hill Book Co
- Fleishman E A, Harris, E F, and Burt, H E Leadership and supervision in industry, Columbus, Ohio, 1955, Bureau of Educational Research, Ohio State University
- French, J R P, and Raven, B The basis of social power In Cartwright, D, and Lander, A, editors Group dynamics, Evanston, Ill., 1960, Row, Peterson & Co
- Gordon, T Leader effectiveness training, New York, 1977, Peter H Wyden Publisher
- Hensey, P, and Blanchard, K H Management of organizational behavior utilizing human resources, Englewood Cliffs, N J, 1969, Prentice-Hall, Inc
- Jennings, E An anatomy of leadership princes, heroes and superman, New York, 1960, Harper & Row, Pubs, pp 32-39
- Katz, D, and Kahn, R L The social psychology of organizations, New York, 1966, John Wiley & Sons, Inc
- Likert, R The human organization, New York, 1967, McGraw-Hill Book Co
- Maslow, A H Eupsychian management, Homewood, Ill., 1965, Richard D Irwin, Inc and The Dorsey Press
- McGragor, D The human side of enterprise, New York, 1960, McGraw-Hill Book Co
- McMurry, R N The case for benevolent autocracy, Harvard Bus Rev 36 82-90, Jan-Feb 1958
- Porter, E Strength-deployment-inventory, Pacific Palisades, Calif, 1973, Personal Strength Assessment Service
- Richards, M D, and Greenlaw, P S Management decision making, Homewood, Ill., 1966, Richard D Irwin, Inc, p 135
- Schon, D A Beyond the stable state, The Norton Library, New York, 1971, W W Norton and Co, Inc
- Stogdill, R M Leadership, membership and organization, Psychol Bull 47 1-14, 1950
- Stogdill, R M Patterns of administrative performance, Columbus, Ohio, 1956, Bureau of Business Research, Ohio State University Press
- Student, K R Supervisory influence and work group performance, J Applied Psychol. 52: 188-194, June 1968
- Tannenbaum, R, and Massarik, F Leadership: a frame of reference, Management Science 4 1-19, 1957
- Tannenbaum, R, and Schmidt, W. H. How to choose a leadership pattern, Harvard Bus Rev 36: 95-101, March-April 1958

Zalesnik, A.: The human dilemmas of leadership, Harvard Bus. Rev. 41(4): 50, 1963.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

American Management Association, Inc.: Efficient com-

munication on the job: a guide for supervisors and executives, New York, 1963, The Association.

Likert, R.: New Patterns of management, New York, 1961, McGraw-Hill Book Co.

Reddin, W. J.: Managerial effectiveness, New York, 1970, McGraw-Hill Book Co

13

Acción colectiva en enfermería

El desacuerdo, más que el acuerdo, es por lo general el punto de partida de los conflictos laborales; si el problema de obtener dicho acuerdo se considera simplemente un conflicto de dólares y centavos o de administración básica y principios profesionales, tal vez la tarea de conseguir un contrato resulte mucho más difícil, improductiva y costosa, que si las personas que efectúan las negociaciones reconocen que éstas implican también un proceso social. Las enfermeras que atienden directamente a los pacientes tienen diferentes metas, aspiraciones y opiniones que los miembros de la administración e incluso que los profesionales que actúan como negociadores. Con frecuencia, éste hecho influye en lo qué sucede, tanto como las diferencias existentes sobre si el contrato debe incluir un aumento de cinco o diez centavos por hora, por decirlo así, o si debe prevalecer la antigüedad de los empleados.

El administrador o negociador que comienza por aceptar este hecho, tiene más probabilidades de obtener resultados satisfactorios que el que no lo hace.

Las causas de los lentos avances en el mejoramiento de la situación económica de la profesión de enfermería son múltiples (Porter, 1963). Por supuesto, algunas se derivan de fuerzas sociales externas y los profesionales de la enfermería no tienen ningún control sobre las mismas. En esta época de derechos y oportunidades para las mujeres, otras de esas causas podrían cam-

biar con más rapidez si las actitudes, esfuerzos y deseos de las enfermeras mismas se dedicaran a tal fin.

Por ejemplo, la profesión de enfermería siempre ha asegurado con orgullo que su preocupación fundamental es la calidad del servicio prestado a la sociedad y no el dinero ganado, el altruismo que se encuentra implícito en esta afirmación es prácticamente una doctrina universal de los profesionales y representa una de las herencias más valiosas de la enfermería, herencia que, con suerte, no desaparecerá nunca.

No obstante, ¿qué podría argumentar para respaldar la idea de que los ideales altruistas y el derecho a recibir una compensación justa por los servicios prestados son incompatibles? El ideal altruista nunca pretendió significar que las enfermeras tienen que aceptar un salario o condiciones de trabajo que no estén de acuerdo con las responsabilidades profesionales.

En 1946, al ponerse en práctica lo que se conoce como el programa de Seguridad Económica, iniciado por el Colegio de la Asociación Norteamericana de Enfermeras, marcó un hito en la historia económica de la enfermería. Si bien resulta obvio que se ha hecho mucho hincapié en las cuestiones monetarias, el Programa de Seguridad Económica es mucho más que eso.

La primera parte de este capítulo se refiere a las negociaciones colectivas en enfermería; la segunda, a la preparación y capacitación para efectuar negociaciones colectivas,

y la última, a los problemas que durante mucho tiempo han suscitado conflictos entre los administradores y el personal profesional, tanto en la enfermería como en otras profesiones. Asimismo, presentamos, para su estudio, algunas soluciones de los problemas y ciertas perspectivas.

NEGOCIACION COLECTIVA EN ENFERMERIA

La Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANE) es un grupo profesional importante que ha dejado de ser una sociedad profesional para convertirse en una organización de negociación colectiva. La negociación colectiva se puede definir como el "desempeño de las respectivas obligaciones del patrón y de los representantes de los empleados, en cuanto a celebrar reuniones en los momentos oportunos y conferenciar de buena fe acerca de los salarios, tiempo de trabajo y otros aspectos y condiciones del empleo, o acerca de la negociación de cualquier convenio o de cualquier problema que pudiese surgir del mismo" (Ley de Relaciones Obrero-patronales, 1947).

Hablar de las enfermeras profesionales y de la negociación colectiva, significa hablar de la ANE, que se fundó en 1896 como una asociación profesional y representa sólo a las enfermeras profesionales. Si bien los miembros de la ANE sólo constituyen el 30% 200.000 de todas las enfermeras empleadas, entre las demás organizaciones de enfermería no existe una verdadera oposición hacia a la ANE. Esta es la única organización importante que representa a las enfermeras en todos sus problemas profesionales y laborales (Flanagan, 1976).

A fines del decenio de 1930, cuando la organización laboral recibió un gran impulso, los sindicatos trataron de organizar a las enfermeras, pero la ANE se opuso, afirmando que no era "profesional". No obstante, desde cuando dio su apoyo a la negociación colectiva llamándola "seguridad económica", en 1940 la ANE no ha hecho ninguna distinción entre sus funciones como asociación profesional y como institución económica (Kleingartner, 1967).

Hoy en día, la ANE no considera que exista ningún conflicto entre el código de ética de la profesión de enfermería y la negociación colectiva; en realidad, estima que ésta última es un imperativo ético para ayudar a la enfermería a alcanzar una posición verdaderamente profesional.

La ANE por sí misma no realiza ninguna negociación; esta responsabilidad le corresponde a las filiales estatales (las asociaciones estatales de enfermeras). Todas las AEE han adoptado programas de negociación colectiva que siguen, los lineamientos establecidos por la ANE; los programas incluyen acciones para lograr que dichas asociaciones obtengan reconocimiento como agentes exclusivos de negociación y de negociar convenios por escrito con los patrones; algunas han tenido más éxito que otras a causa de las condiciones políticas, legales y sociales de cada estado. Por ejemplo, la Asociación de Enfermeras de California (AEC) ha logrado una serie de beneficios para las enfermeras de California.*

Evolución política y social de la ANE y de sus filiales estatales

Desde principios de siglo, la ANE ha hecho recomendaciones sobre las políticas que gobiernan al personal de enfermería y a la prestación de los servicios de enfermería; sin embargo, todas las medidas tomadas para mejorar las condiciones de trabajo, excepto la campaña realizada en 1934 para conseguir la jornada laboral de ocho horas, tuvieron poco éxito. En el mundo cotidiano del trabajo, las enfermeras tenían poca o ninguna oportunidad de participar en la determinación de sus condiciones de trabajo.

En el decenio de 1930, con la reducción del número de candidatos a ingresar en la profesión de enfermería y el número cada vez mayor de enfermeras diplomadas que aban-

*La información acerca del Programa de Seguridad Económica de la ANE se obtuvo de las publicaciones disponibles y de tres entrevistas personales, celebradas con el personal de la AEC por Beverly Henry-Nicora, estudiante de doctorado, Programas de Administración Pública de la Universidad del Sur de California, 1979

donaban la profesión, la asociación se ocupó de estudiar las siguientes cuestiones fundamentales:

1. ¿La negociación colectiva es compatible con la ética profesional?
2. ¿Quién debe controlar la negociación colectiva, las sociedades profesionales o los sindicatos?

Al tratar de resolver estos problemas, el Consejo de Directores de la ANE publicó las siguientes pautas:

Las asociaciones estatales de enfermeras (AEE) deben hacer que las asociaciones distritales de enfermeras cobren mayor conciencia de su capacidad y asuman la responsabilidad de los estándares de la atención de enfermería y las condiciones laborales de las enfermeras, en especial en cuanto éstas últimas se relacionan con las horas de trabajo y las escalas de salarios (Flanagan, 1976)

No obstante, fuera de estas pautas no existía ningún consenso acerca de las acciones colectivas; por lo tanto, los hospitales, que son los patrones más importantes de las enfermeras, tendieron a ignorar las recomendaciones de las AEE respecto a los salarios y prestaciones sociales de las enfermeras.

Sin embargo, los controles de precios y salarios que se establecieron durante la Segunda Guerra Mundial, indujeron a las enfermeras a organizarse para obtener prestaciones económicas. Los hospitales, que cada vez estaban más controlados por las asociaciones estatales de hospitales que comenzaron a surgir durante esa época, no pudieron seguir ignorando los niveles de salario que correspondían a las enfermeras, que también recibieron el apoyo de la política nacional de salarios. En 1943, la filial californiana de la ANE solicitó con éxito la liberación de los controles de salarios al Consejo Nacional del Trabajo en Tiempo de Guerra. A continuación, la unidad de California comenzó a dedicarse a la negociación colectiva, y en 1946 firmó el primer convenio con los hospitales del área de la Bahía de San Francisco.

En 1946, la convención de la ANE adoptó por unanimidad un Programa de Seguridad

Económica, que respaldaba la negociación colectiva; además, se adoptaron las siguientes declaraciones en cuanto a la posición de la ANE.

La Asociación Norteamericana de Enfermeras considera que las distintas asociaciones estatales y distritales están calificadas y deben actuar como representantes exclusivos de sus miembros respectivos en los problemas relacionados con la seguridad económica y la negociación colectiva. Se les pide a todas las asociaciones estatales y distritales que pongan en práctica este programa rápida y enérgicamente (Flanagan, 1976).

A partir de entonces, la política de acciones colectivas de la ANE ha experimentado, como lo demuestran las actividades que se mencionan a continuación, cambios drásticos.

Una resolución aprobada en 1948, reconoció el conflicto de intereses que existía entre las enfermeras y los hospitales que las contrataban, y recomendó a las asociaciones estatales que no participaran en programas mixtos de seguridad económica con las asociaciones estatales de hospitales.

En 1950, la ANE adoptó una política de no huelgas. Asimismo, en 1950, la ANE adoptó una política de neutralidad que sostenía que "Las enfermeras deben adoptar una posición totalmente neutral en cuanto se refiere a las relaciones obrero-patronales que existen entre sus patrones y los empleados que no son enfermeras" (Spectrum-Practice, 1975-1977).

En 1959, una declaración de política de la ANE recomendó a las enfermeras no convertirse en esquirolas.

Para 1966, 15 asociaciones estatales habían desconocido la política de no huelgas o habían aprobado el empleo de renunciaciones en masa. A fines de 1966, 15 AEE informaron un total de 121 convenios, celebrados entre 17 000 enfermeras y 295 patrones (Professional Workers and Collective Bargaining, 1977).

En junio de 1966, el Comité de la ANE para el Bienestar Económico y General (BEG) informó al Colegio de Delegados de la ANE que:

la profesión de enfermería tiene muy poco control sobre la forma como se fijan y conceden en realidad los salarios, y sólo ejerce un control limitado sobre el nivel de preparación que deben tener los individuos para poder ser contratados y desempeñar un nivel determinado de funciones y responsabilidades de enfermería (Flanagan)

En aquel entonces, el salario medio de una enfermera era de 4.700 dólares; las secretarias y las maestras ganaban un promedio de 5.300 y 6.700 dólares respectivamente. El comité propuso que los salarios de las enfermeras debían reflejar el valor de los servicios que prestaban a la sociedad, la inversión que habían realizado en su educación y una asignación semejante a la de otras profesiones y ocupaciones. El informe del comité proponía la adopción de una meta nacional de salario de 6 500 dólares para las enfermeras diplomadas que ejercieran la profesión y la creación de la Comisión de Bienestar Económico y General (BEG) (Kleingartner, 1967)

Durante los años de 1966 a 1968, se registraron a nivel nacional importantes incrementos salariales para las enfermeras. En el otoño de 1967, los salarios iniciales en los hospitales federales era, en promedio, de 6.100 dólares. A principios de 1968, los salarios iniciales en Nueva York y San Francisco promediaban 7 200 dólares; en otras comunidades, los salarios alcanzaban o eran superiores a 6.500 dólares

En 1968, el Colegio de Delegados aprobó un salario inicial mínimo de 7.500 dólares, un 15,5% por encima del mínimo de 1966.

Durante 1967 y 1968, la Comisión estudió las propuestas de la ANE respecto a la seguridad económica de las enfermeras y llegó a las siguientes conclusiones:

Una combinación única de circunstancias ha creado un clima favorable para la expansión de los programas BEG de la Asociación de Enfermeras: el hecho de que la medicina haya despertado en el público un gran interés por la atención de la salud; la adopción del salario nacional propuesto, que ha llamado la atención del público sobre las necesidades económicas de la profesión, y los importantes incrementos salariales que

obtuvieron las enfermeras en Nueva York y San Francisco, demuestra la eficacia de las acciones colectivas de las enfermeras en todo el país. A medida que un número cada vez mayor de enfermeras recurra a las asociaciones profesionales a fin de obtener apoyo en las cuestiones de seguridad económica, se tornarán más evidentes las necesidades de los constituyentes estatales en cuanto a la ayuda directa e inmediata (Flanagan, 1976)

En consecuencia, la Comisión recomendó un nuevo enfoque para el programa de Seguridad Económica de la Asociación: que se asignará más personal a proyectos específicos en distintas partes del país, donde las AEE solicitaron ayuda para poner en práctica sus programas de BEG, y que el financiamiento de estos proyectos se dividiera entre la ANE y las AEE. En especial, se ofreció ayuda para preparar informes, elaborar programas educativos, realizar talleres, brindar asesoramiento sobre la legislación de la negociación colectiva y reclutar nuevos miembros.

En 1968, el Consejo de Directores de la ANE aprobó el financiamiento de 18 representantes de campo y amplió el programa BEG, con el fin de alcanzar dos objetivos: (1) un status laboral de las enfermeras que estuviera en consonancia con su preparación y competencia, y (2) la participación activa de las enfermeras en la determinación de las condiciones laborales en las cuales tienen que trabajar, utilizando para ello las acciones colectivas.

En el mismo año, el Colegio de Delegados de la ANE abandonó su política nacional de no huelgas, dejando a las asociaciones estatales la tarea de formular políticas que satisficieran las necesidades de sus miembros. En 1970, también decidió abandonar su política de neutralidad.

En 1973, la ANE anunció que destinaría fuertes recursos económicos para ayudar a las 52 AEE a intensificar las actividades de negociación colectiva en las instituciones de atención de salud y en 1974, cuando se aprobaron las Enmiendas de Atención de la Salud a la Ley Taft-Hartley, la asociación inició una campaña agresiva para ayudar a

las AEE a organizar a las 800.000 enfermeras diplomadas activas del país, con el objeto de que iniciaran acciones profesionales colectivas.

En la convención de 1974, la ANE aprobó una resolución de emergencia en apoyo de 4.000 enfermeras de San Francisco, que habían declarado la huelga justo antes de la reunión (*Professional Workers and Collective Bargaining*, 1977).

En 1977, una encuesta nacional de salarios reveló que (1) en los tres años anteriores, los salarios habían aumentado entre un 25 y un 30%; (2) los salarios eran más altos en la Costa Este y en la Costa Oeste; (3) las enfermeras de San Francisco tenían el poder adquisitivo más alto después de ajustar los salarios al costo regional de la vida, y San Francisco tenía el mayor número de enfermeras en cualquiera de las áreas (10.000) incluidas en los convenios de la AEC; (4) las enfermeras que trabajan en hospitales de gran tamaño (más de 250 camas), ganan entre un 30 y 45% más que las enfermeras que pertenecen a algún sindicato ganan en promedio un 17% más que las enfermeras no sindicalizadas (*Spectrum-Practice*, 1975-1977).

CONCLUSIONES

La ANE, que en un principio fue una asociación profesional, en la actualidad se puede describir correctamente como un sindicato profesional; resolvió el problema, planteado hace 50 años, de la compatibilidad de la negociación colectiva con la ética profesional y con el control profesional de la negociación, en función de la calidad de la atención que se brinda a los pacientes, mediante el mejoramiento de las condiciones laborales de las enfermeras profesionales.

Los factores más importantes que han generado cambios y que han propiciado la resolución de los problemas de la ética y del control, han sido: (1) competencia con los sindicatos no profesionales; (2) condiciones económicas y sociales ventajosas; (3) cambios en las actitudes de los miembros; (4) un ambiente legislativo propicio, y (5) el deseo de la asociación profesional de evaluar

constantemente su función y metas, es decir, de reorganizarse en un medio social, político y económico en constante cambio (Werther, 1977).

Es preciso observar que gran parte de lo que lograron las asociaciones de enfermeras antes de 1974 en relación con la negociación colectiva, se hizo antes de que se adoptaran las disposiciones legales que favorecían la sindicalización de las instituciones de atención de la salud, las cuales constituyen el tema de la siguiente sección.

Sistemas legales estatales y federales y sus repercusiones en la negociación colectiva por parte de las enfermeras

Pocos grupos profesionales están tan fragmentados como el de las enfermeras en lo que respecta a la diversidad de patrones privados y públicos y a las leyes pertinentes de negociación colectiva. La Asociación Norteamericana de Hospitales (ANH), está constituida por cerca de 8.000 hospitales; de éstos, la mitad son hospitales privados sin ánimo de lucro, 2.000 corresponden a instituciones estatales o locales, 1.500 son privados y 500 son federales (Pointer, 1975). Además de trabajar en los hospitales, las enfermeras lo hacen en organismos públicos de salud y en las industrias; sin embargo, como la mayoría (80%) de las enfermeras profesionales están empleadas en hospitales, en este estudio nos referiremos a este grupo.

Las Enmiendas de Atención de la Salud (PL 93-360) a la Ley Taft-Hartley (LTH) efectuadas en 1974, que autorizaban la negociación colectiva en los hospitales privados sin ánimo de lucro, tuvieron un efecto sumamente importante en el grupo más grande de enfermeras, o sea en quienes trabajan en hospitales comunitarios sin ánimo de lucro. (Enmiendas a la Ley Taft-Hartley, 1976). A continuación presentamos un breve análisis de los acontecimientos que hicieron posible dichas enmiendas.

La Ley Wagner (1935) incluía en un principio a los hospitales y a las industrias que afectaban el comercio interestatal; no obs-

tante, en 1947, cuando el Congreso promulgó la LTH, enmendó el término "patrón" de la Ley Wagner, para exceptuar a los hospitales no lucrativos. Antes de su aprobación, esta enmienda, respaldada por la ANH, sólo fue discutida superficialmente por el Congreso (Enmiendas Taft-Hartley. 1976).

Entre la promulgación de la LTH en 1947 y la aprobación de la PL 93-360 en 1974, las organizaciones de atención de la salud estuvieron sujetas a una estructura legal federal fragmentada y cambiante, que fijaba orientaciones. En un principio, prácticamente todo el ramo de los hospitales quedó excluido de la ley; en California, donde no existía ninguna ley sobre las relaciones laborales, la opinión legal hasta 1970 fue que los hospitales no tenían porqué reconocer ni aceptar la negociación con las enfermeras, pero que podían hacerlo si tal era su deseo. Empero, a medida que aumentó la actividad sindical en los decenios de 1950 y 1960, se modificó la política del derecho laboral con el fin de que se adaptara a las cambiantes circunstancias sociales. Los hospitales y clínicas privados, pasaron a estar bajo la jurisdicción de la Asociación Nacional de Relaciones Laborales (ANRL) y recibieron algunas directrices. La promulgación de diversos decretos del poder ejecutivo (EO 10988 y 11491 enmendados) sometió a los hospitales del gobierno federal a un control más estricto en lo que respecta a las relaciones laborales (Werther, 1977). Gracias a la promulgación de la Ley Meyers-Milias-Brown (MMB) en 1969, se les otorgaron a los empleados de California derechos de negociación colectiva.

Sin embargo, durante los decenios de 1950 y 1960, el principal objetivo legislativo de la ANE fue lograr que en la LTH se volviera a incluir a los hospitales sin ánimo de lucro, a fin de poder institucionalizar la negociación colectiva. Si bien esto se logró en 1974, los problemas que afrontaron las asociaciones de enfermeras antes de ese momento, continúan hasta el presente aunque algo atenuados; dichos problemas incluyen:

1. La oposición constante de la mayor parte de los hospitales a todas las formas importantes de negociación con las enfermeras, lo cual constituye el obstáculo individual más importante para poner en práctica el Programa de Seguridad Económica de la ANE.
2. La apatía y falta de exigencias económicas por parte de muchas enfermeras. A pesar del gran auge que tuvieron las acciones colectivas durante el decenio de 1970, muchas enfermeras no están dispuestas a hacer nada positivo para fomentar la negociación colectiva, tal parece que se opusieron a la negociación colectiva y que no estuvieran dispuestas a tratar de entender lo que significa. Las mujeres, en especial las esposas y madres de la clase media, no son buen material para la negociación colectiva, las actividades sindicales requieren una mayor dedicación de tiempo y esfuerzo, que ellas no están dispuestas a dar, en especial frente a la amenaza que plantean los hospitales respecto a la seguridad de sus empleos.
3. La carencia de recursos económicos suficientes. Los funcionarios de la AEC están convencidos de que las enfermeras que trabajan a nivel local sólo se movilizarán si se cuenta con los fondos necesarios y con el deseo de ir a la huelga.
4. La debilidad de la organización de la ANE y de la AEC. La práctica de las filiales estatales de no intervenir en una situación local hasta estar seguras de que existe interés y deseo de apoyar un programa de negociación colectiva, ha constituido un problema de gran importancia. Las AEE no perciben la función vital del "organizador", cuyo valor se ha demostrado ampliamente en el sindicalismo tradicional.
5. La negociación colectiva sólo como una parte del programa BEG de la ANE. Los miembros y funcionarios de la AEC consideran que la proliferación de estrategias y tácticas, ha disminuido los recursos de la organización y ha hecho que muchas enfermeras no estén seguras de lo que están tratando de lograr la ANE y la AEC (Henry-Nicora, 1978a y b, Spectrum-Practice, 1975-1977).

Otros aspectos legislativos que han tenido implicaciones importantes en la negociación colectiva, incluyen en primer lugar la Ley de Reforma a las Pensiones (ERISA), que constituyó el primer paso hacia la creación del programa de cuentas de jubilación individual, según el cual es posible entrar en posesión inmediata de los aportes jubilato-

rios. En 1977, la AEC* dio un gran paso adelante al negociar el programa de cuentas para la jubilación individual pagada por el patrón, primero de ese tipo en el país. Este logro, coronó diez años de esfuerzos por obtener prestaciones jubilatorias para las enfermeras del estado y en el futuro sin duda formará parte de las negociaciones (Smith, Russell y Clark, 1974)

En segundo lugar, la Ley Dills de 1978 enmienda la Ley MMB de California que cubre a todos los empleados de servicio civil del estado. El aspecto más importante es que obliga a los patrones a reunirse y conferenciar, contempla la representación de unidades independientes de profesionales, excluye a los supervisores de la representación y garantiza reconocimiento exclusivo.

En tercer lugar, la Propuesta de Ley Jarvis-Gann disminuye la cantidad de ingresos que los municipios pueden reunir por medio de impuestos sobre los bienes. Si bien resulta difícil predecir el efecto exacto de esta propuesta de ley, existe la posibilidad de que se reduzcan drásticamente los servicios de salud suministrados por el gobierno. En caso de que se produzcan las reducciones esperadas, la AEC tendrá que mostrar su sensibilidad frente al problema de la reducción del gasto público destinado a la atención de la salud.

El cuarto acto legislativo que es especialmente importante para la determinación de las unidades y las negociaciones de la Asociación de Enfermeras de California, es la Ley de Enfermeras Practicantes de 1974, la cual establece estándares para la práctica de la enfermería y define la función de la "enfermera practicante"

Por último, la Ley de Derechos Civiles de 1964, ha desempeñado un papel de vital importancia en las prácticas de contratación de personas pertenecientes a alguna minoría, la promoción de enfermeras a altos puestos

administrativos en los hospitales, prestaciones de incapacidad por embarazo y problemas relacionados con el mismo, y violaciones a las políticas establecidas en el Título VII, que exigen que las empleadas casadas utilicen el apellido del marido.

Asociación de Enfermeras de California

DETERMINACION DE UNIDADES: PATRONES, TENDENCIAS Y PROBLEMAS EN ENFERMERIA

Unidades convenientes. En los dos últimos años, se han suscitado en California varios problemas por la determinación de unidades y de reglamentaciones, que tal vez tengan una repercusión importante en las enfermeras y organismos de todo el país

Poco después de la promulgación de las Enmiendas de Atención de la Salud de la LTH en 1974, se puso en entredicho el derecho de las enfermeras diplomadas (ED) a negociar como una unidad independiente en el caso decidido por el Consejo Nacional de Relaciones Laborales (CNRL), *el Hospital Mercy de Sacramento*. El consejo encontró que había por lo menos dos unidades convenientes de profesionales, una para las enfermeras diplomadas y la otra para todos los demás profesionales. Cuando se llegó a la decisión de que las ED tenían derecho a una posición de representación independiente, la AEC y la ANE, a través del CNRL, hicieron hincapié en los siguientes factores importantes:

- 1 La responsabilidad que tienen las enfermeras respecto a los pacientes durante las 24 horas del día
- 2 Los requisitos que exige la Comisión Mixta para el Reconocimiento de Hospitales (CMRH), en cuanto a los servicios de enfermería
3. Los requisitos de acreditación que deben cumplir las enfermeras
- 4 Los antecedentes particulares de la representación de las enfermeras (ED) (Pepe, 1977)

El propósito de las Enmiendas de Atención de la Salud de la LTH, consistía en evitar la proliferación excesiva de unidades de ne-

*Los estudios de casos realizados por la ANE, revelan que algunos estados, como Nueva York, California y Michigan, establecen tendencias bajo la dirección de sus presidentes estatales. Tres de los cinco ejemplos que se incluyen corresponden a California

gociación en el ámbito de la atención de la salud. Utilizando el argumento del propósito legislativo, los hospitales sostuvieron que hubiera sido más conveniente que el CNRL analizara el caso en términos de la integración de funciones y los intereses comunes; más específicamente, propusieron que sólo se dependiera del expediente del caso de los Hospitales Mercy para determinar las representaciones independientes y que los requisitos de atención de los pacientes, de acreditación y de la CMRH se aplicaran igualmente a otros profesionales en el campo de la atención de la salud. Además, afirmaron que el fallo emitido respecto al caso de los Hospitales Mercy, produciría la proliferación de un sinnúmero de pequeñas unidades, en especial en los hospitales pequeños (Emanuel, 1976).

El resultado del fallo emitido en el caso de los Hospitales Mercy, ha sido confirmado el derecho que tienen las enfermeras (ED) de conservar su identidad independiente entre los profesionales de atención de la salud, organizándose y negociando como una unidad autónoma si así lo desean. La Ley Dills y la Ley MMB confirman este derecho en el estado de California y a nivel local respectivamente. Empero, estos fallos les permiten a las ED, cuando lo estimen adecuado y conveniente, unirse a otros profesionales de atención de la salud en una unidad de negociación más amplia.

Unidades de varios patrones y convenios con diversas unidades. La AEC ha celebrado convenios con 75 hospitales sin ánimo de lucro y con 15 hospitales de condado y de distrito, *ninguno con organismos federales*, de estos hospitales, 49 instituciones públicas y privadas forman parte de cuatro convenios patrón, entre las cuales cabe mencionar al Grupo de Hospitales Santa Clara (4), los Hospitales Asociados del Este de la Bahía (8), los Hospitales Afiliados de San Francisco (8) y los Hospitales y Clínicas Kaiser del Norte de California (29). En el Sur de California no existen unidades de varios patrones (Henry-Nicora, 1978a y b).

Hoy en día, la AEC sólo representa a las enfermeras diplomadas (ED). En el pasado

consideró con inquietud la mezcla de los intereses de las ED con los de otros profesionales; sin embargo, los líderes de enfermería reconocen que, en el futuro, las organizaciones dedicadas a una sola profesión tendrán que pensar en adoptar estructuras multiprofesionales de organización, de acuerdo con los planteamientos más tradicionales de los sindicatos. La ANE se verá obligada a recorrer un largo camino a fin de resolver este problema en el complejo tira y afloja del medio social, político y económico de nuestros días.

Inclusión de los supervisores. Todas las enfermeras (ED), sin importar si ocupan o no puestos de supervisión, pueden ingresar como miembros de la ANE. Los hospitales han insistido en que no se incluya al personal de supervisión en la misma unidad del personal que no sea de esta categoría; aún no se ha resuelto el problema de quién es supervisor y su inclusión en el sindicato o en una unidad independiente si la ANE representa a las dos categorías. No obstante, el CNRL ha establecido algunas pautas para determinar el grado de autoridad de supervisión, y el *Caso del Hospital Newton-Wellesley*, 1975, que definió y excluyó a los supervisores, ha sentado un precedente. La Ley Dills excluye a los supervisores que trabajan en instituciones estatales; asimismo, la Ley MMB estipula que quienes ocupan estos cargos cuenten con una unidad independiente de representación. Desde el fallo del CNRL en 1975 sobre el caso del Consejo de Administradores del Hospital Nobel, por lo general a las enfermeras jefes no se les considera "supervisoras" (DeMarko, 1978).

La AEC como representante legítimo en la negociación colectiva. Otro caso del CNRL en California que continúa repitiéndose en todo el estado, la última vez en el Hospital St. John de Santa Mónica, se refiere a la negativa de los Hospitales a aceptar que las ED tienen derecho a que las presente la AEC. Las ED del Hospital Sierra Vista en San Luis Obispo, en una votación secreta efectuada por el CNRL, eligieron a la AEC como su representante para las negocia-

ciones. La administración del hospital trató de negar la aprobación de la AEC como representante en las negociaciones, argumentando que dicha asociación estaba "dominada por la administración". El CNRL falló a favor de la AEC como representante legítimo en las negociaciones, afirmando que la AEC "ha delegado efectivamente su autoridad para realizar negociaciones colectivas en una unidad autónoma local de enfermeras diplomadas que no ocupan puestos de supervisión" (imagen de la práctica, 1975-1977)

El fallo del CNRL a favor de la AEC, no ha impedido que los hospitales sigan tratando de negar dicha aprobación. El caso se encuentra ahora en manos del Tribunal de Apelaciones y la AEC considera que se trata de una táctica del hospital para retrasar el asunto.

Rivalidad de los sindicatos. Algunos sindicatos agresivos y con suficientes recursos económicos, se han hecho cargo de diferentes grupos del Sur de California; por ejemplo, más de 3.200 (ED) enfermeras diplomadas que trabajan para el Condado de los Angeles, votaron en 1974 para quitar a la AEC su representación en el Sindicato Internacional de Patrones Públicos (SIPP), Sección 399, y este acuerdo continúa hasta la fecha.

La AEC representa a 90 hospitales y demás instituciones, sólo diez de los cuales se encuentran en el Sur de California. De los 17.000 miembros de la AEC, 12.000 están contratados y el 98% trabaja en hospitales. Las seis grandes campañas de organización que se han llevado a cabo en el Sur de California durante los últimos cinco años, han tenido muy poco éxito; dos de ellas se perdieron en favor de otros sindicatos; tres se perdieron cuando las enfermeras decidieron no unirse a ningún sindicato. El principal rival de la AEC es la Asociación de Enfermeras Unidas de California (AEUC), que cuenta con 3.000 miembros (Henry-Nicora, 1978b).

Si bien los administradores de hospitales de California consideran que es inevitable la adopción de actitudes de colectivización por la mayoría de las enfermeras, (Yett,

1966), la AEC tiene mucho trabajo que realizar todavía, tanto económica como estratégicamente, si desea convertirse en el principal representante de las enfermeras profesionales. Asimismo, es preciso que estudie con cuidado la organización de unidades, a fin de que pueda dar la debida atención a los derechos individuales, a los intereses comunes, a las relaciones históricas, a la eficiencia, la eficacia y a las estructuras de clasificación.

NEGOCIACION DE CONVENIOS: ALCANCE Y PROCESO

En lugar de limitarse a ampliar las disposiciones del CNRL, con las enmiendas efectuadas en 1974, el Congreso promulgó disposiciones especiales para las instituciones de atención de salud, incluyendo un período mayor de notificación para las renovaciones de contratos, la función obligatoria de mediación del Servicio Federal de Conciliación y Arbitraje (SFCA), un procedimiento de Consejo de Investigación (CDI) y la notificación con diez días de anticipación de las huelgas que se pensaran realizar (Farkas, 1978, *Treatment for Labor Peace*, 1975)

El SFCA designa al CDI a fin de que recopile todos los hechos pertinentes en un intento por evitar las huelgas. La descripción de los aspectos negociables de los que se encarga normalmente el Consejo y que se relacionan con la AEC, permite conocer algunos de los problemas más controvertidos que surgen durante las negociaciones (Scearse, 1976).

Una de las principales tácticas para evadir la situación que emplean los hospitales es la incapacidad de pagar, es decir, las instituciones sostienen que, antes que aumentar los salarios, dejarán de funcionar o se declararán en quiebra. Las recomendaciones del Consejo varían desde ampliar el contrato por un período corto de tiempo, hasta indicar que sus proposiciones no deben ser un caso imprevisto en relación con la posición financiera declarada del patrón. En el Sur de California, la AEC se opone al aumento de camas y hospitales innecesarios

(un 100% más de las necesidades estimadas) y por lo tanto ve con muy malos ojos esos argumentos empleados por las instituciones.

Otro de los problemas más importantes, respecto al cual se ha pedido al Consejo que emita una opinión, son aquellos asuntos de comparabilidad y equidad que surgen de los enormes aumentos de costos determinadas por las normas que establecen los hospitales.

Las decisiones del Consejo se derivan de la información presentada por las partes y de las prácticas predominantes en el campo de la atención de la salud. Por ejemplo, en otras industrias por lo general son más altos los pagos diferenciales para quienes trabajan en el tercer turno; en el campo de la atención de la salud, el pago adicional para el segundo y tercer turno es igual. Otro problema frecuente es el del trabajo en fin de semana; en casi todos los casos, el sindicato exige que se alterne un fin de semana libre con otro de trabajo, pero los patrones objetan que esto limita la flexibilidad del horario. Por lo general, el Consejo recomienda utilizar un dialogo que permita a los empleados tener días libres cuando sea posible. Todavía es para las enfermeras un problema importante el de los salarios y las prestaciones, incluyendo los fondos especiales para jubilaciones, salud y bienestar. En las economías inflacionarias, otro problema que se menciona con frecuencia es la duración del contrato, el cual es por lo general de dos años en el campo de la atención de salud.

Los problemas que la AEC presenta a los consejos dependen en parte de la complejidad de la unidad que participe en el convenio. Las unidades más antiguas de California sacan a relucir cada vez con mayor frecuencia el problema de la calidad de la atención que se brinda a los pacientes, un problema que es de suma prioridad para las enfermeras, puesto que la calidad de la atención se superpone con cuestiones tales como los patrones de dotación de personal y los requisitos de horario de trabajo, los cuales normalmente se contemplan en la Cláusula de Derechos de la Administración. A partir del importante Convenio del Condado de Santa Clara, celebrado en 1974, un

número cada vez mayor de disposiciones contractuales exigen el establecimiento de Comités de Desempeño Profesional (CDP); se trata de comités bilaterales de asesoría, constituidos por enfermeras de sala y administradores de enfermería, cuyo propósito consiste en definir los estándares del desempeño y las necesidades de atención de enfermería.

Otro problema que plantean con frecuencia las enfermeras profesionales, es la necesidad de contar con el tiempo necesario para asistir cursos de capacitación y actualización, así como a reuniones profesionales.

Autoridad para celebrar negociaciones. En el proceso de negociación de la AEC, el representante laboral de la AEC actúa como portavoz; el equipo de negociación, integrado por miembros de la unidad elegidos para tal fin, posee la autoridad necesaria para aceptar o rechazar un acuerdo preliminar. La ratificación oficial comprende la presentación del acuerdo preliminar y una votación secreta con papeletas; la aprobación del acuerdo requiere como mínimo el 50% de los votos (Henry-Nicora, 1978a).

Preparación previa a la negociación. Antes de celebrar las negociaciones, la AEC establece las prioridades y prepara su posición de negociación; el equipo de negociación toma las decisiones finales, después de recopilar la información pertinente y de recibir el asesoramiento de los especialistas de la AEC.

Estructura del equipo en la negociación con hospitales. Por lo general, el portavoz de los hospitales es un representante legal o el director de personal, aunque en algunas ocasiones el director de enfermería desempeña esta función; no obstante, el administrador del hospital es quien toma las decisiones finales. La AEC considera que mientras el administrador del hospital rehúse participar en las negociaciones, será imposible lograr que la toma de decisiones sea verdaderamente cooperativa.

Función de terceras partes. La mayoría de las veces, los representantes legales y los asesores de la administración, participan como terceras partes en las negociaciones.

Los consejos de los hospitales, aunque guarden silencio, influyen en gran medida en el proceso (Henry-Nicora, 1978b).

Tácticas. Según la AEC, la táctica en la que más confía la administración es la intimidación. Las grandes instituciones lucrativas están más dispuestas a aceptar la huelga, o cualquier otra medida laboral, que los hospitales sin ánimo de lucro. Asimismo, se estima que se ejerce normalmente una gran presión sobre el director de enfermería.

Las tácticas que emplea la AEC con mayor frecuencia incluyen la amenaza de huelga, el contacto directo con los miembros del consejo (más común en el sector público), el uso de los medios masivos de comunicación para influir en la opinión pública, la distribución de panfletos y los contactos con otros sindicatos. En opinión de la AEC, (Henry-Nicora, 1978a y b), la reducción del ritmo de trabajo es sencillamente imposible, opinión que ponemos en duda. Sólo se utiliza ocasionalmente la acumulación de motivos de queja, que se define como la presentación abundante de protestas, a fin de dar más peso al motivo de queja y avergonzar o presionar a la administración.

Convenios importantes celebrados por la AEC entre 1976 y 1978

1. Las (ED) enfermeras diplomadas de las instituciones de atención de la salud del Condado de San Mateo, ratificaron un memorándum de convención colectiva (MDC) de dos años de duración, con un acuerdo por el costo de la vida (ACDV), que incluye cláusulas de escala móvil y una compensación extra para las enfermeras de sala que hagan remplacements de enfermera jefe, dicha compensación comenzará a contar el primer día, siempre y cuando se trabajen dos o más días como enfermera jefe.
2. La AEC negoció con éxito el primer MDC con el Condado de Fresno, derrotando al SIPP en una elección de no acreditación. El MDC exige una deducción de la nómina para la AEC, una contribución del 22% para el seguro de salud por parte del condado, que cuatro ED trabajen en el comité de negociación de la AEC sin que dejen de percibir su salario y el derecho a las objeciones de conciencia en cuanto a participar en abortos terapéuticos.
3. El Hospital del Distrito de Hemet y la AEC

celebraron un convenio de tres años, que contempla un incremento global del 10% dicho convenio estipula que se efectuarán ajustes anuales a los salarios, la creación de una tienda de la institución, el derecho de ir a la huelga y a colocar piquetes. Asimismo, se negoció un análisis imparcial de la situación financiera del hospital y la creación de un método para identificar las necesidades de enfermería de los pacientes de acuerdo con la gravedad de la enfermedad

4. Las enfermeras diplomadas del Hospital Península hicieron a un lado los problemas económicos para concentrarse en los aspectos profesionales; lo anterior dio por resultado el establecimiento de un equipo profesional, encargado de resolver los problemas relacionados con el desempeño profesional. Las partes convinieron sustituir la cláusula tradicional de Derechos de la Administración por una cláusula de Derechos y Responsabilidades Mutuos. Esta terminología aunque reconoce la responsabilidad y autoridad de la administración para dirigir, también acepta la responsabilidad que tienen las enfermeras para con sus pacientes y sus licencias (*California Nurse*, 1976, 1977, 1978).

Conclusiones. En las etapas iniciales de las negociaciones en las que las partes es decir, las enfermeras y los administradores deben compartir la responsabilidad, aún no se han establecido las relaciones en las cuales ambas partes se sientan seguras (DeMarko, 1978). La inseguridad es por lo general la característica de las negociaciones entre la AEC y los patrones, y se refleja en la cantidad de problemas que se presenta al CDI para que los investigue. No obstante, estamos presenciando el surgimiento de un refinamiento en ambos lados de la mesa de negociaciones, así como de métodos de integración y actitudes de colaboración; un buen ejemplo es la cláusula de Derechos y Responsabilidades Mutuos, que se acordó en el Convenio del Hospital Península.

ADMINISTRACION DE LOS CONVENIOS Y RESOLUCION DE CONFLICTOS

La administración de los convenios (su cumplimiento e interpretación), constituye la tercera etapa de las relaciones obrero-patronales. Sólo puede ser satisfactoria si la

administración y el sindicato se comunican e idealmente, consultan a las personas indicadas y suministran capacitación colectiva a los administradores y supervisores, a fin de que puedan cumplir satisfactoriamente las disposiciones consignadas en los convenios.

Lamentablemente, en las organizaciones de atención de salud la comunicación deja mucho que desear; tanto en el sector privado como en el público, en especial a nivel estatal o local, la relación más común no es de colaboración, sino de confrontación y renuencia a la cooperación.

El procedimiento de las quejas. El hecho de emprender acciones colectivas en una organización, no cambia radicalmente el ambiente de trabajo. La innovación más importante es que los empleados se pueden efectivamente protestar frente a aquellas decisiones tomadas por la administración que presuntamente violen el convenio; por lo general esto se hace a través del procedimiento de quejas negociadas, que se encuentra actualmente en todos los contratos celebrados por la AEC. Se estima que este sistema de jurisprudencia industrial constituye uno de los avances más importantes del derecho laboral (Smith, Edwards y Clark, 1974).

Cuando una de las partes no se guía por las disposiciones del convenio ni por prácticas aceptadas, cualquiera de las partes puede presentar una queja. En las organizaciones de atención de salud, el procedimiento de quejas negociables, enunciado con palabras sencillas, por lo general comprende desde el análisis de la información hasta la notificación por escrito al supervisor, quien la transmite por escrito al director de enfermería, al representante de la AEC y al presidente del comité de quejas, y posteriormente a los comités de arbitraje o investigación pertenecientes a organismos gubernamentales o a un comité de arbitraje del sector privado (Beletz, 1977).

Acciones laborales. Antes de que se pueda declarar una huelga en cualquier institución de salud, la organización laboral tiene la obligación de notificar por escrito al patrón

y al SFCA por lo menos con diez días de anticipación, y especificar la fecha y la hora exacta en que se producirá la huelga. Después de recibir la notificación, el SFCA debe ofrecer el recurso inmediato de mediación; en un principio, el mediador determina si es necesaria la mediación en esta etapa de la negociación, examina el proceso, evalúa la probabilidad de que estalle una huelga, determina el efecto que ésta tendrá en la comunidad y, por último, recomienda si es preciso designar a un CDI, a fin de que recopile la información necesaria (*Treatment for Labor Peace*, 1975).

El Consejo de Relaciones de Empleados Públicos, constituye el medio de coacción de los empleados estatales; las distintas localidades se pueden regir mediante comisiones de relaciones laborales. Tanto la Ley Dills como la Ley MMB, contemplan la mediación y la investigación como procedimientos de último recurso.

A nivel nacional, entre 1960 y 1976 las enfermeras efectuaron 106 paros laborales y amenazaron con parar sus actividades por lo menos 65 veces. El primer paro registrado se produjo en 1962; no hubo ningún otro hasta 1965 y a partir de ese año comenzó a aumentar el número de incidentes, llegando a su punto máximo en 1967.

Antes de 1969, las manifestaciones fueron el tipo más común de paro laboral de las enfermeras (39%); las huelgas y renuncias masivas constituyeron el resto (61%), después de 1969, se produjo un incremento en el número de huelgas, quizá a causa de la mayor aceptación que tenían estas medidas entre el público y otros profesionales. La primera huelga importante que se llevó a cabo en el Sur de California, fue la huelga de las enfermeras del Hospital del Condado de los Angeles, que se efectuó en 1966 (Miller, 1977).

La mediación y la investigación se utilizan con más frecuencia que el arbitraje para resolver las dificultades insuperables. La mediación-arbitraje se ha utilizado sólo en unas cuantas ocasiones, de las cuales la más satisfactoria fue la negociación celebrada entre la AEC y los hospitales del área

de la Bahía de San Francisco en 1970-1971; los hospitales consideraron que la mediación-arbitraje era un proceso demasiado largo y, por lo tanto, en 1974 se volvió a utilizar la negociación colectiva tradicional, y terminó en una huelga de 5.000 enfermeras diplomadas, que duró tres semanas.

En 1978 se utilizó diez veces el arbitraje para resolver problemas de quejas y dificultades insuperables en los convenios celebrados por la AEC; los problemas se referían fundamentalmente a cuestiones profesionales, relacionadas con la definición de las necesidades de los pacientes y las emergencias (Henry-Nicora, 1978 b).

Conclusiones: el efecto de la negociación colectiva de las enfermeras de California

La negociación colectiva en California ha afectado las políticas y prácticas de los hospitales y de las asociaciones de enfermeras del estado. El Consejo de Hospitales del Sur de California, se opone firmemente a la negociación colectiva y dedica gran parte de sus recursos económicos y humanos a programas de mejoramiento administrativo. A causa de la promulgación de la Ley Dills y de la reacción de los hospitales privados al caso del Hospital Sierra Vista*, la AEC ha obtenido mayor financiamiento para ampliar sus campañas a las instituciones estatales, y en especial a los hospitales psiquiátricos. En muchas ocasiones, las enfermeras han llamado la atención del público acerca de las condiciones inadecuadas que imperan en estas instituciones; por lo tanto, la AEC espera recibir el apoyo del público en relación con sus campañas.

Quizá el efecto más importante que han tenido las acciones colectivas en enfermería

ha sido en el nivel del ejercicio de la profesión; California ocupa el primer lugar de la nación en la creación de nuevos y mejores métodos para suministrar atención de excelente calidad a los pacientes. Muchos de estos avances son el resultado de la negociación colectiva, ya que algunos elementos del ejercicio de la enfermería, empezando con la definición de estándares de atención y continuando hasta la evaluación, se han transformado en asuntos sobre los cuales se ha podido llegar a un acuerdo a través de la negociación.

En nuestra opinión, las actividades de negociación colectiva de las enfermeras profesionales, pueden ser de vital importancia para llegar a tener un sistema más adecuado de prestación de atención de salud. Resulta imposible esperar que el público, cada vez más preocupado por los precios estratosféricos de la atención en los hospitales, tolere que la ANH y la AMN dominen el campo en el futuro. Las enfermeras pueden realizar con la misma eficiencia, y con un costo mucho menor, gran parte del trabajo que efectúan los médicos. Se espera que las demandas de las enfermeras para obtener salarios y condiciones de trabajo justos, obligarán a resolver el problema de la responsabilidad fiscal y utilización conveniente de los recursos humanos en los hospitales, un derecho público que se ha venido retrasando durante mucho tiempo.

EDUCACION Y CAPACITACION DE LOS ADMINISTRADORES DE ENFERMERIA SOBRE NEGOCIACION COLECTIVA

La negociación es el proceso mediante el cual los patrones y las organizaciones profesionales llegan a un acuerdo acerca de los términos y condiciones del trabajo. Resulta evidente que los funcionarios de las organizaciones profesionales, las asociaciones de patrones y el personal de relaciones industriales que participan en las negociaciones, se sirven de conocimientos especializados que han adquirido mediante la experiencia o algún otro tipo de preparación. Esta parte del capítulo se refiere a los administradores

*El 5 de abril de 1979, el CNRL anunció que no condicionaría la aprobación de las asociaciones de enfermeras como agentes de negociación colectiva, a la delegación de su autoridad para negociar a organizaciones autónomas de los sindicatos legales. Como resultado de esta decisión, se espera que el CNRL remita los 20 casos similares al del Hospital Sierra Vista al consejo regional de relaciones laborales que corresponda para su resolución

de enfermería que no son "negociadores" de tiempo completo. ¿Por qué es preciso preparar o capacitar a los administradores de servicios de enfermería en los diversos aspectos de la negociación? ¿Es necesario preparar y capacitar a todos los administradores de enfermería o sólo a unos cuantos elegidos?

La preparación y capacitación dependen de la definición que se dé a las negociaciones, de la actitud de las mismas y de la participación de los administradores directivos y mandos medios (enfermeras jefe, enfermeras encargadas y supervisores) en el proceso de negociación.

Si la negociación se define limitada y formalmente, tal vez las organizaciones no consideren conveniente capacitar a una gran parte del personal administrativo sobre la negociación, pero si se define el término amplia e informalmente, lo contrario tenderá a ser verdad. Las entidades que definen la negociación en sentido estricto, por lo general estiman que se trata de un trabajo de expertos. Los expertos (por ejemplo de la administración) celebran convenios con los negociadores de la asociación profesional o viceversa, y todo esto es demasiado delicado para que intervengan los administradores. Después de celebrar el convenio, su aplicación en el trabajo se le puede encomendar a otros expertos, tales como los funcionarios de personal o de relaciones industriales; asimismo, es posible que la situación haya sido tan bien planificada que no se necesite efectuar ningún seguimiento. En cualquier caso, no se requiere la colaboración del administrador, enfermera jefe ni supervisor, y éstos pueden dedicarse por entero a los procesos normales de la administración.

Por el contrario, otras instituciones tienen un punto de vista diferente; en su opinión, los convenios formales celebrados por los expertos tienen poca o ninguna importancia para la situación en cuestión; los convenios nacionales o de todo el campo de atención de la salud, constituyen sólo un marco para sus negociadores o representan únicamente puntos de referencia de lo que sucede en sus

organizaciones; los negociadores no ven ninguna razón para celebrar un convenio formal en la organización ni, de hecho, recurrir a los servicios de especialistas en negociaciones. Se espera que los jefes de departamento realicen sus propias negociaciones con los representantes de las asociaciones profesionales, y que los administradores de nivel medio hagan lo mismo cuando se presente la ocasión. En realidad, se espera que todo el mundo celebre negociaciones, algunas veces con asesoramiento profesional, y a menudo sin él. Los instructivos de "hágalo usted mismo", están a la orden del día.

No cabe la menor duda de que la segunda situación es la más común; aunque a causa de las presiones que ejerce el medio externo para que se produzca una reforma en las relaciones industriales, está aumentando la formalidad con se manejan las mismas. No obstante, en las organizaciones en las que prevalece el método de hágalo usted mismo, la educación y capacitación constituyen sin lugar a dudas un gran avance. Es cierto que los administradores pueden descubrir cómo negociar a través de la práctica, pero también es cierto que se puede reducir el tiempo necesario para efectuar dicho descubrimiento mediante la educación y la capacitación; por lo tanto, ¿debe intentarse la capacitación en las organizaciones que prefieren la formalidad profesionalizada? Por varias razones, la respuesta es por lo menos un "sí" condicionado. En primer lugar, no existe ninguna situación en la que no intervenga de alguna manera la negociación; en segundo lugar, el hecho de que se celebren convenios formales no elimina la negociación en los niveles inferiores; tercero, sin importar cuan formal sea la opinión que las organizaciones tengan de la negociación, tarde o temprano desearán que sus administradores directivos, enfermeras jefe y supervisores participen en ella. Los razonamientos y experiencias sobre los que se basan estas opiniones son demasiado complejos para exponerlos en este breve análisis, aunque el resultado es evidente. Existen algunas organizaciones en las que cierta capacitación

en negociación representa una desventaja; para muchas constituye una ventaja y para otras resulta imprescindible

¿Qué tipo de preparación?

Los “negociadores”, dicen, “nacen, no se hacen”. Lo mismo se dice de muchas actividades que, en última instancia, dependen de las aptitudes y cualidades personales que poseen algunos individuos, pero no otros. Ciertamente, existen personas que poseen una habilidad tan escasa para la negociación que la educación y capacitación resultan totalmente inútiles, pero estas son muy raras; la mayor parte de los seres humanos tienen cierta aptitud, y ésta se desarrolla si se presta un poco de atención a las habilidades propias de la negociación. Tampoco parece importar mucho si las personas poseen más conocimientos especializados que los necesarios, es decir, si se les enseñan a aplicar normas más estrictas o procedimientos más formales que los que tendrán que aplicar en la realidad. Por supuesto, lo más conveniente sería enseñar a los administradores de acuerdo con las políticas de la organización.

Es necesario enseñar tres tipos de conocimientos sobre la negociación: conocimientos relacionados con la preparación del material necesario para realizar la negociación; conocimientos acerca de cómo conducir o participar en reuniones de negociación y conocimientos relativos a la adquisición de estrategias y tácticas de negociación. El último tipo de conocimientos es el más difícil de obtener y limita a los otros dos. La instrucción sobre la preparación del material se puede proporcionar en un aula; el asesoramiento sobre la forma de manejar las reuniones requiere no sólo conceptos, sino también práctica; no obstante, la necesidad de inculcar en los negociadores una percepción táctica y estratégica de las situaciones, requiere que las personas que están recibiendo la capacitación tengan la *oportunidad de negociar*. La escenificación de situaciones de negociación podría constituir dicha oportunidad; resulta imposible llegar muy lejos en

la capacitación en negociaciones sin contar con algo que sustituya a la experiencia mediante la cual la mayor parte de los negociadores han desarrollado su habilidad para negociar. Este tipo de experiencia no es un sustituto de la experiencia real; la educación y la capacitación no pueden hacer de nadie un buen negociador, pues eso lleva tiempo. Las personas que no tengan ninguna experiencia, podrán comenzar a adquirirla, y las que ya la posean, podrán seguir desarrollándola. ¿Qué más se puede esperar?

PREPARACION DEL MATERIAL PARA LA NEGOCIACION

Resulta sorprendente la frecuencia con que los administradores de enfermería reconocen cuán deficiente es su preparación respecto a la negociación. Las organizaciones industriales más grandes, tales como Ford y General Motors, exigen que sus administradores, personal de relaciones industriales y gerentes de personal se preparen muy bien en este campo. Sin embargo, en la mayor parte de las organizaciones de atención de salud, la negociación carece de continuidad; los problemas se resuelven a medida que surgen y la información disponible, incidente por incidente, es difícil de reunir con rapidez; asimismo, en ocasiones ni siquiera se cuenta con ella. No es raro encontrar casos en los que es evidente que la administración sabe menos que los subordinados; esta situación casi nunca tiene consecuencias fatales, pero siempre resulta embarazosa.

En principio, carece de importancia si el problema objeto de la negociación es pequeño y fue planteado por un individuo o por una unidad, o si se trata de un problema de gran envergadura que afecta a toda la organización. Es imprescindible recopilar toda la información pertinente. ¿qué convenios, en caso de que los haya, se pueden aplicar; qué es lo que se solicita o qué ha sucedido; las circunstancias los hechos: las dificultades que se prevén al seguir este curso de acción o aquel otro; qué personas están percibiendo un salario; cuánto costaría hacer una concesión; en qué forma afectaría a las demás partes de la organización? La astucia y la

curiosidad del investigador son de gran ayuda, así como la capacidad de discernir entre lo importante y lo trivial, capacidad que sólo se puede adquirir a través de la práctica. El objetivo de la capacitación es lograr que ningún administrador, que no esté preparado, participe en una negociación, por poco importante que sea.

CONDUCCION DE REUNIONES

Con frecuencia, las normas de conducta que rigen las reuniones de la administración son poco adecuadas; los reglamentos se pueden derivar de la simplificación de los procedimientos parlamentarios,* algunos de los cuales resultan útiles en las negociaciones y otros no. La negociación no exige un procedimiento de reunión en el sentido estricto del término, aunque su conocimiento suele resultar de gran ayuda. Al igual que en cualquier comité, el objetivo de la reunión es llegar a acordar una conclusión, como en la negociación están presentes dos partes, por ende, cobran importancia una serie de factores. ¿Cuántos representantes tiene cada una de las partes? ¿Qué lugar ocupan en relación con los demás? ¿Quién habla?

Quizá se trate de aspectos técnicos, pero son de primordial importancia. Es prudente insistir en que cada una de las partes tenga un solo portavoz o, en caso de que se vaya a discutir un argumento, que ninguna persona intervenga sin la autorización del portavoz principal. Los mecanismos de procedimiento, tales como los aplazamientos, se pueden utilizar sólo en contadas ocasiones. El ambiente debe ser agradable, que propicie la discusión; en general, es mejor evitar la formalidad excesiva, a fin de alcanzar un verdadero progreso en la negociación, aunque es necesario que las reuniones de negociación no se escapen del control. Si las reuniones no se estructuran de alguna manera, nunca se llegará a concretar el problema y será imposible encontrar soluciones. A la mayor parte de los administrativos se les puede enseñar un gran cantidad de cosas

acerca de cómo sacar el mayor provecho posible de una reunión

ESTRATEGIAS Y TACTICAS DE NEGOCIACION

En la negociación, la estrategia consiste en tener una idea por anticipado de lo que a la administración le gustaría obtener en una situación determinada, las tácticas son los medios que se utilizan para cumplir el objetivo deseado, a través del compromiso necesario o conveniente, el primero se deriva de la preparación del caso; el segundo, de la negociación práctica. La estrategia puede ser a largo o corto plazo. ¿Cuál es el objetivo? ¿Lograr que los empleados no declaren la huelga a causa de un problema que los molesta sobremedida, o hacer que la negociación se transforme en parte de una política a largo plazo respecto a la estructura de los sueldos y salarios? ¿Qué concesiones está dispuesta a hacer la administración? ¿Qué tantas posibilidades de *maniobrar* parece tener la asociación de enfermeras? Es posible pensar en todos estos aspectos con anticipación, pero sólo hasta cierto punto. Durante la negociación, se dará a conocer nueva información y quizá salgan a relucir nuevos puntos de vista acerca de la actitud de los profesionales. Precisamente en estas situaciones cobran importancia las tácticas. ¿Es conveniente pedir un aplazamiento para que la administración y la asociación de enfermeras puedan reconsiderar su posición? ¿Sería adecuado hacer una nueva propuesta a fin de cambiar el curso de la negociación o es mejor mantenerse firme? ¿En qué momento debe uno aceptar o rechazar un acuerdo? ¿Resultaría útil proponer que un tercero conciliara o arbitrara el problema?

Todas estas preguntas deben estar constantemente presente en las mentes de los negociadores; la experiencia convierte a los negociadores en algo parecido a los conductores expertos: eligen la velocidad y la ruta y resuelven los problemas de tránsito de manera prácticamente automática, encuentran puntos críticos y los evitan sin mayor inconveniente; llegan a un destino, quizá no completamente satisfactorio para los pasa-

*Folleto No. 15 sobre el liderazgo, Asociación de Educación para Adultos de los Estados Unidos de Norteamérica, 743 North Wabash Ave Chicago, Ill 606611

jeros, pero con el cual pueden vivir hasta la próxima vez. La negociación no es un debate en el que el ingenio y la persuasión verbales produzcan una mayoría a favor; tampoco se trata de una guerra que es preciso ganar. El objetivo de la negociación consiste en solucionar los problemas con la menor cantidad posible de perturbación. No se trata de valor, sino de atacar los problemas sistemáticamente y de tender puentes sobre las brechas, hasta llegar a un acuerdo.

Proceso de educación y capacitación sobre la negociación

Los administradores que no estén familiarizados con las técnicas de la preparación de negociaciones, deben consultar a alguien que si lo esté. Con frecuencia, tales personas se encuentran en las universidades y entre los educadores de adultos, en instituciones relacionadas con la capacitación, en los politécnicos locales o universidades técnicas y, con menor frecuencia, entre los asesores. Es preciso que los administradores eviten los paquetes; con esto queremos decir un programa integrado y elaborado hasta el último detalle, listo para emplearse de inmediato como una unidad que, en general, se ofrece a la venta. Es necesario analizar a fondo todos los problemas con los consejeros.

que deben contar con el material apropiado para preparar sesiones de educación y capacitación que se adapten a las necesidades específicas. En la práctica, esto significa analizar los objetivos del curso, los convenios y procedimientos, las políticas de relaciones industriales, ya sea explícita o implícitamente, y los propósitos futuros. Implica también especificar los objetivos al principio del curso de capacitación, los administradores a quienes va dirigido y el papel que desempeña el programa de capacitación en su conjunto. Si un hospital cuenta con su propio especialista, es preciso alentarle a que haga las mismas preguntas y obtenga idénticas respuestas.

La educación y capacitación en negociaciones, requieren una documentación adecuada, que no sea excesiva ni demasiado escasa. Los cuestionarios son de gran utilidad cuando se trata de analizar la preparación y las etapas iniciales de la negociación (Cuadro 9)

Sin embargo, lo más importante es que los ejercicios de negociación requieren uno o varios casos, que incluyan problemas que deban ser negociados por grupos que representen a la administración y por grupos que representen a la asociación profesional. Algunas personas consideran en un principio

Cuadro 9. Cuestionario de preparación y estrategias iniciales de la negociación*

Metas	Análisis	Tácticas
¿Qué le gustaría lograr a la organización en forma ideal?	Los hechos del incidente (o reclamación).	¿Quién debe hablar?, ¿en qué orden y sobre qué temas? (¿Es necesario algún sistema de señales? ¿Determinar quién va a dirigir?)
¿Qué puede efectivamente esperar la organización en la práctica?	Normas, convenios o "tradiciones y prácticas" pertinentes (política de la administración)	Anticipación de los argumentos que es más probable que emplee la otra parte y cómo atacarlos
¿Qué debe tener la organización, y sobre qué aspectos no cederá? (tal vez no se discuta nada importante)	Precedentes o comparaciones pertinentes	Empleo del aplazamiento y otras prácticas para evitar que lo coloquen a uno en una posición falsa (¿Es necesario que alguien se mantenga alerta para evitar dicha eventualidad? Valor del observador que no interviene)
	Actitud de la ANE y de los trabajadores de enfermería que participan en el asunto	
	Importancia del asunto para la administración. (y actitud de ésta)	

*Adaptado de Marsh, A. Training managers in industrial relations negotiations. En Taylor, B y Lippitt, G L, editors, Management development and training handbook. Maidenhead Eng., McGraw-Hill Book Co (UK) Ltd, 1975

que esto es artificial, pero cuando se termina una negociación, están tan absortos en el proceso que continúan discutiendo los aspectos positivos y negativos mucho tiempo después de haber terminado la sesión. Algunas personas detestan la escenificación, pero la gran mayoría la disfruta. Es necesario que los participantes reciban todas las instrucciones pertinentes y que los casos se documenten convenientemente, es mejor efectuar adaptaciones de casos reales, que inventarlos desde el principio, ya que a los participantes les agrada pensar que la situación que están negociando es real. Los libros de estudios de casos, que se pueden obtener con facilidad, suelen servir de gran ayuda, aunque es mejor que los administradores elaboren sus propios casos y los tomen de sus archivos.

La experiencia ha demostrado que es preciso seleccionar con sumo cuidado a las personas que participarán en la escenificación. En un principio, los casos no deben ser demasiado complicados y a los dos grupos se les debe suministrar la misma información general sobre el caso, sus antecedentes, historia y todos los argumentos pertinentes; asimismo, es necesario dar a cada uno de los grupos los puntos principales para que defiendan el caso.

UTILIZACION Y LIMITACIONES DE LOS EJERCICIOS SOBRE NEGOCIACION

Después de preparar todos los documentos de la negociación, el siguiente paso consiste en realizar el ejercicio, el cual no debe hacerse con demasiada prisa; se ha estimado que cada caso necesita por lo menos medio día. En primer lugar, se divide a los estudiantes en equipos que actuarán unos como la administración y otros como la asociación profesional; ambos grupos deben contar con la misma información básica acerca de la situación que negociarán. Asimismo, los equipos deben designar a su portavoz; es necesario recordarles los principales puntos de su caso y estudiar brevemente las tácticas de presentación. ¿Tiene la asociación la intención de presentar todo el caso de una vez o es más conveniente conservar parte de la

información? ¿Tiene la administración el propósito de solicitar un aplazamiento tan pronto como la asociación efectúe su declaración inicial?

La experiencia ha demostrado que es sumamente útil que negociadores experimentados, empleados de tiempo completo de la institución o de la asociación o funcionarios de la asociación de patrones, dirijan a los equipos en una demostración, antes de que los administradores lleven a cabo una escenificación. Una demostración semejante ayuda a crear el ambiente en el que se realizan las negociaciones y el estilo necesario para hacerlo. Cuando resulta imposible contar con este tipo de demostraciones, algunas organizaciones han optado por brindar a los estudiantes sesiones de demostración por medio de videocintas.

Las sesiones de negociación no deben durar demasiado tiempo, y es necesario que al término de las mismas se realice una evaluación. No siempre es conveniente presentar una serie de estudios de casos. uno después de otro, años de experiencia han demostrado que los administradores mejoran considerablemente su apreciación de la negociación durante los primeros casos, pero que después comienza a surtir efecto la ley de los rendimientos decrecientes, sin duda porque se agota la novedad y porque la mayor parte de ellos consideran que ya saben todo lo que necesitaban saber el respecto. Es preciso que las sesiones transcurran sin incidentes y estén bien controladas, si pueden ser grabadas en videocinta, tanto mejor. Después de cada sesión, es preciso analizar la preparación y la forma como se condujo la negociación, las estrategias y las tácticas que se utilizaron. Es muy útil que los administradores vean y escuchen lo que hicieron; es muy raro que se inhiban ante la cámara y con frecuencia se sorprenden ante lo que dijeron o hicieron.

Por último, la capacitación en negociaciones cobra mayor importancia si la institución ha creado, o está creando, políticas de relaciones industriales, y si tiene algunas opiniones respecto a los procedimientos, compensaciones económicas y manejo de los

problemas cotidianos que también se puedan incluir en el estudio de casos. Toda capacitación debe tener un propósito evidente; incluso es probable que le suministre a la administración un punto de partida para elaborar políticas de relaciones industriales, en caso de que éstas no existan todavía.

ESTUDIO DE UN CASO: EL CONFLICTO DE UNA ASOCIACION PROFESIONAL

El Comité Ejecutivo del Sindicato de Profesionales se reunió para deliberar sobre un problema alarmante. El Comité estaba preocupado por las políticas de promoción del hospital; cada vez que el Sindicato de Profesionales elegía a uno de sus miembros para ocupar un puesto administrativo en alguna parte de la asociación, el hospital lo promovía poco tiempo después a enfermera jefe o a supervisor. De esta manera, el representante de las enfermeras se transformaba de la noche a la mañana en miembro de la administración del hospital. En ocasiones, una persona que no representaba eficientemente a las enfermeras, continuaba siendo representante, sin embargo, algunos de los mejores miembros del Sindicato de Profesionales habían pasado a ser miembros de la administración.

El Comité Ejecutivo se dio cuenta de qué estaba sucediendo, era muy raro que una enfermera a la que se le ofrecía un puesto de enfermera jefe o supervisor, pudiera darse el lujo de rechazar un aumento salarial del 33%; también era verdad que el Sindicato de Profesionales no podía permitirse subsidiar a todos los empleados a los que se les ofreciera ese tipo de puestos, a fin de que pudieran rechazarlos. Un miembro del comité propuso que sólo se nombrara representante a las personas incompetentes, pero una carcajada general rechazó esta idea, ya que todos estuvieron de acuerdo en que los representantes eran la parte más fuerte e importante de la organización del Sindicato de Profesionales. Otro miembro señaló que el Sindicato de Profesionales podría negociar e incluir en el siguiente convenio que celebrará el sindicato y el hospital, una cláusula que prohibiera a la administración pro-

mover a cualquier persona que ocupara el puesto de representante; los miembros del Sindicato de Profesionales pensaron que se trataba de una buena idea, excepto por el hecho de que el hospital probablemente ofrecería una promoción al mejor representante, después de que éste hubiera renunciado a su puesto como tal. En cierto sentido, el Sindicato de Profesionales estaría capacitando y seleccionando personal para que ocupara puestos en la administración del hospital.

Críticas: El conflicto del Sindicato de Profesionales presenta tres problemas: (1) el problema del Sindicato de Profesionales, (2) el de la administración y (3) el de relaciones eficientes en la organización entre los empleados, la administración y el Sindicato de Profesionales. El problema del Sindicato de Profesionales comprende a la vez. (1) ejecutar eficientemente el convenio laboral y (2) conservar una representación continua y eficaz en la institución. Cuando los representantes, que son expertos en la negociación, pasan a ser enfermeras jefe o supervisores, debería facilitarse la administración eficiente del convenio; así pues, resulta conveniente para el Sindicato de Profesionales y para la administración que las enfermeras jefe y los supervisores conozcan a fondo el significado y propósito del convenio. Además del cumplimiento del convenio, el trabajo de los representantes incluye a menudo hacerle propaganda al sindicato en el hospital y en la comunidad. Un representante que muestra una gran iniciativa para hacer propaganda al Sindicato de Profesionales en la organización y en la comunidad, por lo general tiene un compromiso ideológico con la causa del Sindicato de Profesionales; lo más probable es que un representante que tenga un compromiso ideológico de este tipo, aspire a ocupar un puesto más alto en el Sindicato de Profesionales o a hacer una carrera política, y no unirse a las filas de la administración. La capacidad del Sindicato de Profesionales de conservar una representación eficaz y constante en la organización depende de la presencia de un grupo de representantes que tengan el compromiso ideológico antes mencionado; quizá este grupo sólo

esté compuesto por un puñado de personas. Si la causa y el programa del Sindicato de Profesionales son tan débiles que no pueden obtener este tipo de compromiso ideológico por parte de por lo menos unas cuantas personas competentes de la organización, el Sindicato de Profesionales no tiene prácticamente ninguna expectativa para el futuro; muchos sindicatos internacionales proporcionan amplios programas educativos a los sindicatos locales, a fin de fomentar este tipo de compromiso ideológico.

El problema de la administración consiste en (1) seleccionar, elegir y motivar a un grupo eficiente de supervisores y (2) administrar eficientemente el convenio laboral. Si bien es cierto que el puesto de supervisor requiere un conocimiento profundo del convenio y habilidades en relaciones humanas, que se pueden adquirir al ocupar el puesto de supervisor exige habilidades en planificación, dirección, control y coordinación, que no se adquieren necesariamente al ocupar el puesto de representante. Una gran cantidad de organizaciones industriales han llegado a la conclusión de que un buen representante o presidente de un sindicato local, puede convertirse en un excelente supervisor o director de personal. Por otra parte, un administrador que depende del sindicato para elegir y capacitar a sus supervisores descuida, en el mejor de los casos, una de las funciones más importantes de la administración, la de capacitar a sus propios jefes.

Las buenas relaciones en la organización entre los empleados, la administración y el Sindicato de Profesionales, no se beneficiarían si se incluyera en el convenio una cláusula que prohibiera a la administración promover a las personas que ocuparan puestos de representantes. Todos los empleados que forman parte de la organización tienen derecho a que se les brinde la oportunidad de progresar dentro de la misma. Dicha prohibición complicaría aún más el problema que tiene el Sindicato de Profesionales para atraer a personas competentes al puesto de representante. Si una enfermera que es representante sindical, desea llegar a ser enfermera jefe, lo mejor que puede hacer el

Sindicato de Profesionales en su propio beneficio, es aceptar su renuncia como representante. La administración tiene el derecho de ofrecer un ascenso a aquellas personas que considere los candidatos más prometedores.

Preguntas para los lectores. En una situación particular, existe una necesidad real de que tanto la administración de la organización como la administración del Sindicato de Profesionales revisen sus políticas.

El Comité Ejecutivo tiene que considerar varios cursos posibles de acción:

- 1 ¿Qué medidas se deben tomar?
2. ¿De qué manera han resuelto otros sindicatos problemas semejantes?
- 3 El problema fundamental a que tiene que hacer frente el Consejo Ejecutivo del Sindicato de Profesionales es tan antiguo como el movimiento laboral ¿Por qué? ¿Cómo se puede solucionar este problema?

EL ADMINISTRADOR Y EL PERSONAL PROFESIONAL DE LA ORGANIZACION

El ritmo acelerado de los cambios sociales, políticos, tecnológicos y demográficos, está transformando nuestras vidas de manera fundamental e impredecible, estos cambios imponen tensiones a todas las instituciones sociales, incluyendo a las organizaciones donde trabajan juntos los profesionales de la salud y los administradores. Los administradores y el personal profesional chocan con frecuencia a causa de diferencias en cuanto a lealtad, posición, perspectiva y autoridad para tomar decisiones.

Si los procesos administrativos son los mismos, ya sea que se apliquen a instituciones de atención de la salud, escuelas u organizaciones académicas, entonces la tarea de dirigir las, administrarlas o gobernarlas también debe ser igual, sin importar sus fines ni sus actividades más importantes. Este punto de vista constituye la hipótesis fundamental de un intento por formular una serie de proposiciones lógicamente congruentes, que suministrarían un marco conceptual a

los fenómenos de la administración; dos de estas proposiciones se derivan de la noción general de la naturaleza de la administración. Una de las proposiciones afirma que la función administrativa que exigen las organizaciones modernas se opone a algunas de las actividades fundamentales que en la actualidad se han instituido y que están sujetas a los requisitos impuestos por las instituciones (Walton, 1959).

El supuesto conflicto no es idéntico al que surge simplemente de las relaciones que existen entre "el gobernante y los gobernados" ni de la monotonía poco satisfactoria de las tareas especializadas, que bien pueden crear hostilidad en los trabajadores. Tampoco se trata sencillamente de un conflicto entre el individuo y la organización o entre lo que Getzels (1958) llamó las dimensiones normativa (basada en la ley) e ideográfica (propia de un individuo) de la organización, aunque pueden servir de modelo para la comprensión del comportamiento general en las instituciones. Por el contrario, se trata de un conflicto inherente a las relaciones que existen entre la actividad administrativa y determinadas actividades profesionales, creativas o de invención, que en nuestros días se relacionan estrechamente con la primera. Si deseáramos elaborar un modelo que ejemplificara este principio, mostraría un continuo de incompatibilidad entre una función administrativa constante y diversas clases de actividades fundamentales. Tal vez la menor tensión se produzca en las organizaciones que tienden a tener operaciones intrínsecas rutinarias y normalizadas (por ejemplo, una planta de montaje de automóviles). La tensión más grande se produciría en las organizaciones en las que las operaciones intrínsecas se relacionan con un sistema profesional o técnico que no es compatible con la institución donde trabaja el individuo (por ejemplo, las ciencias o las artes). Si esta proposición es correcta, resulta evidente que los tipos de actividades fundamentales que presentan la mayor probabilidad de conflicto con la administración, son aquellas que requieren personal profesional o técnico: enfermeras, médicos, abogados, maestros,

etc. ¿Cuáles son las fuentes de este supuesto conflicto? ¿De qué manera se puede reducir el conflicto?

Fuentes de conflicto

Existe una diferencia entre las responsabilidades y lealtades primarias de los trabajadores profesionales de las instituciones y las de los administradores. En cierta medida, existe una diferencia similar entre los trabajadores no profesionales y los administradores, a pesar de la profunda esperanza de Mary Parker Follett de que en las organizaciones los fines de los empleados y los de la administración llegarán a integrarse de tal manera que dejará de existir el conflicto entre ellos (Metcalf y Urwick, 1942). El administrador es responsable del mantenimiento, servicio, costo, comprensión y éxito de la organización; a fin de realizar estas tareas, insiste en la autoridad universal sobre los procesos de toma de decisiones y elaboración de políticas. El trabajador, profesional y no profesional, es el responsable inmediato de su contribución especializada, aunque puede sentir una responsabilidad secundaria para con el éxito de la organización, a menos que produzca una restricción deliberada en los aportes que realiza. Asimismo, es verdad que los trabajadores profesionales y no profesionales suelen tener cierta lealtad para con la organización profesional o el sindicato al que pertenecen, lealtad que puede entrar en conflicto con la lealtad que sienten hacia la organización para la cual trabajan. El trabajador profesional tiene además, otro tipo de lealtad, la lealtad a un sistema profesional complicado que tiene métodos y fines propios (por ejemplo, la enfermería, medicina, abogacía, ciencias o artes). Es fácil que surjan conflictos entre la lealtad a la enfermería y al hospital; la enfermera es en parte una persona que lleva los registros diarios del hospital, que sigue y hace cumplir las normas y los trámites burocráticos del hospital, que con frecuencia no tienen ninguna importancia para su función profesional (Corwin, 1961). También es cierto que el funcionario administrativo de más alto rango suele ser un profesional de la administra-

ción, pero el sistema profesional al que pertenece corresponde a las responsabilidades que tiene dentro de la organización. La posibilidad de conflicto entre el administrador y los profesionales aumenta a causa de la función que desempeñan los últimos en las instituciones. Por lo general, se contratan trabajadores no profesionales para que realicen tareas específicas que contribuyen a las metas de la organización, mientras que los trabajadores profesionales asumen responsabilidades que, de alguna manera, son más ambiguas, tanto en relación con su actividad profesional como en relación con las metas de la organización y los métodos que emplean. Esta ambigüedad permite que exista una fuerte y constante lealtad para con el sistema profesional.

En este punto, bien puede surgir la pregunta: ¿Qué pasa con los trabajadores profesionales que se convierten en administradores? Quizá la respuesta sea que, sin importar las protestas que hagan respecto a que siguen siendo educadores, enfermeras, abogados o científicos, su lealtad para con la organización adquiere precedencia sobre cualquier lealtad profesional que hayan sentido en el pasado; dedican la mayor parte de su tiempo a los asuntos de la institución y la medida de su éxito estriba en cuán bien funciona la organización, mas no en los logros que realicen en su profesión original.

Otra fuente de conflictos entre los administradores y los trabajadores profesionales, reside en el derecho que tiene la administración de supervisar y juzgar a los profesionales (Etzioni, 1964). Como la administración es la responsable directa e inmediata del éxito o fracaso de una organización, es lógico que deba conservar la prerrogativa de juzgar y tratar de mejorar el trabajo de los empleados no administrativos. El derecho a juzgar es un aspecto del principio de "autoridad comparable con la responsabilidad". No obstante, en el caso de los profesionales la responsabilidad se torna mucho más complicada. Un principio de todas las profesiones es que ella por sí misma es capaz de juzgar la competencia de sus miembros y de evaluar su desempeño (Etzioni, 1964). Como

la administración no puede saber tanto acerca de las actividades profesionales que se realizan dentro de la organización como los trabajadores profesionales, se ha introducido un nivel o sistema de supervisión profesional, en el que se considera que los supervisores son profesionales, empero, mientras los supervisores estén bajo las órdenes de los administradores, serán considerados como un instrumento de la administración. Existe todavía otro aspecto que aumenta la posibilidad de conflicto: uno de los criterios de los profesionales es que las personas que ejercen una profesión deben ser independientes, incluso de otros profesionales, y tener control sobre sus métodos e instrumentos, salvo en el caso de conducta ilegal o inmoral en el ejercicio de la profesión. En la enfermería, la investigación, la enseñanza y un sinnúmero de otras profesiones, resulta más difícil evaluar el concepto de que un profesional puede juzgar la labor de otros profesionales.

La tercera fuente posible de conflictos es la diferencia que existe entre la forma de pensar del administrador y la del profesional. Ya sea que la administración atraiga a ciertos tipos de personalidades, que determinadas clases de personas sean elegidas para ocupar puestos administrativos o que la administración misma cree un enfoque especial para abordar los problemas, es algo que no nos interesa en este momento. A menudo se ha indicado que los administradores buscan ardientemente el poder y el éxito, algunos toman desde un principio el camino de la administración, mientras que otros comienzan con el ejercicio de una profesión y más tarde se transforman en administradores, a causa de un cambio en los intereses profesionales o de la creencia (por parte de las enfermeras) de que pueden atender con mayor eficiencia a un número más grande de pacientes si ocupan un puesto de autoridad. Si esta tesis es verdadera, podríamos preguntarnos si los que tienen éxito en una profesión no ambicionan también el poder y el prestigio. Si bien se estima que la satisfacción que se deriva del éxito profesional mitiga su vehemencia, es igualmente

plausible suponer que la administración es intrínsecamente tan satisfactoria y compatible para algunas personas, como la actividad profesional para otras.

Conscientes como estamos de los peligros que entrañan los estereotipos, consideramos que existe una diferencia entre las preferencias de los administradores y las de los profesionales, diferencia que se puede describir como se indica a continuación: los administradores tienden a preferir problemas cuya solución implica una amplia variedad de los llamados riesgos prácticos, mientras que los profesionales prefieren problemas que se pueden someter a pruebas más rigurosas en una gama más estrecha de condiciones. En consecuencia, el administrador de una organización, que se dedica a la investigación, toma decisiones que están sujetas a una amplia variedad de pruebas, incluyendo la respuesta del público y la competencia de otras entidades, así como la calidad de la investigación y servicio que se realizan en la organización. Por otra parte, el investigador profesional toma decisiones en un sistema intelectual más riguroso, pero que implica menor variedad y cantidad de riesgos. Los administradores y los profesionales hacen caso a diferentes tipos de advertencias, "escuchan tambores distintos".

Decir que las personas se pueden clasificar de acuerdo con estas dos preferencias, equivale a recurrir a una dicotomía antigua y que no obstante es muy popular en nuestros días. Hemos oído hablar cientos de veces de personas prácticas y teóricas, de personas que actúan y de otras que piensan, pues bien, ahora vuelven a aparecer en las organizaciones modernas como administradores y profesionales.

Es muy probable que aumente el número de trabajadores profesionales en las organizaciones, ya que se está institucionalizando un número cada vez mayor de actividades profesionales. Asimismo, es cierto que ahora son más las instituciones que requieren los servicios de profesionales. Por otra parte, también está aumentando el número de administradores y sus responsabilidades se están tornando exclusivamente adminis-

trativas; por lo tanto, si es verdad que las actividades profesionales y administrativas son antitéticas, es razonable esperar ciertos malentendidos y conflictos.

Reducción del conflicto

Podemos descartar todas las proposiciones de que los administradores traten de adoptar las maneras y métodos de los profesionales y de que es necesario que los profesionales adopten una "mentalidad administrativa", pues serían igualmente perjudiciales para la organización. Sin embargo, sería de gran ayuda que se llegaran a comprender las responsabilidades y preferencias de cada uno, aun cuando, y especialmente, el resultado sea un desagrado aún mayor por la tarea que desempeña la otra persona. Tal vez el primer paso hacia la comprensión mutua sea la aceptación de las realidades de la sociedad moderna, tecnológica y organizada. Los profesionales que se unen a una organización tienen la obligación de asumir responsabilidades relacionadas con la misma y soportar una que otra violación a sus lealtades profesionales, éste es el precio que deben pagar por las oportunidades y protección que les ofrece la institución. Asimismo, es preciso que recuerden que la práctica privada también tiene un precio; en estos días de descontento hacia las grandes y complejas burocracias, las personas tienden a olvidar los sacrificios y compromisos de la práctica privada y que algunos profesionales sencillamente no pueden existir sin el respaldo que les brindan las organizaciones. Sin embargo, es necesario recordar a los administradores que los profesionales, en especial los creativos, probablemente no concedan tanto valor como ellos a las ventajas de seguridad, salario y prestigio, que implica pertenecer a una organización (Walton, 1959).

La pregunta que se debe plantear es qué sacrificios tiene que hacer un profesional por el bien de una institución. Una forma de sacrificio es el tiempo que debe dedicar a los asuntos exclusivos de la entidad. Quizá el desperdicio más grande de talento profesio-

nal que existe en la actualidad en las organizaciones, es la utilización de personal profesional con una preparación superior en actividades administrativas, que comprenden desde los trabajos de oficina hasta las decisiones acerca de las políticas generales internas. Sabemos que el hecho de que las organizaciones hagan que todo el mundo participe en todas las actividades representa ciertas ventajas, y sabemos también que a menudo es imposible hacer una distinción entre la actividad puramente administrativa y aquella exclusivamente profesional. No obstante, los profesionales tienen que limitar estrictamente la cantidad de tiempo que dedican a los asuntos de la organización. Las instituciones que se dedican a actividades profesionales, al igual que todas las demás organizaciones, se verán obligadas a establecer un sistema puramente administrativo, cuyo personal esté constituido por administradores, supervisores y auxiliares, de esta manera, el trabajador profesional de una entidad tendrá más tiempo para sus actividades profesionales del que tendría si se dedicara a la práctica privada, en la que tiene, de algún modo, que asumir las funciones de un empresario.

Otro tipo de sacrificio es el del interés profesional. Las organizaciones difieren en la medida en que restringen los intereses profesionales, por ejemplo, una enfermera que se une a una firma de arquitectos para planificar y diseñar instalaciones físicas, se arriesga más a perder la identidad a la enseñanza en una escuela de enfermería. En consecuencia, el profesional que trabaja para una organización debe elegir una que limite sus intereses profesionales en el grado y en la dirección que le parezcan más convenientes.

Sin embargo, los profesionales no son los únicos que se sacrifican; los administradores tienen la obligación de cambiar (1) algunas de sus ideas tradicionales acerca de la toma de decisiones y la elaboración de políticas, puesto que el trabajador profesional exige tener voz en los procesos de toma de decisiones y elaboración de políticas y más colaboración con los demás profesionales que forman parte de la organización, y (2) sus

ideas tradicionales acerca de la supervisión. Cuando se trata de supervisar tareas rutinarias y normalizadas, pueden estar bastante seguros de que conocen los mejores métodos de trabajo o, por lo menos, métodos satisfactorios. Por el contrario, cuando se trata de supervisar trabajo profesional, que a menudo es creativo y original, deben reconocer que simplemente desconocen la mejor manera de realizarlo; por ende, es conveniente que exista una amplia variedad de formas de hacer las cosas, y las prácticas de los trabajadores profesionales son creativas, experimentales, intuitivas, algunas veces impredecibles y en ocasiones ineficaces en todos los sentidos. El concepto de que existen diversas maneras de hacer las cosas es completamente ajeno a la supervisión tradicional, en la que se creía que sólo había una forma correcta de hacer las cosas.

A continuación presentamos algunas de las condiciones, actitudes y procedimientos convenientes cuando se trata con personal profesional.

- 1 El temor al fracaso, que proyecta una sombra en la administración, tiene que reducirse al mínimo en relación con los profesionales. El trabajo creativo y las ideas nuevas implican fracaso, a menudo, fracasos importantes
- 2 Es preciso realizar la evaluación sobre la base de los resultados a largo plazo; con frecuencia también son importantes los resultados negativos
- 3 Es necesario tolerar los ciclos inherentes al trabajo creativo, existen períodos estériles, tiempos de incubación y fases de desasosiego
- 4 Es preciso brindar oportunidades de libertad y soledad
- 5 Se debe dar la bienvenida a la resolución de problemas y al descubrimiento, es cierto que en la ciencia "le hacemos la pregunta a la naturaleza", pero con frecuencia los productos más importantes de la actividad intelectual son descubrimientos inesperados o algo que no estábamos buscando

Otra fuente de conflicto radica en las diferencias que existen entre las preferencias y satisfacciones intelectuales de los administradores y de los profesionales, que, sin lugar a dudas, pueden eludir los enfrentamientos personales evitándose mutuamente,

lo cual parece ser una práctica común; sin embargo, el hecho de evitarse infunde sospechas de conspiración y en un nivel más fundamental, tal vez sea poco conveniente. Como las formas de pensar de los administradores y de los profesionales suelen ser diferentes, proponemos la confrontación constante, haciendo a un lado el trillado concepto de que las diferencias desaparecerán gracias a la adaptación y comprensión mutuas, pero sí con la creencia de que existe cierta atracción entre los contrarios que les permite trabajar y colaborar estrechamente, al mismo tiempo que conservan sus identidades opuestas. Este principio explica la sobrevivencia de la paradoja

BIBLIOGRAFIA

- Beletz, E. The grievance process, *Am J Nurs*. 77(2) 256-263, February 1977
- California Nurse* Official Bulletin of the California Nurses' Association, September 1976
- California Nurse* Official Bulletin of the California Nurses' Association, December 1977
- California Nurse* Official Bulletin of the California Nurses' Association, May 1978
- Corwin, R. G. The professional employee: a study of conflict in nursing roles. In Abrahamson, M. The professional in the organization, Chicago, 1967, Rand McNally & Co
- De Marko, K. A pilot study of the initial bargaining demands of newly organized employees in health care institutions, *Labor Law J*, 70:260-277, May 1978
- Emanuel, W. Hospital policy professional associations as unions, *Hosp Prog* 10:51-60, January 1976
- Etzioni, A. Modern organizations, Englewood Cliffs, N J., 1964, Prentice-Hall, Inc
- Farkas, E. The National Labor Relations Act: the Health Care Amendments *Labor Law J* 70 259, May 1978.
- Flanagan, L. One strong voice the ANA, Kansas City, Missouri, 1976, Lowell Press.
- Getzels, J. W. Administration as a social process. In Halzini, A. W., editor Chicago, 1958, Midwest Administration Center
- Henry-Nicora, B. Personal interview with Sharon Cook, employee relations specialist and labor representative, Los Angeles, August 10, 1978a
- Henry-Nicora, B. Telephone interview with Mildred Saulo, employee relations specialist with CNA, San Francisco, August 21, 1978b
- Kleingartner, A. Nurses collective bargaining and Labor legislation, 18:236-245. *Labor Law J*, April 1967.
- Labor Management Relations Act, 1947, Section 8, Taft-Hartley Act, Labor Policy and Practice, Washington, D C, Bureau of National Affairs, 1953, pp 2-11
- Marsh, A. Training managers in industrial relations negotiations. In Taylor, B., and Lippitt, G. L., editors Management development and training handbook, Maidehead, Engl., 1975, McGraw Hill Book Co (UK) Ltd., pp 359-364
- Metcalfe, H. C., and Urwick, L., editors Dynamic administration the collected papers of Mary Parker Follet, New York, Harper & Row, Publishers, 1942, pp 11-94
- Miller, M. Work stoppage among nurses, *J Nurs Admin* 7:41-45, December 1977
- Pepe, S. Appropriate health care bargaining units: an unsettled question, *Hosp Prog* 11:54-58, January 1977
- Porter, E. K. Traditions and realities, *Am J Nurs* 63(11), m-3-m-6, 1963
- Professional Workers and Collective Bargaining Selected papers Los Angeles, 1977, Institute of Industrial Relations, UCLA
- Pointer, D. The 1974 Health Care Amendments to the National Labor Relations Act, *Labor Law J*, June 1975, pp. 350-359
- Seearse, J. Health care bargaining the FMCS experience, *Labor Law J*, 27(7) 387-396, July 1976
- Smith, R., Edwards, H. T., and Clark, R. T. Labor relations law in the Public Sector, Indianapolis, 1974, Bobbs-Merrill Co, Inc
- Spectrum-Practice Report to the House of Delegates, 1975-1977, California Nurses' Association 62nd Biennial Convention, pp 14-15
- Taft-Hartley Amendments implications for the health care field, Chicago, 1976, American Hospital Association
- Treatment for Labor Peace FMCS role in the health care industry, U.S. Gov. Printing Office, 1975, 0-628-917
- Walton, J. Administration and policy making in education, Baltimore, 1959, The Johns Hopkins University Press, pp 35-36
- Werther, W. B. Labor relations in the health professions, Boston, 1977, Little, Brown and Co
- Yett, D. E. The nursing shortage and the Nurse Training Act of 1964, *Industrial and Labor Relations Review*, 10:53-57, 1966

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- Abrahamson, M. The professional in the organization, Chicago, 1967, Rand McNally & Co
- Barnard, C. I. The functions of the executive, Cambridge, Mass., 1954, Harvard University Press, p 73
- Fottler, M. The union impact on hospital wages, *Industrial and Labor Relations Review* 30(3) 342-355, April, 1977
- Gordon, T. Leader effectiveness training, New York, 1977, Peter H. Wyden Publisher
- Henry-Nicora, B. Interview with Jurvis, H., Collective bargaining in hospitals, Northwestern University, June 1976

Herzog, T.: The National Labor Relations Act and the ANA: a dilemma of professionalism, J. Nurs. Admin. 6:34-36, October 1976.

Poole, T. G.: The industrial relations exercise, Wokin-

gham, Berkshire, Eng., 1970, BL Industrial Training Aids

Seidman, J.: Nurses and collective bargaining, Industrial and Labor Relations Review, April 1970.

14

Una mirada al futuro

Es relativamente sencillo mirar al pasado; uno puede recopilar los hechos, señalar los errores y demostrar que hubiera sido mejor hacer tal o cual cosa. Mirar hacia el futuro o predecir con diversos grados de incertidumbre, suele resultar bastante arriesgado; teniendo en cuenta esta generalización tan obvia, existen hechos que indican que en el próximo decenio se producirán algunos acontecimientos. Las predicciones tienen un propósito; el nuestro consiste en reunir algunas de las tendencias que, según hemos observado, afectarán el comportamiento de las organizaciones.

En el pasado, fuerzas complejas del ambiente interno y externo, más que un programa planificado o un plan básico, hicieron que la administración de servicios de enfermería alcanzara un alto nivel de realización profesional. Las presiones inherentes al trabajo, que requieren nuevas respuestas en el funcionamiento administrativo, han hecho que el estudio y la adquisición de conocimientos relacionados con la administración de servicios de enfermería, se conviertan en un requisito indispensable para el desempeño eficiente.

Diversas fuerzas importantes, que ya se encuentran en funcionamiento, están cambiando la naturaleza de la práctica y el servicio de enfermería, exigiendo nuevos roles de la creación liderazgo y moldeando sutilmente el carácter y el estilo de la administración de servicios de enfermería del futuro. Es preciso que la profesión de enfermería tome

medidas inteligentes, a fin de predecir los cambios que se producirán en el campo de la salud y que afectarán el futuro de la enfermería. Dentro de este contexto, mencionaremos una serie de grandes cambios que afectan a la práctica y a los servicios de enfermería, así como a las relaciones que existen entre el personal médico y de enfermería.

En la actualidad, aunque queda todavía mucho por hacer, la enfermería tiene una mayor fundamentación teórica que antes. En general, la difusión de las teorías de la práctica y servicios de enfermería adolece de falta de participación por parte de muchas personas que ejercen la profesión. A menudo, las teorías propuestas por científicos o especialistas en administración, con frecuencia flotan en el ambiente durante varios años antes de que alguien las someta a prueba en gran escala. Por ejemplo, durante aproximadamente 25 años se han discutido diversas técnicas de administración participativa pero sólo en los últimos 10 ó 15 años se han realizado esfuerzos para aplicarlas.

Resulta evidente lo que implica este mensaje para el futuro, fundamentalmente, señala la necesidad de que los administradores de enfermería reconozcan que es preciso cerrar la brecha que existe entre la teoría y la práctica. Es necesario que las personas que ejercen la profesión de enfermería acepten que la buena teoría es la base de la buena práctica; con el fin de llegar a este punto, los administradores deben realizar más trabajo de investigación en sus instituciones, en

especial en sobre aquello que se refiere a la elaboración y demostración de teorías que se relacionen con la administración más conveniente de los recursos humanos y con el costo y la calidad de la atención.

La atención de la salud está bien definida como un derecho humano fundamental y como una meta nacional. (Stull, 1969) Se basa en el principio de que todas las personas deben tener acceso a los servicios de salud, sin importar su capacidad económica para pagar, y hasta cierto punto, su lugar de residencia. En realidad, no es preciso seguir discutiendo esta filosofía, pues se trata de una cuestión de medios, no de fines. La aceptación de este principio sienta las bases de la motivación de la respuesta de los servicios de enfermería, es decir, ofrecer el mejor servicio posible para satisfacer las expectativas de los seres humanos

Una meta que establecieron en el decenio de 1960 las organizaciones de enfermería profesional y la comunidad (La Asociación Norteamericana de Enfermeras y la Liga Nacional de Enfermería), se refería al derecho que tienen las personas a exigir calidad en la atención, en el personal y en los servicios de enfermería. Estas expectativas se tornarán realidades a medida que los servicios de enfermería acepten la necesidad de una planificación más meticulosa, de efectuar control a través de la retroalimentación en el medio ambiente la evaluación del proceso de atención de los pacientes. En los últimos años, estas presiones y expectativas de obtener calidad, han aumentado con mucha más rapidez que la capacidad de las organizaciones y el nivel de eficacia del sistema en sus condiciones actuales.

Un factor que se analiza con frecuencia es el surgimiento de nuevos conocimientos científicos y de nueva tecnología, lo cual abre constantemente nuevos horizontes; este factor ha creado, y seguirá creando nuevas y grandes expectativas por parte de los pacientes y del público en general. Es preciso comprender y satisfacer estas expectativas, aplicando nuevos conocimientos en la resolución de los problemas de salud, de tal manera que los beneficios que reciban

las personas sea equivalentes a los costos. Lo anterior tiene que llevarse a cabo en un medio que no sólo lo cambia constantemente en sus características, sino que está lleno de conflictos relacionados con los fines y valores de los servicios de salud, las diferencias de opinión acerca de qué servicios son más importantes, urgentes o valiosos, y el problema de decidir qué servicios se pueden prestar de la manera más económica y eficiente. El administrador de servicios de enfermería se encuentra en el centro de todos estos problemas; sus actos físicos y conceptuales tienen el reto de comprender y resolver los diversos aspectos sociales, científicos, tecnológicos y económicos de la atención de salud, así como sus consecuencias.

La especialización que se desarrolla en concordancia con los adelantos científicos y tecnológicos es responsable del surgimiento de una mayor complejidad e interdependencia y de la necesidad de crear un sistema más formal e integrador de las condiciones de trabajo. (Laeger, 1970b). Por lo tanto, el administrador de servicios de enfermería también tiene que resolver otro dilema o desafío, es decir, la amenaza de que la atención y la profesión de enfermería se fragmenten aún más. La coordinación interdisciplinaria de los especialistas de alto nivel, requiere que los administradores de enfermería adquieran una comprensión mucho más profunda, una confianza mayor y que estén conscientes de la nueva forma de pensar cuando planifiquen, organicen dirijan y controlen su departamento y cuando apliquen las técnicas dinámicas de la administración, es decir, cuando se produzcan cambios en los aspectos estructural, tecnológico o de comportamiento de la organización. Además, la coordinación interdisciplinaria requiere que se desarrolle cierto interés y tolerancia de las distintas disciplinas que constituyen la fuerza de atención de la salud; los aportes independientes de estas disciplinas al éxito general es muy importante y necesita que exista una comunicación satisfactoria y que se establezca un ambiente que propicie los actos físicos de dirigir y controlar.

La prestación eficiente de la atención de salud se está transformando en un sistema cooperativo y coordinado, que combina un gran número de subsistemas, tales como programas médicos y de enfermería, programas de servicios de apoyo, programas administrativos y programas educativos. Esta evolución ha creado la necesidad de contar con una estructura global de administración, que se define como una jerarquía de autonomías profesionales. La administración de servicios de enfermería constituye una de las autonomías profesionales, lo cual quiere decir que los administradores de servicios de enfermería no pueden administrar su complejo creciente de organizaciones y tecnologías a menos que colaboren con mayor eficiencia, hecho que exige nuevas formas de cooperación y participación interdisciplinaria e interinstitucional. En consecuencia, la innovación en la organización y administración de los servicios de salud ya no puede ser accidental ni aleatoria, sino que es preciso que se convierta en una actividad planificada, que se base en programas de investigación, estudios especiales, experimentación y desarrollo. La creciente cooperación que se ha logrado durante los últimos años entre los teóricos y los especialistas en el perfeccionamiento y puesta en práctica de diversas técnicas indica que en el futuro la administración de los recursos humanos será una herramienta de los administradores; no obstante, todavía queda mucho por hacer.

En nuestros días, el ambiente donde se llevan a cabo las funciones administrativas incluye tecnología comercial, equipo automatizado de creciente complejidad, que produce con gran rapidez una enorme cantidad de información y acelera las comunicaciones. Lo anterior ha hecho surgir la necesidad de actuar y tomar decisiones con mayor rapidez y de contar con medios más precisos de comunicación. El administrador de enfermería se verá obligado a hacer frente a la avanzada tecnología del futuro, empero, debe reconocer que sólo se trata de instrumentos que aumentan la eficiencia. Tratar con seres humanos constituye un desafío constante;

es muy raro que las personas reaccionen de acuerdo con leyes o fórmulas científicas; por ende, es importante que el administrador de enfermería comprenda el empleo del método y enfoque científico en la resolución de problemas administrativos. Los cambios que afectan la jerarquía de las organizaciones de atención de salud; ocurrirán lentamente. Uno de los cambios más importantes se relacionará, en gran medida, con la formulación de descripciones más flexibles de los puestos; en lugar de suministrar una lista de responsabilidades específicas, es probable que las descripciones se elaboren en función de los objetivos, y que a las personas que ocupen el puesto se les dé mayor libertad y autonomía para decidir cuál es la mejor forma de alcanzar tales objetivos. Por otra parte, el mayor empleo de la administración de proyectos, en la que la autoridad para dirigir recaerá en la persona que posea los conocimientos necesarios para supervisar el proyecto hasta su conclusión, influirá sin duda en la rigidez actual de las jerarquías. En consecuencia, las jerarquías ya no estarán constituidas por capas fijas de autoridad, sino que serán constituidas por capas fijas de autoridad, sino que serán fluidas y capaces de satisfacer las necesidades cambiantes de la organización.

Asimismo, en el futuro tenderá a cambiarse el concepto de las relaciones uno a uno, a medida que las exigencias impuestas a la administración se tornen más y más complejas, ninguna persona será capaz de desempeñar todas las funciones, de tal forma que pueda asumir las responsabilidades inherentes a las mismas. En consecuencia, se volverá cada vez más común el hecho de contar con ejecutivos polivalentes y con administradores especializados en diversas áreas funcionales quienes trabajarán juntos en equipos dentro de la cadena de mando.

Las estructuras de las organizaciones del futuro no incluirán una gama tan amplia de administradores de nivel medio. El resultado de tales cambios será la comunicación más rápida y exacta, la cual es a la vez, una necesidad para tomar decisiones con mayor rapidez y flexibilidad.

En el campo de la atención de la salud, la intervención gubernamental con sus políticas oficiales surge como un reflejo de las aspiraciones y frustraciones de las personas que tratan de resolver problemas que no han podido solucionar con los esfuerzos voluntarios. Las personas han recurrido al gobierno para obtener ayuda, sin embargo aunque se han beneficiado, han tenido que pagar el precio de dicha intervención: con una multiplicidad de reglamentos. Estas lecciones se aprenden con mucha lentitud; las personas no se dan cuenta que si desean alcanzar democráticamente el ideal de salud que se han fijado, deben aceptar el hecho de que la solución satisfactoria y aceptable de sus problemas no se derivará de un edicto ni de una legislación gubernamental; por el contrario, lo que se necesita es combinar la energía, iniciativa, capacidad y carácter de las personas a fin de que emprendan una acción colectiva con el gobierno. Para esto, será necesario que las personas encargadas de dirigir a quienes prestan los servicios, a los que necesitan ayuda, a los que elaboran los presupuestos y a los que controlan, piensen con imaginación y propongan iniciativas atrevidas.

Al desempeñar sus funciones y responsabilidades, el administrador de servicios de enfermería se encuentra bajo la constante observación de la administración, del personal médico, del personal de enfermería y de un sinnúmero de otros grupos y organismos que evalúan, norman y negocian con la institución. Por otra parte, sus múltiples relaciones profesionales con las asociaciones, consejos y comités locales, estatales y regionales de enfermería, lo obligan a tener un contacto constante con sus colegas. Existe una amplia variedad de formas de comprobar y medir su desempeño administrativo muchas más que en cualquier otro campo; ¿en qué medida influyen estos grupos en los estándares de trabajo, de comportamiento y de desempeño? la experiencia indica que hoy en día esto varía considerablemente.

La aprobación o acreditación es otro factor que contribuye al desarrollo y puesta en práctica de la administración de enfermería,

y que constituye un elemento esencial para la superación profesional. Los estándares establecidos por la Asociación Norteamericana de Enfermeras en relación con los servicios organizados de enfermería y los criterios formulados por la Liga Nacional de Enfermería para evaluar los servicios de enfermería de los hospitales y de otras instituciones semejantes, también ayudan a determinar el progreso profesional. La Comisión Mixta para el Reconocimiento de Hospitales, en colaboración con la Liga Nacional de Enfermería, también estableció algunos criterios para evaluar los servicios de enfermería. Los consejos estatales que administran los exámenes de enfermería, cuentan con criterios para aprobar legalmente los programas de enfermería. En el futuro, se exigirán niveles más altos, mejor desempeño y mayor excelencia administrativa.

Servir a las personas siempre ha sido una característica de las enfermeras. Si bien es cierto que las instituciones de atención de la salud deben funcionar como empresas comerciales con éxito para poder sobrevivir financieramente, la motivación fundamental de los administradores de servicios de enfermería en el presente y en el futuro tiene que basarse en el compromiso de servir a los pacientes, a sus familias y a la comunidad; éste es el criterio de responsabilidad social. Si este compromiso no es evidente, visible y obvio, se establecerán más reglamentos con el fin de lograr que las instituciones respondan a las necesidades y expectativas del público en relación con los servicios.

Las perspectivas del futuro indican que los administradores de enfermería deben estar vez más conscientes del papel que desempeñan en las organizaciones de las que forman parte, así como de su función en la comunidad y en la sociedad en general. Los administradores de enfermería del futuro se verán obligados a sustituir las actitudes individualistas por un punto de vista integrador y socialmente responsable.

Una de las funciones de los administradores de servicios de enfermería consiste en contribuir al proceso de control de la eje-

cución satisfactoria de las operaciones, con el fin de alcanzar las metas generales de la institución; por ende, en los niveles administrativos la motivación debe ser congruente con los fines del hospital, que hoy en día son definidos por las políticas gubernamentales. Dichas funciones deben incluir la aceptación del deber y la responsabilidad social.

La profesión de enfermería está siendo presionada para que se vuelva más activa políticamente, a fin de (1) mejorar la atención que se brinda a todas las personas y ampliar dicha atención a todos los sectores, (2) lograr, junto con otras profesiones, el reconocimiento como una fuerza social importante, y (3) compartir con otras profesiones y grupos el privilegio del reconocimiento, de iguales derechos ante la ley, de protección de los derechos individuales y de negociar colectivamente, ya sea que se trate de enfermeras de sala, supervisores o administradores. La fuerza de la asociación depende de la riqueza, cantidad de miembros que posea, grado de cohesión y de la importancia que tenga para el sistema social. Se está presionando a las enfermeras para que se unan a la Asociación Norteamericana de Enfermeras, es preciso que las enfermeras se comuniquen entre sí para lograr cohesión en la profesión y desarrollar sentimiento de orgullo con respecto a su trabajo. Se está ejerciendo presión sobre las enfermeras para que documenten su práctica, registrando el valor terapéutico y económico de los servicios de enfermería. Este tipo de información resulta de gran ayuda para los cabilderos legislativos de la enfermería. Todas las enfermeras diplomadas que participen activamente en el proceso político se convierten en paladines de la profesión.

La tradición moldea a las instituciones sociales, tales como los hospitales, organizaciones educativas e instituciones religiosas que, por ende, son las transmisoras de la cultura y guardianes del *status quo*. En consecuencia, son responsables de precipitar algunas de las crisis de la sociedad moderna, porque toleran que exista un desequilibrio entre la necesidad, la tecnología y la aplicación. Sin lugar a dudas, la transición de lo

antiguo a lo moderno no es fácil, pero los administradores de servicios de enfermería deben tratar en todo momento de cerrar la brecha.

Lamberston (1969) predice que en el futuro la profesión de enfermería estará constituida por dos grupos diferentes (1) los profesionales de enfermería que crean nuevas estructuras para los patrones de ejercicio de la profesión y (2) los profesionales de enfermería que ejercen dentro del marco de las estructuras o patrones de ejercicio de la profesión ya existentes. Hemos agregado un tercer grupo: los profesionales de enfermería que son capaces de influir directamente en la estructura de la enfermería, dentro del enfoque de sistema abierto. Ningún profesional es totalmente independiente cuando se trata de lograr que la atención de la salud abarque a todos los sectores. Se considera que las enfermeras del futuro serán el núcleo del equipo de salud, que el ejercicio de la profesión será interdisciplinario y que los pacientes constituirán el aspecto más importante. La responsabilidad y deber de los profesionales han aumentado en gran medida, se espera que sean más autónomos y que asuman mayores responsabilidades. En lo que respecta a la enfermería la obviada de su contribución a la atención total de los pacientes se está convirtiendo en un imperativo.

Tal vez la presión de los costos solamente, obligue a la profesión a adoptar una educación más interdisciplinaria, factor que se ha retrasado durante mucho tiempo. La descripción de las fuerzas que están actuando en la actualidad para cambiar el ambiente del futuro, señala la participación y el apoyo de las personas dedicadas a una gran variedad de campos y disciplinas, así como una estructura de funcionamiento que propicie el desempeño eficiente. En el mundo actual y futuro de la salud, la respuesta satisfactoria de las organizaciones a las expectativas de los seres humanos requiere que la comunidad, los consejos de directores, los administradores de las profesiones médica y de enfermería y las asociaciones que las representan, realicen un esfuerzo colectivo y ac-

túen armoniosamente. Todos estos grupos e individuos participan, ya sea directa o indirectamente, en la planificación, distribución y financiamiento de la atención de la salud.

Consideramos que la solución de los problemas de la atención de salud exige una dirección compartida, es decir, la colaboración constante de todas las fuerzas y factores que intervienen en la prestación los servicios de salud, unidos por un propósito común y con una perseverancia que trascienda los diferentes intereses y motivos personales, profesionales y referentes a la organización de todas las personas y entidades que participan en su consecución.

Las investigaciones más recientes indican que los líderes del mañana tendrán que manejar situaciones que tal vez no sean rígidas ni estáticas; por lo tanto, es preciso considerar la autoridad inherente a un puesto como un punto de partida para alcanzar los objetivos por medio de recursos materiales y humanos. La actitud del administrador respecto al liderazgo—o la forma como se debe ejercer la autoridad—determinará en última instancia su éxito o fracaso.

A fin de convertirse en administradores de situaciones, los líderes del futuro tendrán que esforzarse más por adquirir conocimientos relacionados con el comportamiento humano; la mayor parte de ellos poseerán los conocimientos técnicos que exige su puesto y muchos tendrán conocimientos y experiencia en el desempeño de las funciones administrativas, no obstante, todos esos conocimientos les resultarán virtualmente inútiles a menos que sean capaces de trabajar con los recursos humanos que forman parte de la organización. En este último aspecto, es imprescindible tener la capacidad de percibir y adaptarse a las variables humanas en constante cambio. El buen administrador no será más aquel que emula las prácticas de otros, ni será adecuada la perpetuación de un sólo estilo de liderazgo; por el contrario, los administradores del futuro deben ser capaces de adaptar su estilo de dirigir, a las cambiantes situaciones con las cuales tendrán que enfrentarse

Lo anterior saca a relucir otra responsabilidad de la enfermería, la de encontrar, educar y fomentar el tipo de talento que necesitan las enfermeras para resolver satisfactoriamente los complejos y numerosos problemas que plantea el futuro. Para ello, también es preciso que las recompensas derivadas de una carrera en enfermería o en administración de servicios de enfermería, no consistan únicamente en dinero, posición y poder. Es necesario brindar la oportunidad de satisfacer las necesidades psicológicas, a fin de alcanzar la meta humanitaria de suministrar salud y bienestar a las personas que lo necesitan. Los progresos logrados en la administración de las instituciones de atención de la salud del país, revelan la influencia que ha ejercido la enfermería profesional en la consecución de un nivel más alto y mejor calidad de la dirección administrativa. En nuestros días, el factor más poderoso que la profesión de enfermería puede legar al mundo del futuro es el administrador de servicios de enfermería. Consideramos que la atención que reciben los pacientes será tan buena como el administrador que dirija el servicio de enfermería; el dirigente de los servicios de enfermería ayudará a moldear el mundo del mañana.

La práctica administrativa eficiente depende de una síntesis de conocimientos provenientes de las cuatro escuelas de pensamiento, que sirven de base a nuestra teoría administrativa y se aplican a los fines y problemas del funcionamiento de la atención de salud y a mayores áreas de interés en los asuntos de salud de la comunidad. Asimismo, la práctica administrativa eficiente depende de los conocimientos que posea el profesional de enfermería, quien, a su vez, depende de una amplia gama de principios, pertenecientes a un sinnúmero de disciplinas, para solucionar problemas específicos de salud, y a quien se alienta a adquirir una comprensión más profunda y una apreciación más exacta de las consecuencias sociales y económicas del programa de atención de salud que se administra a cada paciente.

Al otorgar grados avanzados de postgrado, las instituciones de enseñanza superior re-

conocen, aceptan y establecen, que existe un conjunto de conocimientos que comprende un sinnúmero de campos y disciplinas, que se pueden aplicar a la administración especializada de las instituciones de salud. Además, los convenios celebrados con organismos privados para la aprobación de licencias de práctica profesional han permitido que las principales asociaciones del campo de la salud creen programas destinados a impartir dichos conocimientos.

El éxito que han tenido los egresados y el respeto que sienten por sus títulos académicos los grupos y organismos que los emplean, sirven también para respaldar el hecho de haber logrado grandes avances en el nivel de educación especializada. En realidad, el título se acepta como un testimonio del interés por la superación y el desarrollo personal, e indica el deseo de adquirir más pronto los valores profesionalizan la responsabilidad.

Si bien es cierto que existen algunas diferencias en la forma de concebir la educación superior y que los planes de estudio varían según las escuelas, las tendencias indican que existe unidad de propósito. Las enfermeras que dentro de cinco años serán administradores de enfermería ya cuentan con personalidades bien desarrolladas; estos futuros administradores de enfermería ya habrán terminado su educación formal; por lo tanto, es necesario tomar hoy, con base en la información parcial, las decisiones que afectarán al éxito de la administración en el futuro.

Por ejemplo, los buenos administradores de enfermería del mañana poseerán amplios conocimientos y una clara apreciación de los valores sociales; estarán perfectamente conscientes de la contribución o efecto de su organización sobre el sistema local, regional e incluso nacional de salud. Ellos desarrollarán formas y medios para evaluar los valores sociales y los aportes de una organización, en términos mucho más significativos de lo que pueden hacerlo las enfermeras hoy en día.

Además de poseer amplios conocimientos de las ciencias sociales, los buenos administradores de servicios de enfermería del futuro

conocerán a fondo el campo de las ciencias del comportamiento y otras disciplinas relacionadas. El caudal de conocimientos que adquieran los administradores de enfermería de enfermería del mañana, les permitirá tratar con eficiencia a las personas y a los grupos.

Los futuros administradores de enfermería tendrán que ser competentes en las ciencias cuantitativas y en relacionar su competencia técnica con el mundo real. En el futuro, la tecnología y las simulaciones por medio de computadoras reducirán la formulación de conjeturas, las cuales será sustituida por las ciencias cuantitativas.

Otra cualidad administrativa del futuro será que la salud, ya sea a nivel nacional, internacional o mundial, se considerará desde la perspectiva de los sistemas abiertos, y no desde los puntos de vista de organización cerrada y del regionalismo que imperan en la actualidad.

Un requisito indispensable de los administradores de servicios de enfermería del futuro, será comprender y estar dispuestos a aceptar la necesidad de la educación continua. En una época de rápidos avances científicos y tecnológicos, los conocimientos existentes se tornan obsoletos al paso de unos cuantos años. Es necesario aplicar nuevas formas de pensar y dominar los nuevos instrumentos administrativos a medida que vayan surgiendo. Como los conocimientos surgen cada vez con mayor rapidez, resulta imposible seguir practicando el laborioso método de enseñanza de prueba y error; la obsolescencia se apoderará muy rápido de los administradores que vacilen en aprender constantemente.

Por último, los administradores de enfermería del mañana poseerán un fuerte sentido de moralidad y humanidad. Durante el decenio de 1960, los administradores se preocupaban fundamentalmente por la administración científica y por mejorar el nivel de vida, en el futuro, los administradores de enfermería, para tener éxito, tendrán que preocuparse por mejorar la calidad de la vida de los pacientes y del personal.

Todas estas son predicciones generales acerca de la buena administración en el futuro, si estas predicciones son correctas aunque sea en pequeña medida, señalan algunas aportaciones reales que pueden realizar los nuevos administradores de enfermería en cualquier organización del futuro

Algunas predicciones derivadas de nuestro modelo

1. El administrador de servicios de enfermería considerará la administración como la labor de adaptar las variables de un sistema social

2. Al resolver los problemas de enfermería, los administradores de enfermería no podrán emplear un método que ignore la interdependencia de las variables.

3. Si el administrador de enfermería utiliza relaciones únicas y supuestamente lineales, simplificará indebidamente su trabajo en la solución de problemas.

4. Se demostrará que ninguno de los métodos anteriores es incorrecto, sino que tendían a concentrarse en la estructura, en los seres humanos en la tecnología o el ambiente en lugar de considerar al sistema en su totalidad como una entidad dinámica y en constante evolución. El resultado será que se habrán rechazado un sinnúmero de cambios bien intencionados en favor de otros cambios igualmente bien intencionados.

Por ejemplo, los instructores de educación continua tienen en cuenta con frecuencia las necesidades y aspiraciones personales; esto ocurre frecuentemente en el momento mismo cuando se efectúan los cambios en la estructura y los métodos de la organización, creando un nuevo conjunto de relaciones; en este momento es cuando los supervisores están introduciendo nuevos sistemas técnicos y cuando están cambiando las necesidades de atención de los pacientes. El administrador de enfermería debe aprender a manejar sistemas *completos*, y no elementos aislados.

En términos muy generales, pensamos que en las organizaciones del futuro las enfermeras tomarán muchas más decisiones por su propia cuenta, se cuantificarán todos

los objetivos, las recompensas tenderán a ser menos materiales, la estructura se definirá con menor precisión en los niveles de supervisión y en los niveles medio y superior de la administración de servicios de enfermería y, para la mayor parte de los miembros, los planes se mecanizarán y programarán más estrictamente. Pensamos en una organización en la que los sistemas técnicos cambiarán rápidamente, en la que las exigencias del ambiente se considerarán retroalimentación del desempeño de los individuos y de la organización, y dicha retroalimentación influirá radicalmente en el comportamiento del sistema. Vemos una institución en la cual se utilizará y desarrollará todo el potencial de las relaciones informales e interpersonales, con el objeto de reconciliar a las personas y a las organizaciones a través de la participación y el compromiso

A pesar de los conflictos inherentes que surgen cuando se examina el nivel profesional de la administración de enfermería, resulta evidente que el campo se está tornando más profesional.

Por último, pensamos en una organización en la que los administradores de servicios de enfermería tengan experiencia en el análisis de sistemas y en la identificación de las relaciones que existen entre las diversas variables, para tomar decisiones con cierto conocimiento de las implicaciones que tendrán dichas decisiones. Asimismo, estarán conscientes de su propio estilo administrativo, del efecto que tendrán las variables de la organización y del comportamiento del sistema en su conjunto. Conocerán más a fondo las necesidades de su personal, los niveles de tensión y las realidades de la vida en las organizaciones, es decir, los objetivos, tensiones, comunicaciones, decisiones y actos, que forman parte del sistema social.

No obstante, lo más importante es que el objetivo primordial de los administradores de sistemas totales consistirá en integrar, es decir, considerar cualquier cambio como el primero de una serie dentro del sistema y, posiblemente, de todo el sistema. Aprenderán que los sistemas raras veces son los verdaderos problemas y que evaluar un

criterio de desempeño ignorando los demás, no medirá en manera alguna la eficacia del sistema.

Comenzamos este libro afirmando que para comprender un sistema teníamos que dividirlo en partes; la función del administrador consiste en reunir de nuevo todas las partes, a fin de funcionar en un nivel total. Todas las situaciones son diferentes; la elaboración de modelos constituye una forma de reducir a dimensiones manejables este complejo fenómeno sociológico. Sin embargo, un marco de referencia de las partes no constituye el todo y sólo puede suministrar una base teórica para la síntesis. Muchos sistemas de gran tamaño se tornarán demasiado complejos para que los pueda manejar una persona, incluso con la ayuda de modelos y de procesadores de datos; por ende, se producirá la desintegración. Sin embargo, en las áreas en las que se logra una síntesis a través del esfuerzo por alcanzar la evolución de la organización, dicha síntesis sólo existirá mientras el sistema se maneje y revitalice como una unidad.

En la actualidad, en todo el mundo existe una gran demanda de ejecutivos competentes que satisfagan los requisitos de los puestos directivos de las organizaciones de atención de salud, del gobierno, educación, servicios militares, comercio y religión. Una pregunta de gran importancia es: ¿Podemos encontrar y educar dirigentes adecuados que guíen nuestras instituciones?

Con frecuencia, el problema de los seres humanos ha sido la carencia de metas, el reducido número de ideas en relación con su carrera, y la falta de fe en su propia capacidad para moldear su futuro (Fosdick, 1928). La enfermería requiere un plan, un programa y un objetivo; la enfermería debe decidir a dónde quiere ir y los mejores métodos de lograrlo.

BIBLIOGRAFIA

- Arndt, C., and Laeger, E. Role strain in a diversified role set: the director of nursing service I. *Nurs Res* 19(3) 253-259, 1970a
- Arndt, C., and Laeger, E. Role strain in a diversified role set: the director of nursing service II. Sources of stress, *Nurs Res* 19(3) 495-501, 1970b

- Fosdick, R. B. The old savage in the new civilization, Garden City, N. Y., 1928, Doubleday and Co., Inc pp 15-17
- Lambertson, E. C. The nurse in future health care delivery systems. Paper presented at United States Army, Baylor University, Program in Health Care Administration, April 1969
- Stull, R. J. Management of the American hospital. In *The American Hospital System*, Pensacola, Fla., 1968, Hospital Research and Development Institute, Inc

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- American Nurses' Association. Commission on nursing services statement on the position, role and qualifications of the administrator of nursing service, New York, 1969, The Association
- American Nurses' Association. Standards for organized nursing services, New York, 1965, The Association
- American Hospital Association. Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Accreditation manual for hospitals, Chicago, 1970, The Association
- American Nurses' Association. Section Regional Conferences for Professional Nurses. Improvement of nursing practice, New York, 1961, The Association
- American Nurses' Association. Statement on nursing staff requirements for in-patient health care services, New York, 1967, The Association
- Bennis, W. A. Changing organization, New York, 1966, McGraw-Hill Book Co
- Cleland, V. The supervisor in collective bargaining, *J Nurs Admin* 5 33-35, Sept-Oct 1974
- Committee For Economic Development. Union powers and union functions, New York, March, 1964, Distribution Division
- Deutsch, M. Conflict and its resolution. In Smith, E. G., editor. Conflict resolution: contributions of the behavioral sciences, Notre Dame, Ind., 1971, University of Notre Dame Press, pp 36-57
- Goode, W. Community within a community: the professions, *Am Sociol Rev* 22 194-200, April 1957
- Kast, F. E., and Rosenzweig, J. E. Organization and management, New York, 1970, McGraw-Hill Book Co., pp 47-48
- Kerr, C. Industrial conflict and its mediation, *AM J Sociol* 60 230, 1954
- Leininger, M. This I believe about interdisciplinary health education for the future, *Nurs Outlook* 19(12) 787-791, 1971
- Leininger, M. The leadership crisis in nursing: a critical problem and challenge, *J Nurs Admin* 4(2) 28-30, 1974
- National Labor Relations Board. National labor relation act jurisdiction over health care institutions, Washington, D. C., 1974, The Board
- National League for Nursing. In pursuit of quality — hospital nursing services, New York, 1964, The League
- National League for Nursing. Quest for quality: a self-evaluation guide to patient care, New York, 1966, The League

- National League for Nursing: Self-evaluation guide for nursing services in hospitals and related institutions, New York, 1967, The League
- National League for Nursing: Nursing education accreditation: trends in accreditation, Report No. 3, New York, 1974, The League.
- Newman, W. H., editor. Managers for the year 2.000, Englewood Cliffs, N. J., 1978, Prentice-Hall, Inc
- Nurse practitioner: what the future holds, editorial, Amer. Nurse, November 1974.
- U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service: Toward quality in nursing: needs and goals, Report of the Surgeon General's Consultant Group on Nursing, Washington, D. C., 1963.
- United States Army Medical Field Service School, Brooke Army Medical Center, Fort Sam Houston, Texas
- Yeo, R. D.: Reading the higher education tea leaves, Educ Technol. 9(8):50-51, 1969

Abreviaturas (Cuadro 2), 23
 Acciones colectivas, 326-351., véase también Negociación colectiva
 Acciones laborales, 337-338
 Actividades
 asignación de, formulario de, (Fig 10-7)
 de enfermería
 hoja de control de las, (Fig 9-3)
 indirectas, formulario de, (Fig 10-5)
 otras, formulario de, (Fig 10-10)
 Actividades de enfermería
 formulario para la asignación de, (Fig 10-7)
 formulario para otras, (Fig 10-10)
 Actos físicos, *véase también* Proceso administrativo
 compuesto, actos conceptuales del, Organización, Planificación, relación de, con los objetivos, 52
 en la estrategia para la creación de cambios planificados, 179-182
 relación de, con los objetivos, 52
 Actos físicos, *véase también* Proceso administrativo
 compuesto, actos físicos del, Control
 dirección de los, 98-113, *véase también* Dirección
 marco de los, diagnóstico utilizando el, 222-230
 relación de los, con los objetivos, 53-54
 Adaptación
 del individuo al cambio, 201-203
 fomento de la, 203
 y conservación del equilibrio personal, 203-204
 problemas de, 200-202
 Administración
 del cambio, 31-32
 elementos esenciales de la, 21
 Administración de servicios de enfermería
 definición, 24
 filosofía básica de la, 51-52
 Administración por excepción, 235-236
 Administración por objetivos, 38-283
 definición, 58
 Administrador, *véase también* Administrador de enfermería
 en la función de percepción, 34

productivo, características del, 135
 programas educativos para el, 186-187
 responsabilidades del, 139-140
 durante el cambio, 31-32
 y el personal profesional, conflictos entre, 345-350
 fuentes del, 346-348
 ideográfico, 346
 normativo, 346
 reducción del, 348-350
 Administrador de enfermería, *véase también* liderazgo
 actividades de coordinación del, 284-285
 actividades futuras del, 354
 aptitudes, 69-71, 279-287
 intelectuales, 279-280
 aptitudes del, 282-284
 capacidad de asesorar del, 283
 capacidad de delegación del, 282-283
 capacidad de enseñar del, 281
 capacidad de resolver problemas del, 281
 capacidad de tomar decisiones del, 284
 capacidad mental del, 280-281
 características personales del, 285-287
 cualidades físicas como, 285
 cualidades psicológicas como, 285-287
 como especialista en el proceso administrativo compuesto, 280-281
 como órgano de percepción del cambio, 177-178
 dirección, 24
 delegación de la autoridad formal del, 284-285
 dirección
 aptitudes, 282-284
 basada en la realidad, 283
 orientada a los problemas, 283
 e investigación
 cursos de, 301-302
 objetivos educativos de la, 301
 en un medio en constante cambio
 cursos de, 299-300
 objetivos educativos, 296-297
 filosofía personal del, 281-282
 fomento de la creatividad, 284
 función del, 279-287
 funciones del, 21-23, 69-70, 78-80

- funciones presupuestarias del, 275-277
- habilidades operativas del, 284-285
- influencia motivacional del, 282-283
- objetivos del, que contribuyen, 64-67
- personalidad del, 286-287
 - como influencia en el liderazgo, 322-324
- posición en conflicto con el, 323
- preparación académica del, 287-304
 - a nivel de doctorado, 291-293
 - a nivel de posgrado, 293-295
 - currículum de la, 795
 - estrategias para la, 293-295
- académica formal, 290-291
- condiciones para la enseñanza mediante proceptores, 303-304
- en el proceso administrativo compuesto, 296-299
- estrategias pedagógicas para la educación de posgrado como, 293-295
- experiencias pedagógicas del programa de internado como, 303
- metas de la, 291-292
- metas universitarias de la, 295-296
- perspectivas futuras de la, 356-357
- problemas importantes de la, 287-290
- programa de internado para el, 303
- puesto de, 48
- responsabilidad del, 254-255
- responsabilidades del, en el futuro, 355
- responsabilidad de planificación del, 71-72
- responsabilidades de supervisión del, 103-107
- tarea fundamental del, 25
- y actividades de organización, 285
- y delegación, 109-110
- y el manejo de las diferencias entre los individuos, 284
- y el procedimiento del presupuesto, 259
- y el proceso administrativo compuesto
 - cursos de, 297-299
 - experiencias pedagógicas, 297
 - objetivos educativos, 296-297
- y especialización en enfermería
 - cursos en, 303-304
 - objetivos educativos de la, 302-303
- y la crítica constructiva, 283
- y medio ambiente físico
 - cursos de, 300-301
 - objetivos educativos, 300
 - y superación del personal, 283
- Administrador de servicios de enfermería; *véase* Administrador de enfermería
- Administradores productivos, características de los, 135-136
- Ambiente, 126
 - como influencia de la dirección en el cambio, 182
- Análisis de las relaciones interdepartamentales, 221-222
- Análisis de los insumos, 37
- Articulación en los sistemas sociotécnicos abiertos, 39
- Asociación de Enfermeras de California, 327, 332-338
 - administración de convenios en la, 336-337
 - acciones laborales y, 337-338
 - procedimiento de quejas y, 336-337
 - convenios de la, 336
 - determinación de unidades de la, 332-333
 - como representante en la negociación colectiva, 333-334
 - convenios y unidades de la, 332-333
 - los supervisores en la, 333
 - rivalidad de los sindicatos, 334
 - negociaciones de la, 334-336
 - autoridad para las, 335
 - estructura del equipo, 335
 - función de terceras partes, 335-336
 - preparación de las, 335
 - tácticas, 336
- Asociación Norteamericana de Enfermeras, 327-330
 - como sindicato profesional, 327-330
 - evolución de la, 327-330
 - pautas de la, 328
 - y la negociación colectiva, 327-330
- Atención, *véase también* Atención de los pacientes
 - calidad de la, 64
 - directa, 64
 - indirecta, 64
- Atención de los pacientes
 - clasificación de la, 255
 - de calidad, 64
 - directa, 64
 - efectos presupuestarios en la calidad de la, 254
 - hoja de observaciones del control de la calidad de la, (Fig. 10-1)
 - necesidades de cantidad de, 253-254
 - enfermería básica y, 83
 - enfoque funcional de la, 81
 - evaluación de la, 254-255
 - grado de autosuficiencia en la, 253 (Fig. 10-1)
 - hoja de observaciones del control de la calidad de la, (Fig. 10-1)
 - indirecta, 64
 - cálculo del índice de, 260-261
 - definición, 255
 - determinación de la, 259
 - fórmula de cotación de personal para, 259-261
 - índice de, (Fig. 10-2)
 - necesidades de cantidad de, 255-259
 - intensiva, 254
 - intermedia, 253
 - método de equipo, 83
 - método funcional de la, 83
 - método tradicional de asignación de casos, 83
 - objetivos que contribuyen de la, 64-67
 - parcial, 253-254
 - plan de atención individualizada en la, 255
 - que cuidan de sí mismos, 253
 - total, 253
- Autoridad
 - ámbito del control de la, 90
 - compartida, para realizar cambios, 183
 - de asesoría, 87-90
 - comparada con el trabajo de asesoría, 88-89
 - definición, 84-85
 - delegación de, 52, 86-87, 99-103
 - autocontrol y, 111

beneficios de la, 99-100
 control simultáneo de la, 117
 cuestionario de evaluación de la, 103
 efecto ambiental sobre la, 111-112
 factores de control de la, 109-111
 garantía de la, 110-111
 obstáculos de la, 100-103
 para realizar cambios, 183
 descentralización de, 83-84
 directiva, 88-90
 comparada con el trabajo directivo, 88-89
 distribución de, 94-95
 división de la, 85
 efectos de la comunicación en la, 95-96
 empleo de la, 111-113
 estructuración de la, 84-86
 formal, 85-86, 113-118, *véase también* Control funcional, 85
 unilateral, para realizar cambios, 182-183
 y el sistema de resolución de problemas, 197-198
 y funciones de trabajo formal, relación con, 93-94
 y satisfacción en el trabajo, 94-95
 Autoridad directiva, determinación de la responsabilidad de la, 89
 Auxiliar de enfermería, objetivos de la, 168-169

B

Bienestar del paciente, 55

C

Cadenas de Morkov, como una subespecialidad de la escuela cuantitativa, 8
 Cambio, 31-32 (Fig. 2-7), 172-191
 aceptación de la necesidad del, 178-179
 acto físico del, 185-186
 adaptación del individuo al, 201-203
 administrativo, 31-32
 adoctrinamiento en el, 174
 ambiente de la dirección como influencia en el, 182
 análisis del, 174-175
 análisis del campo de fuerzas del cambio de Lewin, (Fig. 7-1)
 aspectos experimentales del, 173
 ausencia de, 175
 autoridad compartida y, 183
 coercitivo, 174
 con fines de emulación, 174
 condiciones limitantes del, 182
 contrario al individualismo, 173-174
 determinación de los cambios necesarios, 181-184
 educativo, 173
 efectuados por el grupo, 184
 el problema del diagnóstico y el, 178-179
 en el comportamiento, 186-187
 enfoque de los elementos del, 185
 estabilización del, en un nuevo nivel, 184
 estímulos y criterios del, 188
 estructural, 185-186

evaluación del sistema de retroalimentación para el, 188-189
 exigencias de la comunidad respecto al, 176
 fase de supervisión del, 188-190
 fuerzas del
 como insumos, 176
 contrarias, 179
 la acción constante como, 176
 restrictivas, 180
 fuerzas de los procesos del, 176
 fuerzas externas del, 176
 fuerzas internas del, 176
 influencia de la organización en el, 182
 interactivo, 174
 la educación como fuerza del, 176
 limitaciones del, 235
 medio ambiente y, 176
 mejoramiento aceptable del, 189
 metas del, 178-179
 natural, 174
 naturaleza del, 172-175
 objetivos del, 177-179
 orientado a las tareas, 173
 planificado, 174
 estrategia del, 181-184
 estrategia para la creación de, 179-181
 marco conceptual del, 179-181
 modelo del, 175-190
 puesta en práctica del, 188-189
 problemas de medición del, 188-189
 problemas que intervienen en el, 173
 programación del, 185
 puesta en práctica del, 184
 real, 175
 recopilación de información para efectuar un diagnóstico del, 178-179
 renuencia al, 177-178
 resistencia al, 31-32
 útil, 181
 responsabilidad de la percepción respecto al, 177-178
 resultados del, 188-189
 símbolos del, 181
 socialización y, 174
 técnicas alternativas de, 184-188
 técnicas de, 231-232
 tecnocrático, 174
 tecnología del cambio, 173-174
 tecnología y, 176
 tecnológico, 187-188
 Cambio en el comportamiento, 186-187
 Cambio estructural, 185-186
 Cambio tecnológico, 187-188
 Ciencia administrativa; *véase también* teoría administrativa, escuela cuantitativa
 metas de la, 3-4
 Competencia, participación productiva en la, 140
 Comportamiento
 efectos de las expectativas en el, 192-193
 necesidades que influyen en el, 61

- Comportamiento del individuo
 - modelo de Getzel del, (Fig. 8-1)
 - normas del grupo respecto a, 91-92
 - Compromiso, conflicto de funciones respecto al, 214
 - Computadora
 - adelantos producidos por la, 8-9
 - introducción de la, en la escuela cuantitativa, 8-9
 - Comunicación, 95-98
 - arte de la, 285
 - canales formales de, 95-96
 - canales informales de, 95-96
 - capacidad de dirigir y, 316
 - como elemento esencial de la motivación, 132-133
 - como instrumento de coordinación, 210
 - de los supervisores, 97-98
 - efectos de la, en la organización, 52
 - en las relaciones interdepartamentales
 - áreas problemas de la, 226
 - evaluación formativa de la, 158-160
 - horizontal, 65
 - importancia de la, en la organización, 95-96
 - influencia de la, en la resolución de problemas, 198
 - movimiento descendente de la, 98
 - participación productiva en la, 132-133
 - peligros para la, 96-97
 - superposición de la comunicación formal e informal, 96-97
 - Comunidad, exigencias de la, respecto al cambio, 176
 - Concepto de uno mismo, 201
 - Concepto de sistemas, aplicado a las escuelas de pensamiento, (Cuadro 1)
 - Conductistas, 3
 - Conflicto
 - entre administradores y personal profesional, 345-350
 - Conflicto de roles
 - causas del, 213-214
 - en los empleados, 210-216
 - Modelo de Getzels del, (Fig. 8-1)
 - síntomas de, 214-215
 - situaciones de, 213
 - Conflicto derivado de la posición, 322-323
 - Conflicto entre la función y la personalidad
 - evasión del, 213
 - integración del, 213
 - surgimiento del, 212
 - Conflicto ideográfico, 346
 - Conflicto normativo, 346
 - Control, 113-119; *véase también* Autoridad, delegación
 - de a través de la retroalimentación, 116-117
 - ambito del, 90
 - como auxiliar del diagnóstico en las relaciones interdepartamentales, 101-229
 - conceptos clásicos de, 113-115
 - control orientado a las metas, 113-114
 - coordinación y, 229
 - de calidad, 117-118
 - de supervisión, 109-110
 - del presupuesto, 273-274
 - efecto de la descentralización en el, (Cuadro 4)
 - en la resolución de problemas, 199-200
 - función de dirección del, 118
 - garantías de, 110-111
 - política de, 118
 - preventivo, 116-117
 - adquisición de capital en el, 116-117
 - equipo en el, 116-117
 - estructura de la organización del, 116
 - personal en el, 116
 - puesta en práctica del, 115
 - simultáneo, 117
 - tipos de, 115-118
 - Cooperación
 - ambiente de, 133-134
 - y competencia, 140
 - Coordinación
 - en el nivel del individuo, 209
 - factores que contribuyen a la falta de, 210
 - formal, 108
 - general, 109
 - informal, 108
 - necesidad de, 107-109
 - problemas de comunicación y falta de, 209-210
 - programada, 109
 - Creación de departamentos como unidades independientes, 236
 - Criterio de tolerancia, 126
 - Cultura de la organización, influencia de la, en el cambio, 182
- D**
- Delegación
 - de autoridad, empleo apropiado de la, 52
 - de autoridad formal, 284
 - en el nivel del individuo, 207-208
 - Descentralización de autoridad, 83-84
 - parámetros de la, 84
 - ventajas de la, 83-84
 - Descripción de los puestos, 66
 - Desempeño
 - como satisfacción de los motivos personales, 205
 - tiempo medio de, formulario para, (Fig. 10-6)
 - Diagnóstico de problemas de relaciones interdepartamentales, 98-113
 - Diagnóstico del estudiante, 168-169
 - Diagnóstico del instructor, 169-170
 - Diagrama de Visibilidad, 649 (Fig. 9-3)
 - Dirección, 98-113
 - como auxiliar del diagnóstico, 228
 - control de supervisión, 109-113
 - coordinación como, 107-109
 - del presupuesto, 272-273
 - delegación de autoridad como, 99-103
 - proceso de la, 99-113
 - propósito de la, 98
 - supervisión, como, 103-107
 - y proceso de resolución de problemas, 186-188
 - Distribución
 - a nivel del individuo, 207-218

- de recursos humanos y económicos, véase Presupuesto empleado, 207-208
- Domino**
 - de roles, en la adaptación del individuo, 201
 - perfil del, 169-170
 - y las personas que alcanzan un alto grado de superación, 205-206
- Domino de roles, adaptación del individuo al, 201**
- Dotación de personal**
 - fórmula de, 259-261
 - formulario para el cálculo de las necesidades totales de, (Fig 10-9)
- E**
- Econometría en la escuela cuantitativa, 8**
- Economía, concepto funcional de, 147**
- Educación**
 - como fuerza del cambio, 176
 - del administrador de enfermería, véase Administrador de enfermería, preparación educativa del papel de la, en la administración, 129
 - programas de, 52
- Eficacia de los costos en la escuela cuantitativa, 8**
- Eficiencia, influencia tecnológica en la, 187-188**
- Eficiencia de la organización, influencia tecnológica en la, 187-188**
- Empleado, véase también Personal**
 - adaptación, 201-203
 - capacitación del, 62
 - compromiso del, aumento al máximo del, 31
 - conflicto de roles y el, 210-216
 - conservación y el, 203-204
 - coordinación y el, 209-210
 - diagnóstico del, 168-169
 - distribución de, 207-208
 - integración del, 208-209
 - lealtad del, 103-104
 - objetivos del, véase Objetivos del individuo
 - producto del, 204-207
 - tipos de personalidad del, 212-213
 - y ambiente, 65
 - y cambio en el comportamiento, 186-187
 - y resistencia al cambio, véase Cambio
- Encuesta de actitudes**
 - diagnóstico de la, para el cambio, 179
 - empleo de la, en la fase de diagnóstico, 188-189
- Enfermera diplomada, objetivos de la, 168-169**
- Enfermería básica, 83**
- Enfermería progresista, características de la, 128**
- Enfoque de sistemas, véase también Sistemas sociotécnicos abiertos**
 - descripción del, 35-39
 - insumos del, 37
 - procesamiento en el, 37-38
 - productos del, 38
- Enfoque de sistemas, comparado con el modelo tradicional, 29**
- EPTC, técnica de comprobación de, 8**
- Equipo (s)**
 - cohesión de los, 141
 - creación de, 235-236
 - motivado, 134-135
 - productivos, características de los, 140-141
 - tipos de, 139-140
- Equipo administrativo, eficiencia del, 127-128**
- Equipo de trabajo, y la toma de decisiones, 102-103**
- Equipo de salud, composición del, 53**
- Escuela cuantitativa, 8-8**
- Escuela del proceso administrativo, 6-7**
- Escuela de la administración científica, 4-6**
- Escuelas de pensamiento, véase Teoría administrativa**
- Especialización**
 - cambios futuros en la, 353-354
 - coordinación influenciada por la, 210
 - de enfermería, 302
 - y problemas de integración, 208-209
 - y relaciones laborales, 91
 - y tensión, 210-211
- Especificaciones de los puestos, evaluación de, (Cuadro 6)**
- Estados financieros, análisis de los, 118**
- Estructura de contingencia de la organización, 124-125**
- Estructura de la organización, influencia de la, en el cambio, 182**
- Estructura de los puestos, 225**
- Estructura humana, creación de, 65**
- Estudio de la productividad, 6-7**
- Evaluación**
 - acumulativa, 161
 - elemento, de la, 164
 - frecuencia de las pruebas en la, 161
 - modelo de la, 166-170
 - pruebas de la, 164-166
 - como medida del éxito, 157
 - comparación de, con la medición, 163
 - criterios de, 76-78
 - definición, 157
 - definición de los objetivos de la, 155
 - de información
 - interpretación de, 155-156
 - recopilación de, 156
 - recopilación y análisis de la, 242
 - tratamiento de la, 241-242
 - de habilidades motoras, 156
 - de programas, como subespecialidad de la escuela cuantitativa, 8
 - del medio, ambiente 140-141
 - de la retroalimentación, 242
 - dominio de la, 168
 - de las relaciones interdepartamentales, 238-243
 - diagnóstico del empleado en, 168-169
 - diagnóstico del instructor en la, 169-170
 - diagnóstico del supervisor, 169-170
 - elemento de descripción de la, 155
 - elemento de diagnóstico de la, 164
 - elemento de juicio, 154-155
 - elemento formativo de la, 164
 - elemento selectivo de la, 164
 - empleo de cuestionarios en la, 242
 - establecimiento del objetivo de la, 165
 - formativa, 153-168

aplicación de la, 158
 cambio en el comportamiento en la, 159-160
 comunicación en la, 158
 diagnóstico de la, 158
 efecto del refuerzo de la, 161
 evaluación inicial, 161
 frecuencia de las pruebas de, 160
 funciones de la, 160-161
 meta de la, 158
 modelo de la, 166-170
 pronóstico en la, 161
 propósito de la, 160-161
 regulación de la, 160
 retroalimentación en la, 160
 unidad de aprendizaje, 158-160
 frecuencia de la, 161
 grupos de ítems de la, elaboración de, 164-166
 instrumentos de la, elaboración de, 164-166
 justipreciación en la, 155
 medidas que se deben tomar con los resultados, 242-243
 muestreo en la, 165
 objetividad y confiabilidad, 165
 objetivo de los individuos en la, 155
 para juzgar el progreso, 161
 perfil del dominio, 169
 por criterios, 162
 por normas, 162-163
 presupuesto de la, 275-277
 procedimiento de, 155-158
 proceso de cambio en la, 188-189
 propósitos de la, 154
 validez de la, 165-166
 y medición, *véase* Medición
 y participación, 140-141
 Evaluación por criterios
 empleo correcto de la, 162-163
 medición de la, 162
 Evaluación por normas, 162-163

F

Fiabilidad, como instrumento de la evaluación, 163
 Filosofía de la administración de servicios de enfermería 51-52
 Finanzas, problemas de distribución, 207-208
 Flujo de trabajo, 238
 Formulario de clasificación de los pacientes, (Fig 10-3)
 Formulario de cálculo de información de la unidad de enfermería, (Fig 10-8)
 Formulario de recopilación de información acerca de los pacientes, (Fig 10-4)
 Formulario para actividades indirectas, (Fig 10-5)
 Fuerzas ambientales, respuesta dinámica a las, 123
 Funciones administrativas, (Fig 4-1)
 Futuro
 factores que influyen en el cambio, 352
 una mirada al, 352-361

G

Gastos de capital, consideraciones presupuestarias de los, 271-272

Grupos de características
 auxiliar para la evaluación de los, (Cuadro 6)
 elementos de los, 164-165

H

Habilidades motoras, evaluación de las, 156
 Hoja de control de las actividades, (Fig 9-3)
 Hoja de observaciones del control de la calidad, (Fig 10-1)
 Hospital, *véase también* institución de atención de la salud; organización de atención de la salud
 administración del, en sus primeros tiempos, 12-15
 administrador gerencial, del 14
 diseño del, 147-150
 funciones del, definición, 143-146
 insumos del, 35-37
 objetivo del, 143
 propiedades del,
 comodidad, 144
 expresión, 145-146
 utilidad, 144
 puestos administrativos en el, 12-15
 requisitos del, físicos, 146-150
 sistemas y subsistemas del, 144

I

Individuos, relaciones interdepartamentales y los, 227
 Información
 análisis de la, 242
 formulario del cálculo de, de la unidad de enfermería, (Fig 10-8)
 recopilación de la, 242
 etapa de, en la resolución de problemas, 194
 formulario de la, de los pacientes, (Fig. 10-4)
 resumen de la, 242
 Información, en el modelo de la teoría administrativa, 28-30
 Innovación
 como función de la administración de servicios de enfermería, 1-2
 en los factores humanos y de la organización, 129-131
 Innovación tecnológica e incremento per cápita del ingreso, 128-129
 Institución (es) de atención de la salud, *véase también*
 Organización de la atención de salud, Hospital
 aspectos formales de las, 91-92
 aspectos informales de las, 91-92
 como mezclas de procesos, 232-234
 factores que afectan la misión de las, 52-53
 grandes, relaciones laborales, 91-92
 insumos de las, 192-193
 maquetas de, para la planificación, 143
 marco de referencia de, planificación de, 150-151
 medio ambiente físico de las, normas del 144-150
 pequeñas, relaciones laborales, 91-92
 valor estético, evaluación del, 149-150
 Instrumento, de evaluación, 164
 Insumos

- análisis de los, 221-222
 - calidad de los, 41-42
 - como influencia en la institución de atención de la salud, 53
 - de la administración del hospital, 219
 - de la comunidad, 219
 - de los administradores de servicios de enfermería, 221
 - de los grupos de clientes, 55-56
 - de los pacientes, 219-221
 - del personal de enfermería, 219
 - del personal médico, 219
 - del presupuesto, 247-249
 - del trabajo, 35-38
 - en el establecimiento de objetivos, 54-55
 - fuentes del, 35-39
 - información e, 35-38
 - información pertinente como, para la resolución de problemas, 194
 - normas como, 55
 - relaciones interdepartamentales e, 219-221
 - valores socioculturales como, 55
 - Integración
 - como función de la administración de servicios de enfermería, 1-2
 - en el nivel del individuo, 208-209
 - indicadores de los objetivos que miden la, (Cuadro 7)
 - signos, de inadecuada, 208-209
 - Interdependencia, adaptación del individuo a la, 200-201
 - Intervención
 - en el proceso de resolución de problemas, 200
 - y las relaciones interdepartamentales, 230-238
 - Investigación, educación en, 301-302
 - Investigación de operaciones, 8
- J**
- Javis-Grann, propuesta de Ley de, 332
- L**
- Ley de Derechos Civiles, 332
 - Ley de Enfermeras especialistas, 332
 - Ley de Reforma de las Pensiones (ERISA), 331-332
 - Ley de Thorndike, 60
 - Ley del Efecto, 282-283
 - Ley Dills, 332-333
 - Ley Meyer-Milias, Brown (MMB), 331
 - Ley Taft-Hartley, 330
 - Ley Wagner, 330-331
 - Liderazgo, 305-325
 - autocrático, 318-319
 - capacidad de comunicación en el, 316
 - compartido y participación productiva, 140-141
 - comportamiento como
 - apropiado, 318-319
 - factores que influyen en el, 319-320
 - comportamiento innovador y, 320-321
 - concepto de poder en el, 307-308
 - confianza en el, 316-320
 - democrático, 318-319
 - desde el punto de vista psicológico, 308
 - e interacción entre los grupos, 312
 - eficaz, 317-318
 - en la organización de servicios de enfermería, 318-321
 - en un medio competitivo, 320-321
 - enfoque antropológico del, 309
 - enfoque personal y del comportamiento del, 313
 - enfoque sociológico del, 308-309
 - establecimiento de metas en el, 313
 - estilo de, 311-312
 - factores del, 314-318
 - para el comportamiento adecuado, 315-317
 - habilidades de, del administrador de enfermería, 281-284
 - habilidades de, del administrador de enfermería, 281-284
 - organizaciones de la atención de salud, y el, 321-322
 - personalidad del administrador de servicios de enfermería que afecta el, 322-324
 - perspectiva del liderazgo, (Fig 12-2)
 - relación del, con otros procesos administrativos, 317-318
 - teoría de las características del, 309
 - teoría situacional del, 314-315
 - teorías del, 309-318
 - Teorías personales y del comportamiento del, 310-314
 - autocracia benévola, 310-311
 - gama o continuo del liderazgo, 310
 - líderes que se concentran en el trabajo, 311
 - líderes que se concentran en los empleados, 311
 - teoría bidimensional, 311
 - teoría de la red o rejilla administrativa, 311-314
 - trabajo de, 308-309
 - y bases de poder, 305-307
 - y conflicto de posición, 323
 - y conocimiento de uno mismo, 315-316
 - y el trabajo en equipo, 312
 - y factores de influencia, 306
 - y grupos de seminarios experimentales, 312
 - y responsabilidad, 316
- M**
- Marco de referencia de las normas, elección del, 162-163
 - Marco de referencia de los actos conceptuales, diagnóstico de problemas utilizando el, 222-230
 - Marco de referencia de sistemas, 32-35, véase también
 - Sistemas sociotécnicos abiertos, Sistemas abiertos, Enfoque de sistemas
 - aplicación del, a la enfermería, 25-26
 - empleo funcional del 42-44
 - propósito del, 33
 - ventajas del, 38-39
 - Mecanismo cognoscitivo, 201
 - Mecanismo regulador, 201
 - Medición
 - ausencia de distorsiones en la, 163

- carácter distintivos de la, 163
- comparada con la evaluación, 163-164
- de la creación de un instrumento de evaluación, 164
- meta de, 163
- por criterios, 162-163
- por normas, 162-163
- y grupos de características, 164-166
- y valores cuantitativos, 161-161
- Medio ambiente *véase también* teoría del modelo administrativo, medio de la
 - ciclo de adaptación y enfrentamiento del, 125
 - clasificación del, 122-123
 - como propiciador del cambio, 176
 - conceptual, 25, 43, 64-65, 126-141
 - características del, 127-129
 - como subsistema de la organización, 46
 - definición funcional del, 126-127
 - educación del administrador de enfermería respecto al 299-300
 - el elemento humano en el, 126
 - objetivos que contribuyen al, 62-63
- cultural, 124
- de adaptación, relaciones eficaces dentro de un, 129-131
- de innovaciones, relaciones eficaces con el, 129-121
- de la organización
 - efecto de la enfermera en el, 127-128
 - efectos de las actitudes en el, 131
 - sistemas superpuestos del, 124
- de trabajo, relación del, con el modelo de la teoría administrativa, 25
- definición, 122
- descentralización del, necesidades de, 111
- efectos de la población que crea conflictos en el, 44
- efecto de las comunicaciones en el, 52
- efectos de los insumos en el, 52-53
 - en la elaboración del presupuesto, 249
- efectos del comportamiento en el, 192-193
- en el modelo de la teoría administrativa, 26-30
- externo
 - definición, 122-123
 - estudiando mediante el marco de referencia de sistemas, 34
 - interacciones del, 124
 - limitaciones del, 27-28
- favorable, 122
- físico, 25, 43, 64, 141-150
 - como subsistencia de la organización, 44-46
 - educación del administrador de servicios de enfermería respecto al, 300-301
 - fenómenos relacionados con el, (Cuadro 5)
 - objetivos del, 144-150
 - objetivos que contribuyen al, 64-67
 - procesos de planificación del, 141-144
 - fronteras del, 123
 - en los sistemas sociotécnicos abiertos, 39
 - futuros cambios en el, 956-957
 - heterogéneo, 122
 - homogéneo, 122
 - hostil, 122
 - interno
 - definición, 124
 - fronteras, 124-125
 - influencia del, 87
 - interacciones con, 124
 - limitaciones del, 27-28
 - análisis de las, 26
 - económicas, 28
 - educativas, 27-28
 - efecto de las, 44
 - políticas y legales, 28
 - sociológicas y culturales, 28
 - plácido, 123
 - población destinataria y el, efectos sobre, 43
 - población que actúa y el, 43
 - población que apoya y el, efectos sobre, 43
 - población que media y el, 43
 - población que procesa y el, 43
 - resistencia determinada por el, 135
 - responsabilidad de la supervisión respecto al, 103-107
 - tecnológico, 124
 - turbulento, 123
 - y cooperación, ambiente de, 133-134
 - y efectos en el presupuesto, 249
 - y movilidad de la población, 53
- Medio ambiente físico, 63, *véase también* Medio como subsistema de la organización, 46
- educación del administrador de enfermería respecto al, 300-301
- objetivos que contribuyen al, 65
- Metas
 - a corto plazo, 58
 - a largo plazo, 58
 - a mediano plazo, 58
 - actos administrativos relacionados con las, 31
 - comparadas con los objetivos, 54
 - consecución de
 - efectos del presupuesto en la 245
 - interferencia con la, 218
 - cuantificación de las, 57
 - de la organización, 34, 51-68; *véase también* Objetivos de la organización
 - consecución de las, 170
 - de los sistemas sociotécnicos abiertos, 45-46
 - definición, 53-54
 - del individuo, 51-68; *véase también* Objetivos del individuo consecución de, 170
 - efectos del ambiente en las, 126
 - elaboración de, 56
 - establecimiento de, 38
 - expectativas futuras y las, 352
 - insumos ambientales en las, 34-35
 - planificación estratégica de las, 71
 - realización de las, 31
 - relacionadas con el cambio, 178-179
 - resistencia a la, a través del temor, 180-181
- Metas de la organización, *véase* Objetivos; Objetivos de la organización
- Método de equipo, 83
- Método de rutas críticas en la escuela cuantitativa, 8
- Modelo conceptual, evaluación del, 166-168
- Modelo de la evaluación formativa y acumulativa, 166-168
- Modelo de la teoría administrativa; *véase también*

Sistema sociotécnico abierto, Marco de referencia de sistemas

- conceptos del, 34
- consecución de metas y el, 31
- dentro de un marco de referencia de sistemas (Fig 2-1)
- el cambio y el, *véase* Cambio
- el medio conceptual y el, 25
- la percepción en el, 28-30
- elementos del, 24-35
 - correlación de los, 35
- elementos del, 25
- empleos del, 33
- evaluaciones del, 30-31
 - de la población que actúa, 30
- flujo de información y energía del, 28-31
- el mecanismo de toma de decisiones como, 28, (Fig. 2-5)
- el procesador del medio como, 28, 31, (Fig 2-5)
- funcional, 42-44
- fundamento del, 33
 - elementos del, 24-25
- mecanismo de toma de decisiones del, 28
- medio ambiente de trabajo del, 24-25
- medio ambiente del, *véase también* Medio ambiente
- el procesador como, 28, (Fig 2-5)
- elementos del, (Fig. 2-3)
- externo del, 25-28
- medio físico del, 25

Modelos matemáticos, uso de los, en la administración de enfermería, 4

Motivación

- aceptación de nuevos programas y, 136
- creación de la, 131
- de las enfermeras profesionales, 103-104
- del empleado, 103-104
- efectos de la combinación en la, 132
- efectos del comportamiento en la, 192-193
- en relación con el desempeño, 133-134
- equipo y, 134-135
- influencia del administrador de enfermería en la, 282-283
- y estructuración de una organización que se motive a sí misma, 236-237
- y la jerarquía de necesidades de Maslow, 308
- y los incentivos, 133

Muestreo, como instrumento de evaluación, 165

N

Necesidades fisiológicas, adaptación del individuo a las 543

Necesidades humanas, evaluación de las, 131-132

Negociación, *véase también* Negociación colectiva

- definición, 338-339
- educación y capacitación de los administradores de enfermería en, 338-345
 - ejercicios de, 343-344
 - estudio de un caso, 344-345
 - proceso de, 342-343
 - preparación para, 340-342

- conducción de reuniones como, 341
- estrategia y tácticas, 341-342
- material para la, 340-341

Negociación colectiva, 327-338

- Asociación de Enfermeras de California, 332-338
- Asociación Norteamericana de Enfermeras, 327-332
- historia de la, 327-330
- sistemas legales de la, 330-332
- Niveles de funcionamiento humano, 129-131
 - cognoscitivo, 129-130
 - interpersonal, 130
 - motivacional y emocional, 130
 - relativo a la organización, 131

Normas

- del grupo, como factor que influye en el cambio, 182
- democráticas, 173-174
- reflejadas en el ambiente, 126
- Normas del grupo
 - como influencia en el cambio, 182
 - como medida de control. 91-92

O

Objetividad, como instrumento de evaluación, 165

Objetivos; *véase también* Metas

- administración por, 38-58
 - comparados con las metas, 53-54
- comportamientos especificados en los, (Cuadro 6)
- como instrumento de la medición, 166
- del auxiliar de enfermería, 166
- de la organización, 43, 51-68
- de las enfermeras diplomadas, 166
- de los sistemas sociotécnicos abiertos, 44, 45
- definición, 53-54
- del cambio, 178-179
- establecimiento de, 195
 - de la organización, 222
 - grupos de características del, 164-166
 - insumos del, 53-54
 - presupuestarios, 249
- flexibles, 58
- habilidades necesarias para especificar los, 164
- individuales, 51-68, *véase también* Objetivos del individuo
- resumen moderno de los, 62-63
- y prioridades presupuestarias, 250-252
- Objetivos de la organización
 - agrupación de actividades de los, 80-81
 - búsqueda de la falla en los, 222-223
 - comportamiento final que se espera de, 57
 - como determinación de la consecución de metas, 170
 - consecución de los, 170
 - contribución de los, a los objetivos del individuo, 66-67
 - criterios para determinar los, 57
 - cuantificación de los, 57
 - cursos de acción alternativos de los 74-75
 - definición de los, 78
 - diseño de actividades de los, 80-81
 - eficacia de los, 75

- ejemplo de los, 63-67
 - elección de los, 78
 - especulativos, 60
 - establecimiento de, 75- 222
 - estrategia de los, 53
 - evaluación de la capacidad y de los, 74
 - evaluación de los, 75
 - flexibles, 58
 - funcionalización de los, 57-58
 - planificación de los, 73-74
 - primarios, 59
 - primordial, 63-64
 - critérios de desempeño del, 63
 - prioridades de los, 75
 - puesta en práctica de los, 75
 - que contribuyen, 64-67
 - relación de los administradores con los, 55-56
 - relación de los, con los objetivos de los individuos, 61-63
 - secundarios, 59
 - sociales, 59
 - valor de los, para el individuo, 54
 - y medio conceptual óptimo, 127
 - y necesidades de los individuos, 192
 - y reforzamiento mutuo, 60
 - y valores del grupo, 56
 - Objetivos del individuo, 51-68
 - bases de los, 60-61
 - como determinantes de la consecución de las metas, 170
 - consecución de los, 170
 - contribución de los objetivos de la organización a los, 65-66
 - determinación de los, 43
 - eficacia de los, 75
 - ejemplo de, 63-67
 - establecimiento de los, 53-58
 - evaluación de la capacidad de los, 74
 - evaluación de los, 75-76, 155-156
 - integrados con las necesidades de la organización, 208-209
 - motivación de los, 58-59, 103-104
 - planificación de los, 73-74
 - primordial, 63-67
 - puesta en práctica de los, 75
 - relación de los, con los objetivos de la organización, 54-61
 - subordinación de los, a los objetivos de la organización, 60-61
 - y el medio conceptual óptimo, 127
 - y el reforzamiento mutuo, 60
 - Organigrama, 92-93
 - elaboración de un, 65
 - Organización
 - definición, 77-78
 - que se motiva a sí misma, 236-237
 - Organización
 - agrupación de actividades y, 80-81
 - aspectos formales de la, 91-98
 - aspectos informales de la, 91-92
 - como auxiliar del diagnóstico,
 - de las relaciones interdepartamentales, 262-270
 - en la resolución de problemas, 197-199
 - estructura de autoridad como, 197, 225-226
 - y estructura de los puestos, 197, 225
 - y sistemas de comunicación, 198, 226
 - y sistema social, 198-199, 226-227
 - de la comunicación, 95-98
 - de la descentralización de autoridad, 83-84
 - de la estructuración de la autoridad, 84-86, *véase también* Autoridad
 - de las relaciones laborales, 90-95
 - del plan de preparación del presupuesto, 247
 - diseño de actividades de la, 80-81
 - enfoque funcional de la, 81-83
 - principios de, 78-79
 - Organización
 - y el nivel administrativo, 143
 - y el nivel institucional, 143
 - y el nivel técnico, 143-144
 - Organizaciones, características de las, que tienen éxito, 78
 - Organización de la atención de salud, *véase también*
 - Instituciones de atención de la salud, Hospital
 - como influencia del liderazgo, 321-322
 - como sistema que resuelve problemas, 192
 - comparada con las organizaciones industriales, 11-12
 - medio ambiente externo de la, 26-28
 - principios básicos, 30-31
 - principios operativos, 23-31
 - restricciones de la, 38
 - y el cambio en la organización, 178-179
 - Organización formal, influencia del cambio en la, 182
 - Organización mundial de la Salud, recomendaciones de la, 51-52
 - Orientaciones de las relaciones, categorías de, 212-213
- P
- Paciente, procesamiento del, día representativo del, (Fig 9-1)
 - Participación
 - características de la participación satisfactoria del personal, 139-140
 - del personal, 136-141
 - productiva del personal, 140-141
 - Pensamiento administrativo, *véase* teoría administrativa
 - Percepción
 - como etapa de la resolución de problemas 194-195
 - en la preparación del presupuesto, 249
 - y cambio, 178-179
 - y las relaciones interdepartamentales, 221-222
 - Perfil de dominio, en cada una de las categorías de objetivos, 169
 - Perfil del éxito, 169-170
 - Persona competente, el administrador como, 137-138
 - Personal
 - compromiso del, 128
 - adquisición de, 131-132
 - participación del, 128, 131-132

- políticas de personal
 - elaboración de, 62
 - relación de, con los objetivos, 66
- profesional y los administradores, conflictos entre, 345-350
- reacción del, al cambio estructurado, 185-186
- resistencia del, a las órdenes, 179-181
- y presupuesto, 247-248
- Personalidad, categorías de, 212-213
- Personalidades agresivas y dominantes, 213
- Personalidades altruistas y educadoras, 213
- Personalidades analíticas y autónomas, 213
- Plan
 - para la preparación del presupuesto, 247
 - prueba previa del, 242
- Planificación, 69-77
 - análisis y evaluación de la, 72-73
 - como instrumento de diagnóstico en la resolución de problemas, 195-197
 - del medio ambiente físico, 141-144
 - de la calidad y calidad de la atención de enfermería, 223-224
 - de la intervención en la resolución de problemas, 200
 - en el marco de la institución de atención de la salud, 150-151
 - estratégica, 71, 223
 - etapas de la, 72-76
 - evaluación de la, 75-76
 - criterios para, 76-77
 - fuerzas de la, 71-72
 - externas, 72
 - internas, 72
 - función de la, 82
 - medición de los resultados de la, 75
 - naturaleza de la, 70-71
 - presupuestaria, 249-275
 - principales características de la, (Cuadro 3)
 - proceso de, 71-76
 - puesta en práctica de la, 75
 - responsabilidad en cuanto a, 71
 - táctica, 71
 - y cursos de acción alternativos, 74-75
 - y la meta de la organización, 73-74
 - y las metas de los individuos, 73-74
 - y medidas sobre los resultados de las evaluaciones, 242-243
 - y prioridades, 75
- Población de apoyo, 38
 - efectos ambientales sobre la, 44
- Población destinataria,
 - definición, 37
 - efecto de la, en la población que contribuye al efecto, 44
 - efectos ambientales en la, 43
- Población que actúa, (Fig 2-6)
 - definición, 37
 - influencia ambiental sobre la, 43-44
- Población que contribuye al efecto,
 - definición, 37-38
 - como influencia en la población destinataria, 43-44
- Población que crea conflictos, 37
- Población que media, influencia de la, en el medio ambiente, 43
- Población que procesa, influencia de la, en el medio, 43-44
- Políticas
 - de personal
 - efectos del presupuesto en las, 244
 - evaluación de las, (Cuadro 6)
 - elaboración de, 64-67
 - elaboración de las, por parte de la organización, (Cuadro 6)
- Precedentes legales como influencias del cambio, 182
- Predicción de la función del administrador de enfermería en el futuro, 350-360
- Presupuesto, 244-278
 - administración del, 274
 - asignación de personal en el, 259-261
 - autorización del, 274
 - categorización de los pacientes en el, 252-261
 - comité para el, 248
 - comunicación del, 274
 - condiciones que debe propiciar el, 245
 - consecución de los objetivos del, 270-271
 - control del, 273-274
 - de servicios de apoyo, 270
 - de suministros, 270-271
 - definición, 244-245
 - desventajas del, 245-246
 - dirección del, 272, 273
 - diseño del, 250-272
 - efecto ambiental sobre el, 249
 - elaboración del, como función del administrador de servicios de enfermería, 275-277
 - establecimiento de los objetivos del, 251-252
 - estimación del,
 - comparadas con los gastos, 273-274
 - diferencias en las, 274
 - etapas del, 274-277
 - evaluación de los programas del, 250
 - factores que determinan las necesidades del servicio de enfermería en el, 246-247
 - fórmula de la dotación de personal para el, 259-261
 - formulación del, 274
 - gastos administrativos del, 270
 - índice de atención indirecta y el, 260-261
 - información suministrada por el departamento de contabilidad, 248
 - insumos y el, 247-249
 - justificación del, ante el administrador, 275-276
 - la toma de decisiones y el, 247
 - medidas correctivas del, 274
 - necesidades de atención de los pacientes y el, *véase* Atención de los pacientes
 - necesidades de salarios en el, 252-270
 - obtención de información sobre el, 275
 - para equipo, 270
 - para gastos de capital, 271-272
 - para realizar una evaluación, 275-276
 - personal, *véase también* Atención de los pacientes
 - asignación del, 260-261
 - basado en las necesidades del personal, 252-261

- planificación del, 249-275
 - actividades más importantes del, 250
 - objetivos más importantes del, 250-252
- preparación del,
 - organización en el, 247
 - percepción en la, 249
- programación del, 251-272
- propósito del, 244-245
- responsabilidad de los resultados del, 274-277
- resumen del proceso del, 274-277
- revisión del, 272-274
- ventajas del, 245-246
- Problemas**
 - adaptación a, 201-203
 - conservación en los, 203-204
 - coordinación en los, 209-210
 - de la organización, clasificación de los, 193-194
 - de relaciones entre el individuo y el grupo, 192-217
 - distribución en los, 207-208
 - en el nivel de los individuos, 200-216
 - producto de los, 204
 - tensión en los, 210-216
 - integración en los, 208-209
- Problemas de la organización, clasificación de los, 193**
- Problemas de relaciones entre el individuo y el grupo, 192-217**
- Procedimiento de quejas, 337**
- Procesador del medio ambiente, definición, 37-38**
- Procesamiento electrónico de datos, 8**
- Proceso administrativo compuesto, 69-121**
 - actos conceptuales del, 69-98
 - la organización como, 77-98
 - la planificación como, 69-77
 - actos físicos del, 98-118
 - el control como, 113-118
 - la dirección como, 98-113
 - como subsistema de la organización 47
 - elementos del, 48
 - estudios de posgrado en, 296-297
 - y la elaboración del presupuesto, empleo del 249-250
 - y la resolución de problemas empleo del 194-200
- Proceso compuesto, 43**
- Proceso de evaluación, relación del, con los insumos, 42-43**
- Proceso de resolución de problemas 192-217**
 - diagnóstico utilizando el marco de referencia del proceso administrativo compuesto (PAC) del, 195-200
 - dirección y control como auxiliares del diagnóstico del, 199-200
 - establecimiento de objetivos en el, 195
 - evaluación en el, 200
 - intervención en el 200
 - organización como auxiliar del diagnóstico del, 197-199
 - percepción en el, 194-195
 - proceso de planificación como instrumento de diagnóstico del, 196
 - recopilación de información del, 194
- Producto**
 - clasificación del, 38
 - comparación por normas del, 162
 - tolerancia improductiva del, 126
 - y problemas, individuo, 204-207
- Programa de Seguridad Económica, 326**
- Programación, del presupuesto, 251-252**
- Programación lineal, como subespecialidad de la escuela cuantitativa, 8**
- Psicología industrial, primeros estudios de la, 7**
- Puesta en práctica de la solución propuesta, 235-238**
- R**
 - Recursos, la integración como elemento clave del empleo de los, 1-2**
 - Recursos financieros, propuesto de, 249-250**
 - Relaciones interdepartamentales, 218-243**
 - análisis de las, 218-222
 - diagnóstico de las, empleado el marco de referencia de los actos físicos y conceptuales, 222-230
 - e instrumentos de diagnóstico, 224
 - e insumos, 219-221
 - e intervención, 230-231
 - evaluación de las, 238-243
 - formulación del diagnóstico, 229-230
 - limitaciones de las, 234-235
 - y administración por excepción, 215-236
 - y cambio, técnicas de, 230-232
 - y coordinación, 223-224
 - y creación de departamentos como unidades independientes, 236
 - e integración de equipos, 235-236
 - y el individuo, 227
 - y estructura de los puestos, 225
 - y funciones independientes, 227
 - y grupos horizontales, 236
 - y objetivos, 222
 - y percepción, 221-222
 - y planificación de la estrategia, 223
 - y principios de resolución de problemas, 232
 - y programación, 223-224
 - y recursos humanos, 232
 - y sistema de autoridad, 225-226
 - y sistema de comunicaciones, 226
 - y sistema de insumos y productos, 232
 - y sistema social, 226-227
 - Relaciones laborales**
 - determinantes de las, 90-98
 - y tamaño de la institución, 90-91
 - Relaciones obrero-patronales, 332-338**
 - administración de convenios en las, 336-338
 - determinación de unidades en las, 332-334
 - efecto de las, 338
 - negociaciones en las, 334-336
 - Rendimiento administrativo, 31, véase también Metas**
 - Resolución de problemas**
 - como capacidad del administrador de enfermería, 236-237
 - división de áreas de la, 238
 - en las relaciones interdepartamentales, 232
 - Responsabilidad**
 - delegación de, 86-87
 - deseo del líder de asumir la, 316-317

estructuración de la, 84-86

Responsabilidad

del administrador de enfermería, 284-286

del presupuesto, 273-277

delegación de, 86-87

determinación de la autoridad directiva en la, 88-90

disposición del líder a asumir la, 317-318

estructuración de la, 84-90

resultados en el presupuesto de la, 273-277

Restricciones, 38; *véase también* Medio, restricciones del, a las que tiene que hacer frente el administrador, 124

Resultados finales equiparables, 42

Retroalimentación

como instrumento de la evaluación formativa, 160

como insumo de la organización, 37

del medio ambiente, 140-141

en los sistemas abiertos, 41-42

evaluación de la, 242

usos evaluativos de la, en el proceso del cambio, 188-190

Retroalimentación de los pacientes, 219-221

Revivificación, del individuo, 316-317

Revolución industrial, 4

S

Satisfacción

determinación de la, 206

participación y, 141

Satisfacción del trabajo, 38

desempeño y, 94-95

Percepción

flujo de información y energía, 28-30 (Fig 2-5)

responsabilidad del, durante el cambio, 32

y función del marco de referencia de sistemas, 34

y función del proceso de evaluación, 42-43

Servicios de enfermería, factores que afectan la misión de los, 52-53

Símbolos, Cuadro 2)

Simulación, como subespecialidad de la escuela cuantitativa, 8

Sistemas

abierto, 26-27, *véase* Sistemas sociotécnicos abiertos

cerrado

definición, 10

descripción del, 35-37

sociotécnicos; *véase* Sistemas sociotécnicos abiertos

Sistemas abiertos

concepto de, 123-124

definición, 10

Sistema de atención de salud, fronteras del, definición, 26

Sistema de autoridad, problemas del, respecto a las relaciones interdepartamentales, 225-226

Sistema de control, como influencia del cambio, 182

Sistemas legales de la negociación colectiva, 330-332

Sistema que resuelve problemas, la organización de atención de la salud como, 192

Sistema social, problemas de relaciones interdeparta-

mentales en el, 226-227

Sistemas sociotécnicos, *véase* Sistemas sociotécnicos abiertos

Sistemas sociotécnicos abiertos, *véase también* Enfoque de sistemas, Marco de referencia de sistemas

autorregulación, 40

características de los, 39-42

descripción de los, 35-37

en equilibrio, 40

fronteras de los, 39

articulación en, 39

metas de los, 45

modelo de organización social de los, (Fig 2-8)

normas que rigen las fronteras de los, 39

objetivos de los, 45

origen de los, 44-45

retroalimentación en, 41-42

resultados finales equiparables en los, 42

segregación progresiva en los, 40

subdivisiones jerárquicas de los, 39-40

subsistemas de los, como sistemas técnicos, 44-49

Suministros, consideraciones presupuestarias sobre los, 270-271

Superación del personal, como capacidad del administrador de enfermería, 283

Superación profesional del personal, 283-284

Supervisor

como responsabilidad del administrador, 139-140

de la toma de decisiones, 137-138

del proceso del grupo, 138-139

Supervisor

diagnóstico del, 169-170

responsabilidad del, 103-107

Supervisor del proceso del grupo, 138-139

T

Técnica de comprobación (EPTC) como subespecialidad de la escuela cuantitativa, 8

Tecnología

cambio y, 175-176

como subsistema de la organización, 46

organización de la, 143-144

Tensión en el conflicto de roles del empleado, 210-212

Teoría, *véase también* Teoría administrativa, Modelo de la teoría administrativa

biológica, 117

características de la, 17-19

críterios de la, 17-19

deductiva, 16

del liderazgo, *véase* Liderazgo

elementos de la, 16

física, 117

función de la, 16

funcional, 16-17

inductiva, 16

naturaleza de la, 15-16

procedimientos para elaborar una, 16-17

deductiva, 16

tradicional de la organización, 125

y modelo teórico, 16

Teoría administrativa, 1-20, 24, *véase también* Administrativa
 Modelo de la teoría administrativa
 clasificación de, 2-4, 9
 comparación entre la organización de industrias y hospitales en la, 10-11
 conceptos de sistemas de la, aplicadas a las escuelas de pensamiento, 9-10
 contribución de la, a la administración de servicios de enfermería, 10-15
 escuela cuantitativa de la, 8-9
 procesamiento electrónico de datos, 8-9
 subespecialidades de la, 8
 ventajas y desventajas de la, 10
 escuela de la administración científica de la, 2-3
 principios de la, 5
 ventajas y desventajas de la, 10
 escuela de la ciencia de la conducta de la, 3, 7-8
 estudio de productividad y la, 6-7
 ventajas y desventajas de la, 10
 escuela del proceso administrativo de la, 6-7
 comparada con la escuela de la administración científica, 6-7
 ventajas y desventajas de la, 10
 historia de la, 1-20
 clásica, 2-3
 la Revolución Industrial en, 4
 moderna, 3-4
 neoclásica, 3
 innovación en la, 1-2
 integración en la, 1-2
 los conductistas y la, 3
 marco de referencia de sistemas de la, 21-50
 modelos matemáticos de la, 4

 proceso compuesto de la, 25
 sistema tradicional de la, 2
 Teoría de colas, 8
 Teoría de estrategias y juegos, como subespecialidad de la escuela cuantitativa, 8
 Teoría de la rejilla administrativa, 311-314
 Teoría de las decisiones, 8
 Teoría de los modelos, como subespecialidad de la escuela cuantitativa, 8
 Teoría de sistemas, como subespecialidad de la escuela cuantitativa, 8
 Tipos de poder, 307
 Toma de decisiones
 en el proceso del presupuesto, 247
 proceso de, participación en el, 135
 supervisor de la, 137-138
 y equipo de trabajo, 139-140
 Trabajo directivo
 comparación del, con la autoridad directiva, 89
 definición, 87-88
 Trabajo, distribución y satisfacción en el, 94-95

U

Utilidad, concepto funcional de, 144 (Cuadro 5)

V

Valores

 del grupo, 56
 definición de, 55
 influencia de los, en el cambio, 181
 reflejados en el ambiente, 126

"Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de Ciencias de la Salud de América Latina y se publica dentro de los programas de educación de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional, constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo".



AAE02

AAE 02
ISBN 92 75 31022 X