



José Serlin
Roxana Dubois
Claudia Morbelli
Marisa Parolin
Rubén Rodríguez Garay

Instituto de Investigaciones y Asistencia Tecnológica en Administración, Escuela de Administración.

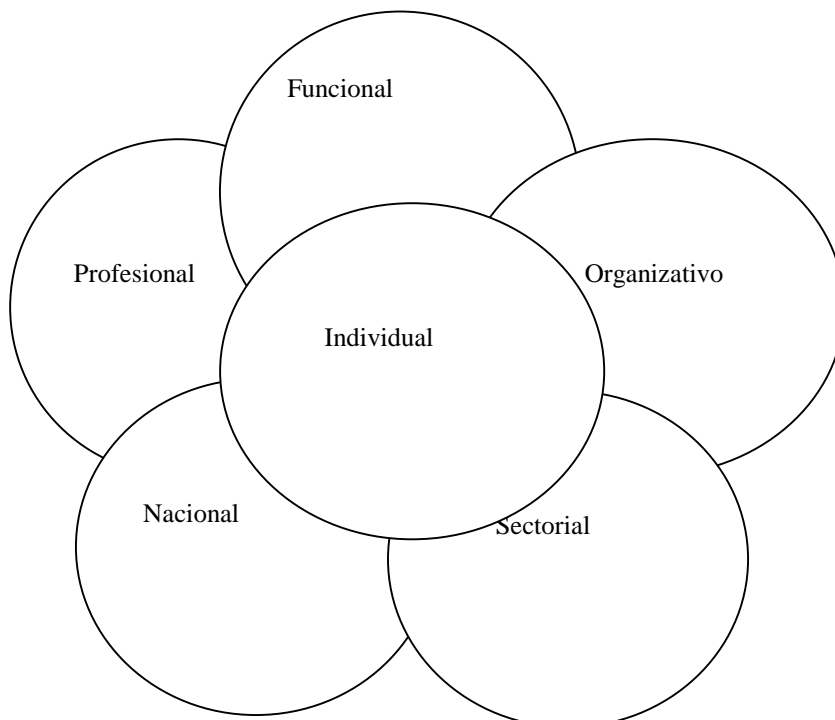
IDENTIDAD Y CULTURA ORGANIZACIONAL. APLICACIÓN A UNA ORGANIZACIÓN PÚBLICA DE SALUD

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Cultura Organizacional

La cultura organizacional es “ el nivel más profundo de los supuestos y creencias básicos, compartidos por los miembros de una organización, que funcionan de manera inconsciente y se definen, en una forma básica, que se considera dada, de visión de la organización y del contexto (Schein)

Estos supuestos o creencias que influyen en el comportamiento de las personas pueden provenir de diferentes fuentes y por lo tanto existen distintos marcos de referencia cultural.



Cuadro: Marcos de referencia cultural (Adaptado de Johnson y Scholes, 2001, Pag. 211)

La cultura profesional, en la organización a estudiar, puede ser una poderosa influencia, proveniente de la pertenencia a asociaciones profesionales como médicos o enfermeros con expectativas muy fuertes en cuanto a los objetivos de cuidado de la salud que marca prioridades a la hora de tomar decisiones y asignar recursos.

La cultura sectorial, va creando supuestos comunes referidos a la forma en que funcionan y deben ser administradas o gestionadas organizaciones que producen servicios destinados a satisfacer necesidades en el campo de la salud. Existe una suerte de cultura dominante en el sector acerca de las formas de comportamiento, que varía a su vez si la organización opera en el sector privado o en el público.

La cultura organizacional se va creando con supuestos, creencias, valores alimentados por las declaraciones de sus directivos y las descripciones acerca de las conductas apropiadas (procedimientos, normas, etc.). Estos componentes formales son modificados por los comportamientos informales.

La cultura funcional, responde a la idea de subculturas existentes dentro de cada organización. Está asociada fuertemente a las configuraciones de la estructura organizativa.

El lugar geográfico de las operaciones o la especialización funcional (finanzas, enfermería, cuidados intensivos, etc.) genera expectativas distintas en cuanto a los comportamientos.

La cultura nacional establece convicciones compartidas por la comunidad que se van arraigando a través de las tradiciones, las leyes, los usos y costumbres, la opinión pública , los medios de comunicación social, etc. En cuestiones como las condiciones de empleo, las responsabilidades, la intervención del gobierno, las expectativas de los pacientes, etc.

Esta cultura nacional , a su vez puede tener perspectivas regionales o locales que pueden determinar distintas expectativas

Esta gama de influencias culturales interactúa y compone una red cultural compleja a tener en cuenta para la comprensión de las conductas de los miembros de una organización dada.

1.2. Enfrentando la complejidad

La cultura organizacional, es un fenómeno multivariable, que no puede apreciarse en su totalidad en forma directa.

Existen múltiples indicadores y manifestaciones culturales que caracterizan las distintas dimensiones.

Las variables más representativas para Krieger (2001, Pag. 480) son:

1.- Clima organizacional. Puede apreciarse a través de:

- Análisis de las expectativas personales, acerca de cuestiones como las remuneraciones, incentivos, posibilidades de carrera, trato, autorrealización y otros aspectos similares.
- Análisis de las perspectivas grupales acerca de los mismos aspectos
- Relaciones entre niveles jerárquicos y estilos de liderazgo
- Contenidos y formas de trabajo, innovación, trabajo en equipo
- Conflictos latentes y manifiestos y vías de solución

2.- Valores organizacionales. Pueden apreciarse a través de :

- Declaraciones y conductas éticas, respeto a los derechos humanos, justicia, reciprocidad, confianza
- Preferencias entre los empleados acerca de ingresos, estabilidad, seguridad, dedicación, aprendizaje, innovación, autonomía y otros aspectos de la relación laboral.
- Existencia de valores estratégicos comprendidos e internalizados.
- Disvalores compartidos.
- Ideología conformada por creencias compartidas que den una identidad propia a la organización en términos de comportamientos y estilos.

3.- Presunciones básicas. Tienen un peso mayor que los valores. En el caso de los valores, reflejan la solución preferida entre varias alternativas. En el caso de las presunciones subyacentes básicas, se trata de orientaciones de la conducta incontestables e indiscutibles que operan de una forma más o menos inconsciente.

- Grado de compromiso
- Grado de incertidumbre en las conductas
- Ritualismos
- Grado de respeto otorgado al estatus
- Individualismo y trabajo en equipo
- Grado de cuidado de las relaciones interpersonales
- Grado de cuidado del ambiente de trabajo

4.- Normas

- Grado de formalización de conductas y procedimientos.
- Grado de aceptación de las prácticas sindicales.

5.- Interacciones

- Prácticas usuales.
- Tipo de relaciones entre las personas. Grado de confianza y cooperación
- Estilos de liderazgo.
- Grado de formalización de las comunicaciones. Rumores.
- Distancia psicológica entre jefes y subordinados.
- Grado de aceptación de comportamientos discriminatorios (sexos, nacionalidades, etc.)

- Grado de estratificación de clases
- Nivel de conflictos Y formas de solución.
- Ambiente sociotécnico.
- Evolución de las interacciones a través del tiempo.
- Fuentes y relaciones de poder.. Coaliciones dominantes. Legitimidad

6.- Símbolos

- Ritos, rituales y ceremonias.
- Símbolos y lemas
- Mitos e historias.

7.- Medio físico donde se desarrollan las actividades

- Estructura física.
- Estímulos físicos.
- Objetos simbólicos.

8.- Subculturas dentro de la organización

- Contestatarias
- Ideológicas
- Minorías

Una perspectiva desde la disciplina de la administración, concibe a la cultura organizacional, como un sistema de significados compartidos que indica a los directivos lo que es posible hacer y lo que encontrará fuertes resistencias.

La administración se preocupa más de analizar y evaluar los posibles vínculos entre las creencias y valores y las práctica que prescribe determinados comportamientos.

En este sentido se han propuesto las siguientes dimensiones para captar los aspectos relevantes de la cultura de una organización (Robbins y Coulter, 2000, Pág. 80) :

1. Innovación y aceptación de riesgos : Grado en el que se alienta a los integrantes a ser innovadores y asumir los riesgos.
2. Atención a los detalles: Grado en que los integrantes analizan y cuidan los detalles de las decisiones y acciones.
3. Orientación hacia los resultados: Grado en que se enfoca la atención en los resultados y efectos más que en los medios o procesos utilizados.
4. Orientación hacia las personas. Grado en el que se consideran los efectos de las decisiones sobre las personas que integran la organización.
5. Orientación hacia el equipo: Grado en el que las actividades están organizadas en torno a equipos más que en individuos.
6. Agresividad: Grado en que las personas valoran la agresividad competitiva más que la disposición a servir.
7. Estabilidad: Grado en que se enfatiza en el mantenimiento del statu-quo más que el cambio y el crecimiento.

La preocupación de la administración es la evaluación de estas dimensiones más que la descripción.

En este mismo sentido, están los aportes que buscan distinguir las culturas vigorosas o fuertes y las culturas débiles. (Hermida y Serra, 1989, Pág. 172)

- Las culturas vigorosas, están sostenidas por un espíritu emprendedor, comprometido con objetivos y resultados, el trabajo en equipo y el énfasis en la calidad de sus productos y servicios. La innovación y la búsqueda de la excelencia debe ser responsabilidad de todos e impulsada por los altos directivos con el ejemplo.
- Las culturas débiles, son las burocráticas y rutinarias, con personas no comprometidas, rígidas y orientadas hacia la producción.

Los valores compartidos, son los componentes principales que determinan el tipo de cultura existente.

1.3. Reduciendo la complejidad

La cultura se presenta como un tema complejo, multidimensional y que puede ser considerado desde distintos puntos de vista, que enfatizan en aspectos distintos.

Los distintos enfoques, se presentan así como incompletos al enfatizar en algunas dimensiones y omitir otras.

Además , desde una perspectiva dinámica, la cultura no es algo estático, sino un sistema viviente en continua transformación.

Esta complejidad podría abordarse en forma integral, intentando abarcar todas las variables en juego, o simplificando la realidad, reduciendo y seleccionando las dimensiones y variables a considerar.

Esto significa establecer los límites al trabajo de investigación con relación a los siguientes elementos componentes del sistema cultural:

- a) Incorporación del estudio de los valores de la sociedad circundante, y su impacto sobre la organización objeto del estudio y del grado de armonía de la cultura organizacional con el macrosistema.
Esto implica la definición del marco espacial y la incorporación de variables consideradas por la antropología en el plano cultural.
- b) Establecer el marco temporal de la investigación. Un estudio sincrónico se ubicará en un momento histórico preciso. Un enfoque diacrónico, abarcaría los procesos históricos y del proceso de formación de las pautas culturales a lo largo del tiempo.
- c) Un enfoque administrativista enfatizará en los aspectos de la cultura que resultan “funcionales” para la organización para alcanzar sus objetivos. El sistema de valores es impulsado por la coalición dominante para mejorar el desempeño. En este sentido se encuentran los aportes de March y Simon (1981), Selznick (1993) y García y Dolan (1997), entre otros, que consideran los valores y la cultura como una herramienta para la dirección de las organizaciones. El liderazgo estratégico, las estructu-

- ras, las normas y el sistema de recompensas son algunos de los componentes que han sido profundizados en distintos estudios específicos.
- d) Un enfoque sociológico es más descriptivo y se preocupa por descubrir los significados de las pautas culturales, más que por su evaluación en función de determinados objetivos.
 - e) Un enfoque que enfatiza en los aspectos simbólicos de la cultura, profundizará el impacto de los ritos y rituales, los héroes, los mitos, las ceremonias y las historias y leyendas que se construyen para lograr valores compartidos. (Deal y Kennedy, 1985)
 - f) Un enfoque basado en el sistema de conocimientos, que constituye lo que es necesario creer y saber para obtener un pensamiento colectivo compartido que oriente conductas y comportamientos. Dentro de este enfoque están las posturas de Senge (1996), sobre modelos mentales, valores compartidos y aprendizaje y los estudios de clima organizacional como percepción general y compartida de atributos del sistema organizacional.
 - g) Un enfoque dinámico de la cultura, que integra distintos componentes y enfatiza en el rol del liderazgo en la formación de la cultura (Schein, 1988).
 - h) El estudio y análisis de las subculturas o microculturas, como partes integrantes de la cultura organizacional. La metáfora que ve a la organización como una “pequeña sociedad”, no es compartida por todos pues se puede “salir” más fácilmente de una organización que de una sociedad. En este aspecto, se deberá determinar los límites del estudio que puede comprender a toda la organización o a sólo una o algunas de las unidades organizativas componentes.
 - i) Enfoques integradores, más abarcativos que enfatizan en la identidad y los significados, aceptados, reconocidos y compartidos que no se modifican sino que se mantienen y hasta se refuerzan en las prácticas cotidianas. (Etkin, 2001) (Etkin y Schvarstein, 1992)

Todas estas definiciones, para reducir la complejidad y delimitar el objeto de estudio serán necesarias para establecer la metodología apropiada.

2. ALCANCES DEL TRABAJO

2.1. Propósitos de la Investigación

El trabajo tiene como principal objetivo efectuar un diagnóstico de los factores culturales de la organización elegida – Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez- para poder apreciar y comprender sus rasgos culturales básicos.

La investigación será así explicativa y descriptiva (campo de la sociología) más que transformacional para moldear la cultura organizacional con intenciones de adaptarla a los propósitos estratégicos (campo de la administración).

Las conclusiones podrán ser utilizadas para una reorientación cultural, efectuar cambios socioculturales adaptativos, revitalización de aspectos funcionales y efectuar otras transformaciones tenues o profundas.

Las propuestas de cambio exceden el alcance de este trabajo.

2.2. Contenidos

Los aportes teóricos distinguen entre un concepto de cultura que la considera como una parte integrante del sistema sociocultural y otro, que la ve como un sistema independiente de formación de ideas (Abarbanel, 1992).

Desde el primer punto de vista, lo cultural y lo social se influyen recíprocamente y las normas culturales constituyen un mecanismo que permite a las personas enfrentar los problemas concretos de la vida social y adaptarse a ella a través de creencias y hábitos.

La visualización de los factores culturales, como “productos de la mente” o como sistema de ideas, enfatiza en cambio en su apreciación como un conjunto de cogniciones funcionales, que proporciona significados y símbolos colectivos, que permiten comportarse de manera aceptable en un grupo social.

Sin tomar partido sobre las distintas nociones acerca de la cultura desde el punto de vista antropológico, el trabajo de investigación abarcará tanto creaciones sociales como significados y comprenderá los siguientes componentes interrelacionados:

- *Sistema sociocultural:* Objetivos y metas formales. Misión. Estructura de autoridad. Estructura de poder y liderazgo. Ubicación e Instalaciones físicas. Mecanismos de control. Procesos de selección y formación. Valores transmitidos. Sistemas de motivación y recompensas. Actitudes y habilidades esenciales.
- *Sistema cultural:* Mitos como vínculos afectivos entre un pasado apreciado y la realidad actual. Ideología como sistema consistente de creencias que explican la situación actual. Valores compartidos, como interpretaciones simbólicas de la realidad que validan normas de comportamiento social. Artefactos culturales. Ritos y ceremonias. Costumbres y prácticas. Léxico y slogans. Cuentos, narraciones y leyendas. Uso del tiempo. Vestimenta.
- *Personal:* Grado de identificación. Compromiso real o participación calculada. Preferencias e intereses. Significados compartidos. Imagen de la organización.
- *Factores contingentes:* Tecnologías. Reglamentos. Relaciones obrero-patronales. Naturaleza del sector.

2.3. Perspectiva histórica

El marco temporal previsto por la investigación se focalizará en la apreciación de los factores culturales vigentes y en la realidad actual en el tiempo que demande el trabajo. Se establecerán, naturalmente, vínculos con factores del pasado y exógenos que hallan contribuido a la formación de la cultura y la estructura sociocultural, pero sin profundizar en el análisis de documentación histórica, biografías, informes o elementos similares que puedan releva con mayor amplitud, los orígenes de los factores culturales actuales.

2.4. Planos de orientación cultural

La existencia de distintos grupos, con diferente formación y objetivos, plantea la posible presencia de orientaciones culturales diferentes dentro de la misma organización.

También es muy factible que estos distintos grupos compartan factores estructurales y se comuniquen entre sí, compartiendo aspectos culturales.

Un estudio de cultura puede así estar enfocado:

- En un grupo particular o subcultura.
- En la organización como un todo, enfatizando en los aspectos de cultura organizacional comunes.
- En los aspectos de concordancia entre la cultura organizacional y las subculturas con los valores y creencias de la sociedad circundante.

El presente trabajo de investigación se centrará, en esta primera etapa, en el **Área de Emergencia Primaria _ A.E.P _** del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez de Rosario.

3. METODOLOGÍA

3.1. Etnometodología

El enfoque metodológico a aplicar será la etnometodología que implica una observación participante por parte del investigador y la realización de entrevistas, en este caso, a los miembros del equipo de salud.

El significado de la etnometodología puede ser planteado como la metodología de los miembros de un grupo para dar sentido a su mundo social (Wallace & Wolf (1980)

El etnometodólogo actúa como si una persona totalmente extraña tuviera que aprender cómo llegar a ser un miembro de un grupo funcionando rutinariamente. Para hacerlo, conduce entrevistas en profundidad o realiza observación participante. Se desvía de la estrategia no manipulativa y no obtrusiva empleado por la mayor parte de la estrategia cualitativa de investigación, empleando lo así llamado "experimento metodológico".

La etnometodología está centrada en el carácter unívoco de cada situación social. Rechaza explicaciones de tipo deductiva en las ciencias sociales, enfatizando al igual que el interaccionismo simbólico, la necesidad de escudriñar en

los significados que la interacción social tiene para aquellos que participan en ella.

La etnometodología se concentra en el mundo cotidiano, donde la subjetividad es un problema que todos debemos resolver como una interrogante práctica diaria. Presenta un mundo social que es intersubjetivo donde todos nosotros, utilizando buen criterio, interpretamos tanto las acciones propias como las acciones de los demás.

En otras palabras, los etnometodólogos no están interesados en lo que la gente está pensando sino en lo que ellos están haciendo.

La etnometodología se concentra por tanto en lo rutinario, en los detalles de la vida cotidiana. Garfinkel definió el término "ethnos" como el entendimiento ordinario, de cada día, de lo que se pretende hacer.

Se la puede considerar en cierto sentido como una combinación de la línea de pensamiento fenomenológico representada por Alfred Schutz y el interaccionismo simbólico de Harold Garfinkel.

Algunas palabras primero acerca de Alfred Schutz y la tradición fenomenológica, en el contexto de la etnometodología. La fenomenología busca las bases del saber humano tomando como punto de partida, a diferencias del positivismo (que busca explicar las bases generales del mundo objetivo), el mundo de las vivencias cotidianas describiendo la estructura universal de la orientación subjetiva. La base de la existencia de una estructura universal de la conciencia humana reside en que la experiencia humana está determinada espacial y temporalmente. Es un producto de la historia, cultura y sociedad, y por tanto objeto de malas interpretaciones, preconcepciones y parcialidades.

Metodológicamente implica que debemos poner en cuestionamiento nuestras ideas acerca del mundo, de manera de poder apreciar adecuadamente la corriente de conciencia que constituye nuestro ser y saber. Para Schutz, los actores sociales experimentan el mundo social como una realidad llena de significados. Un acto tiene un único contenido, el que proviene del actor mismo, y si el mundo social es algo entendible para todos sus actores sociales, implica que ellos lo entienden de una manera similar y así poder crear relaciones sociales. Esta representación del mundo social como un fenómeno intersubjetivo es por tanto algo básico en Schutz y la fenomenología.

El hombre normalmente está permanentemente ocupado con aclarar, ordenar e interpretar sus vivencias, siguiendo diferentes esquemas sociales e intersubjetivos. Por ello, uno de los intereses fundamentales de Schutz es analizar la estructura del mundo social tal como es vivenciado por los que viven en él. Con otras palabras, analizar la forma por la cual vivencias y experiencias son estructuradas socialmente.

El razonar es algo eminentemente práctico, tal como se expresa en el pensamiento de Schutz. Los actores no se interesan tanto en la búsqueda académica de la verdad sino en hacer realidad ciertos proyectos eminentemente prácticos. Se requiere razonamiento, buen criterio, cuando hay que manejarse con situaciones de vida cotidiana.

Los actores sociales no sienten ningún interés teórico en la forma en que está construido el mundo social. Encontrarse en la realidad social se considera algo objetivo y dado de antemano.

Frente a ello el investigador social debe ponerse a distancia y dar una referencia objetiva, una explicación de la dinámica cotidiana. Para ello Schutz sugiere:

A. El investigador debe tomar una perspectiva teórica frente al mundo cotidiano, o sea levantarse por sobre él y tomar una posición neutral. Los problemas de la vida privada deben ser sacados a la luz. Lo bien conocido debe ser problematizado. Las condiciones básicas del mundo social pueden así ser objeto de una investigación social fenomenológica.

B. Acceso a conceptos y categorías que sean adecuados para aclarar estos fenómenos. Esos conceptos deben estar en relación a los conceptos que los mismos actores usan para entender y manejar sus actos. Estos conceptos son algo similar a los tipos ideales de Weber, vale decir construcciones teóricas que facilitan el análisis científico del mundo intersubjetivo.

Para Schutz en este contexto, el proceso de entendimiento es un proceso de primer grado, donde todos interpretamos el mundo, pero además un proceso de segundo grado, donde el investigador interpreta y analiza el proceso de primer grado.

El tipo ideal de segundo grado se convierte en una forma de caracterizar las tipificaciones que se usan en el primer nivel con el objetivo de hacer interpretaciones para el uso cotidiano.

Desde esta perspectiva la ciencia no es tanto un problema de método como de actitud, una actitud que exige un interés más teórico que práctico por el mundo. Para Schutz el mundo cotidiano no es tanto un mundo con personas, tiempos y lugares, como un conjunto de situaciones y sucesos ante los cuales somos puestos en frente en forma rutinaria. En lugar de interesarse por la perspectiva del actor en el mundo Schutz se ocupa de investigar sobre aquello que la gente sabe como actuar, o sea investigar sobre los procesos sobre los cuales la perspectiva del actor se crea y usa. Schutz planteaba que nosotros experimentamos el mundo externo, de cosas, gentes y acontecimientos, como tipificaciones, clasificaciones y categorizaciones. El conjunto del conocimiento cotidiano nos aparece como conjunto, como algo en mayor o menor medida incoherente, poco claro, puesto que claridad meridiana no es ni alcanzable ni necesaria. Sólo sirve para propósitos instrumentales. Para el científico social esto implica un desafío. Él debe llegar a explicaciones claras y consistentes de la acción social. Ésto se alcanza, según Schutz, a través de la construcción para propósitos científicos de tipificaciones acerca de las categorizaciones que los individuos han hecho acerca del mundo cotidiano. Estas categorizaciones son las que él llama construcciones de segundo grado.

Harold Garfinkel (1967, 1968) es reconocido como el fundador de la etnometodología. Una de las características de los estudios de Garfinkel era su estrategia de desestructurar situaciones familiares con el propósito de exponer los supuestos y expectativas que están en el trasfondo, el "stock" de conocimientos que existe y los "métodos" que los participantes usan en forma inconsciente para emplear esos conocimientos.

Para Harold Garfinkel la pregunta central ha sido ¿qué fenómenos y problemáticas aparecen como sociológicamente interesantes desde el punto de vista etnometodológico? La interrogante puede además ser formulada en los siguientes términos: ¿qué es lo que sucede y cómo sucede cuando las personas se orientan hacia los demás e intentan interpretar el contenido de las acciones de los demás en el acontecer cotidiano?

A partir de la posición filosófica de Schutz considera Garfinkel que toda actuación social es producto de coordinación social, un trabajo común realizado por los miembros de la sociedad.

El orden que una cierta actividad puede mostrar, debe verse como algo que han producido los que han participado en esta actividad.

Metodológicamente debemos tratar todas las actividades, todo accionar social como productos observables de los propios actores. Implica que debemos evitar el usar categorías fijas, predeterminadas para definir aspectos tan variados como legitimidad, situación de enfermedad, masculinidad, etc, sino que debemos tratarlas como actividades coordinadas de los miembros de la sociedad.

Para Garfinkel la sociedad desde la perspectiva de cada actor aparece como una realidad externa, pre-dada y pre-formada. El mundo se encuentra allí para nosotros como un mundo cotidiano, lleno de rutinas y escenas bien conocidas. Él ve como la tarea del investigador

social el estudiar este hecho, o sea observar el mundo social tal como es vivenciado. No como lo que es o como aparece sino como es concebido.

A partir de esto surge la pregunta ¿cómo es que las acciones sociales se repiten y reproducen?, ¿Cómo es que la interacción social muestra cualidades como orden y estabilidad?. En otras palabras, ¿cómo se organiza la vida social?.

Garfinkel insiste en que éste orden debe ser considerado como teniendo su origen en la acción social misma. Esto quiere decir que él no utilizará la estrategia convencional de la sociología de explicar el orden social a través de identificar condiciones y causas externas. Intentará más bien seguir una estrategia que parta de la interrogante ¿cómo se comportan las personas cuando actúan? Garfinkel ve el accionar social como una cuestión en alto grado práctica. Cada individuo actuante debe en cada momento decidir sobre lo que hará a continuación. A pesar de que las condiciones no sean las ideales, las personas accionan todo el tiempo. Cuando lo hacen deben usar su conocimiento sobre la estructura de la sociedad. Para los miembros de la sociedad la estructura de la sociedad y su orden son totalmente visibles. Pueden sin mayores esfuerzos ver cómo es su vida y lo que deben hacer. En realidad sin esta capacidad y el hecho que el orden social puede ser observado fácilmente, sería muy difícil entender cómo pueden establecerse y reproducirse modelos sociales y estructuras sociales.

El etnometodólogo se pregunta, en este contexto, ¿cómo se crea el orden social como un estado reconocible? Esta interrogante plantea la identificación de las prácticas mediante las cuales el orden, regularidad y estabilidad son puestas en primera línea. Puesto que el accionar humano y la interacción pueden ser vistos como construcciones que se organizan a sí mismas, recomienda Garfinkel de que los modelos sociales se analicen a partir de las relaciones interactivas. Las actividades sociales deben analizarse desde la perspectiva de que ellas mismas organizan la aparición de su orden particular.

La etnometodología plantea una tercera alternativa: el que ni aceptemos ni rechazemos lo que los miembros de la sociedad dicen sobre su accionar. Mejor esperar y tratarlo como parte del fenómeno, o sea, considerar el planteamiento de una explicación como un elemento de acción inmerso que debe ser investigado junto con las actividades que se dice aclarar.

Garfinkel analiza así las acciones de la vida cotidiana como algo producido por los actores sociales o miembros de la sociedad. El ser miembro de la sociedad implica ser partícipes de un conjunto común de saber sobre el mundo social. Nuestro carácter de miembro es algo a lo que nos referimos continuamente y tratamos de demostrar en nuestras relaciones con los demás, de manera que a través de nuestra actuación cotidiana hacemos entender a los demás que pertenecemos al mismo mundo. A través de que reconocemos un "tema", una "respuesta", una "broma", etc, reproducimos nuestro mundo social de una manera rutinaria y estandarizada. Es de ésta forma que creamos significado a la existencia y la vivencia de pertenecer a un mundo social. Garfinkel ejemplifica su planteamiento al señalar que por ejemplo en una conversación coloquial hay muchas materias que los participantes consideran sin mencionarlas directamente. Muchas materias que los participantes entienden que son entendidas, lo son en base no a lo que se dice sino a lo que no se dice. Muchas de las expresiones vertidas en una conversación coloquial no pueden ser entendidas por un auditorio externo a menos que se conozca algo de la biografía de los participantes y los propósitos de los hablantes, las circunstancias de las expresiones, el curso previo de la conversación y de la relación de la interacción actual o potencial que exista entre los conversantes y el auditorio. Hay por tanto un entendimiento común, subentendido, compartido por los participantes en la conversación.

Hay dos conceptos centrales en la etnometodología que deben ser discutidos aquí: la indexicalidad y la reflexividad.

Según Garfinkel, las acciones tienen el sello de lo ocasional. Los contenidos no son invariables, definidos de una vez para siempre, sino que el significado de un cierto acto está en relación y así debe ser analizado, con el medio social organizado donde el acto tiene lugar. Es en otras palabras indexical. Lo que un acontecimiento, una palabra, una expresión significa en un momento dado, se decide por parte de los métodos rutinarios que los miembros de la sociedad usan para darle orden a la existencia.

El término indexicalidad es tomado en la etnometodología del trabajo del pensador Bar-Hillel (1954) el cual plantea que "quién define una expresión indexical es aquel que depende para su contenido del contexto en el cual es producido". En base a ello la etnometodología plantea que el sentido está dependiendo de la unicidad de los contextos situacionales.

Así se plantea que las características de las situaciones sociales son únicas y relativas a un contexto particular y por ello no pueden ser generalizadas por los analistas a otros contextos.

Un concepto relacionado es el de reflexividad. La etnometodología trata los hechos sociales como algo que sus miembros hacen a través de usar razonamiento práctico en la vida cotidiana. Así, las descripciones de la sociedad y su forma de funcionamiento resultan una parte de lo que se quiere describir. Son reflexivas.

Una de las limitaciones planteadas respecto al método etnográfico es que lo que se estudia es frecuentemente un caso o un número pequeño de casos. La

representatividad de los resultados es por tanto puesto en duda. Sin embargo, al igual que en el diseño experimental podemos decir que se resuelve el problema en la medida en que se obtengan más resultados similares de los casos estudiados, pudiendo por tanto confiar en las conclusiones. No se debe en todo caso en la investigación etnográfica aplicar una estrategia que trate de lograr muestras amplias y aleatorias de casos. Una selección de casos críticos puede ser aquí una estrategia adecuada.

Un estudio etnográfico es una descripción (*grafía*) completa o parcial de un grupo o pueblo (*ethno*). La etnografía se centraliza en el estudio de un grupo de personas que tienen algo en común, sea esto un sitio de trabajo, lugar de habitación, ideología, etc. Si bien los estudios etnográficos han sido en primer lugar de carácter antropológico, hoy en día las contribuciones de la etnografía se encuentran en diversas disciplinas.

Una característica central de la etnografía es ser holística y contextual, lo cual involucra que las observaciones etnográficas son puestas en una perspectiva amplia, entendiéndose que la conducta de la gente sólo puede ser entendida en contexto.

A veces la etnografía es definida como esencialmente descriptiva. Otras veces como una forma de registrar narrativas o relatos.

La etnografía es, en todo caso, un método de investigación social que trabaja con un abanico de fuentes de información. El trabajo de campo involucra trabajar con la gente durante largos períodos y la observación participante caracteriza la mayor parte de los estudios etnográficos.

Algo que caracteriza el informe etnográfico es su gran cantidad de citas directas de lo dicho por los informantes, por los miembros del grupo observado, en otras palabras, dejar que los informantes hablen por sí mismos es una parte importante del trabajo etnográfico.

No es simplemente una serie de entrevistas que son analizadas cualitativamente. La etnografía envuelve siempre contactos directos y prolongados con los miembros del grupo estudiado.

Un buen intento etnográfico intenta describir tanto como sea posible acerca de un grupo social o cultural. La descripción puede incluir la historia del grupo, su religión, aspectos políticos, la economía, el contexto físico, etc. Esta orientación holística demanda mucho trabajo de terreno de manera de obtener la información que dé el cuadro de un todo. En etnografía, el objetivo de la investigación es un entendimiento globalizado y no segmentado.

La etnografía, como metodología, dado su delineamiento central de estudiar cómo la gente le da sentido a la vida cotidiana, es muchas veces cuestionada, calificándose de productora de datos subjetivos sin entregar fundamentos sólidos para el análisis científico. El planteamiento metodológico de la etnografía es que sólo siguiendo este delineamiento central puede entenderse el sentido que da forma y contenido a los procesos sociales. La etnografía privilegia así un paradigma naturalista de investigación.

El naturalismo nace como un paradigma que se opone al positivismo. Se propone que el mundo social debe ser estudiado en su "estado natural", sin manipulaciones por parte del investigador. El naturalismo permanece así fiel a la naturaleza del fenómeno que se está estudiando. La fidelidad al fenómeno que se está estudiando y no a algún cuerpo particular de principios metodológicos es en esta perspectiva central al método etnográfico.

La etnografía tiene un carácter reflexivo, lo que implica que el investigador es una parte del mundo que se está estudiando y es afectado por ella. A partir del carácter reflexivo de la experiencia etnográfica, la etnografía produce teoría. Una buena etnografía es en este sentido siempre algo más que una pura descripción: es una explicación teórica.

Directamente relacionados con el carácter reflexivo de la etnografía están el punto de vista del informante ("emic") y el punto de vista del investigador ("etic") o la explicación científica de la realidad. Si bien es cierto que la perspectiva "emic" no siempre corresponde a una perspectiva "etic", ambas son importantes para ayudar al etnógrafo a entender por qué los miembros de un grupo particular hace lo que hace, y ambas son necesarias si el etnógrafo quiere entender y describir adecuadamente situaciones y conductas.

Lo esencial de la etnografía es, en este contexto, el significado que acciones y acontecimientos tienen para la gente que queremos entender. La gente hace uso constante de sistemas de significado complejos para organizar su conducta, para entender a los demás y a ellos mismos, para darle sentido al mundo en que viven. Estos sistemas de significado constituyen su cultura. La etnografía siempre implica una teoría de la cultura.

Hay que hacer por tanto descripciones culturales y no imponer categorías a la realidad según el arbitrio del investigador. El comportamiento de las personas sólo puede ser entendido dentro del contexto cultural, dada la centralidad que tiene el significado en la descripción etnográfica. La gente, en otras palabras, se comporta y se espera que se comporte en formas diferentes en función de contextos diferentes.

La etnografía no requiere de un diseño extenso previo al trabajo de campo, como lo necesitan las encuestas sociales y el experimento. La estrategia investigativa puede cambiarse con relativa facilidad. La etnografía utiliza además múltiples fuentes de información, evitándose el riesgo de tener que confiar en un sólo tipo de información.

Se puede decir que hay una cierta renuencia de parte de la etnografía a enseñar cómo hacer investigación etnográfica, lo que al parecer es parte de la convicción de que la investigación etnográfica no puede ser programada, y que en su práctica domina lo inesperado. Pero por otra parte esta renuencia puede verse asociada a la postura metodológica ligada al naturalismo: la etnografía consistiría, en esta perspectiva, en una observación y descripción abierta, de forma que el diseño de investigación aparece como algo superfluo.

En resumen, el etnógrafo parte con la pregunta de qué es aquello, en su realidad empírica para, con métodos que generalmente combinan observación y participación, analizar su significado local. El etnógrafo trabaja con una variedad de tipos de información que van más allá de lo que es visible, identificando significados que conectan esos hechos en la vida de los individuos.

3.2. La Construcción del Sentido

La construcción de Sentido se define, como el proceso en el cual las actividades organizacionales (reglas, valores, procesos, funciones, identidad, etc.), son interpretadas colectivamente por los individuos y se comparten significados. La construcción de sentido en las organizaciones es el otorgamiento de sentido a los actos cotidianos estableciendo una relación por un lado referencial desde la mente y la experiencia y por otro lado estableciendo una relación transformadora a través de las expresiones verbales.

Para Weick (1995) la conceptualización de la construcción de sentido se hace a través de siete propiedades: identidad, retrospectiva, enacción con los contextos de significación, socialización, continuidad, enfoque en y por las señales extraídas y conducción por la plausibilidad más que por la precisión. Cada organización tiene su identidad y en función de ella se generan sus significados. Las identidades se ven a sí mismas como coherentes y con cualidades positivas.

La identidad de la organización refiere a los rasgos que la diferencian, la cohesionan y le dan continuidad, manteniéndose en el tiempo. Hace referencia a rasgos invariantes en el sentido que no tienen que ver con los procesos de adaptación, no son políticas o estrategias cambiantes. Frente a las perturbaciones del contexto, la estructura se modifica pero la identidad permanece. La identidad es también un modo de significación compartido que se mantiene y refuerza en las prácticas y relaciones cotidianas. Conocer los rasgos de identidad es también un camino a la comprensión del contexto de significación que comparten los integrantes en cada organización.

En la construcción de la identidad y el proceso de mantener los rasgos compartidos, encontramos las bases del concepto de auto – organización. En ella importan los procesos recursivos, la reiteración cotidiana de sus coherencias. Respecto de los sistemas vivientes, Maturana y Varela identifican este proceso como la “autopoiesis” o el modo de organización que se mantiene invariante.

La identidad tiene dos dimensiones: una antropológica (por estar enmarcada en la atmósfera cultural del medio social global) y sociológica (por tratarse de una construcción que emerge de las relaciones entre los individuos y grupos de la organización) (Etkin, 1989)

Si bien es cierto que cuando la variedad requerida no alcanza para enactuar alguna situación como nueva, es necesario producir significados.

Se produce un quiebre entonces, cuando aparece algún fenómeno para el cual no tenemos respuestas, y es aquí que aparece la necesidad de generar un mecanismo de construcción.

“La gente emplea cogniciones sobre cuál es el episodio que se está produciendo para interpretar las acciones. Cuando estas acciones no confirman las cogniciones sobre el episodio, los actos individuales son objeto de observación hasta que el modelo que conforman pueda identificarse con un episodio interpretable a través de una lógica construida” (Serlin, 1997)

Cuando se actúa no hay tiempo de construir significados, ni hay que confundir una percepción de una significación. Pero si no se percibe, si no hay significantes, no se puede resignificar. Por eso se construye en forma retrospectiva. Uno produce significados hacia atrás. El pasado es un continuo. No es posible encontrar una causal que empiece en un punto de ese pasado. También hay una dosis de equivocabilidad, sin que eso signifique falta de información o incertidumbre.

Significamos a partir de las señales, porque no es posible ver el fenómeno, sino señales. El fenómeno se resignifica a posteriori. Los significados se co-construyen y se producen por la enacción.

Las siete propiedades de construcción del sentido son:

◆ *Construcción de Identidad*

La gente aprende de sus identidades proyectándolas en el contexto y observando las consecuencias. El individuo no sólo actúa en nombre de la organización en el sentido de agente usual, sino que actúa más sutilmente, “como la organización” cuando hace suyos los valores, las creencias y las metas de la colectividad.

La necesidad de autovaloración como reflejo del mantenimiento de un estado cognitivo y afectivo sobre el yo se evidencia en el orgullo que sienten de anteponer el personal y sus problemas personales a los criterios racionales de eficiencia.

◆ *El foco en la retrospectión*

El proceso de construcción de sentido deriva del análisis de la experiencia significativa vivida, y la percepción es considerada una forma de memoria.

“Siempre somos conscientes de lo que hemos hecho, nunca de lo que estamos haciendo” (Schutz, 1967). Pero el significado no está adjuntado a la experiencia que es escogida, sino que está en la forma de atención que es dirigida a esta experiencia.

◆ *Enacción con los contextos de aplicación*

En la vida organizacional la gente frecuentemente produce una parte del contexto que enfrenta (Pondy & Mitroff, 1979) La gente recibe estímulos como consecuencia de su propia actividad, lo que se sugiere por la palabra enacción

(Follet, 1924). Pero el contexto no existe separado y externo a las personas. La resistencia al cambio tiene la asimilación a la resistencia al contexto. a.

◆ *Como producto de la actividad social*

El proceso de construcción de sentido es un proceso social. La conducta es contingente de la conducta de los otros. En las organizaciones trabajadoras las decisiones se toman en la presencia de otros o con el conocimiento de que ellos tendrán que implementar las decisiones o entenderlas o aprobarlas.

◆ *Como proceso continuo*

El proceso de construcción de sentidos nunca comienza en un punto determinado. El hecho es que la gente está en el medio de las cosas y dentro de un flujo continuo de situaciones. Solo cuando mira para atrás puede provocar esos cortes para extraer las señales.

Ahora bien, si la gente está en el medio, Weick se pregunta, entonces qué hace? Proyectos, y generalmente la interrupción de estos flujos es emocional, lo que prepara el terreno para la construcción del sentido.

◆ *Enfocado en y por las señales extraídas*

El proceso de construcción del sentido se centra en las sutilezas y las interdependencias que actúan como punto de referencia. Lo que llega a ser señal extraída depende del contexto, que afecta lo que es extraído en un proceso de observación e interpretación de lo que significan esas señales y también lo afecta el marco contextual que acota los significados (indexicalidad). La gente está en distintas ubicaciones y en distintos dominios, lo que significa que tienen diferentes interpretaciones de eventos comunes. Estas señales muchas veces ponen en movimiento al generar actos de fe en medio de la indeterminación que pone en movimiento el proceso de construcción de sentido.

◆ *Conducido por la plausibilidad más que por la precisión*

El razonamiento plausible incluye ir más allá de lo directamente observable o por lo menos de la información consensuada para formar ideas o entendimientos que provean suficiente certidumbre. La precisión es buena, pero no necesaria. Los ejecutivos no siempre son precisos en las percepciones de sus organizaciones y sus contextos. "Las percepciones equivocadas pueden ser beneficiosas si le permiten a los managers superar tendencias inerciales e impulsa a perseguir metas que se verían inalcanzables en contextos valorados en una objetividad completa" (Sutcliffe, 1994)

El proceso de construcción de sentido se refiere a la plausibilidad, la pragmática, la coherencia. "La información filtrada es menos precisa, pero si el filtro es efectivo, es más entendible" (Starbuck y Millike, 1988).

En síntesis, las siete propiedades de construcción del sentido:

- Identidad: respondo a la pregunta quién soy a partir de cómo y qué pienso
- Retrospección: para aprender qué pienso veo lo que dije antes
- Enacción: cuando digo o hago algo, creo el objeto a observar
- Social: lo que digo está determinado por el proceso de socialización que me atravesó
- Continuo: mi habla se extiende en el tiempo y no puede iniciarse en un punto, así como puede cambiar
- Señales: lo que distinguí y embellecí como el contenido del pensamiento es solo una parte de la expresión que llegó a ser saliente por el contexto y las disposiciones personales
- Plausibilidad: no necesito saber demasiado sobre lo que pienso para continuar con mis proyectos, ya que la suficiencia y plausibilidad preceden a la precisión.

“Una vez que la gente comienza a actuar (enacción), generan resultados tangibles (señales) en algún contexto (social) y esto los ayuda a descubrir (retrospección) lo que está ocurriendo (continuo), lo que necesita que sea explicado (plausibilidad) y lo que debería hacerse próximamente (realce de la identidad)”. (Starbuck, 1993)

4. ANTECEDENTES DE LA CUESTIÓN SANITARIA EN NUESTRA CIUDAD

4.1. Breve Reseña Histórica

La cuestión sanitaria y la situación higiénica de la ciudad, en el tránsito de los ochenta hasta principios de siglo, dejaba mucho que desear, y fue el caldo de cultivo de enfermedades contagiosas.

Las epidemias de cólera, de los años 1886-7 y 1894-5, y el aumento de los índices de morbilidad y mortalidad por enfermedades infectocontagiosas provocó la muerte de centenares de personas haciendo trepar la tasa de mortalidad de un 37 por mil en 1885 a un 65.3 en 1886. La nueva epidemia de cólera en 1894 provocó la muerte de 452 personas, reflejando una menor morbilidad respecto de la anterior, debido a la campaña anti - epidémica.

Por otro lado, a partir de 1887 el incremento poblacional convierte a la ciudad de Rosario, en un caso único en Sudamérica, porque en ocho años casi duplicó su cantidad de habitantes: 94.000 personas, de las cuales un 46% eran extranjeros. En 1907 pasó a tener 150.000 y en 1914, 221.500.

La ausencia de redes sanitarias, la cuestión de la inmigración, y por consiguiente el problema de la vivienda y las condiciones de vida fueron las principales causas de estos males, transformándose en temas prioritarios del gobierno municipal.

Durante la gestión de Octavio Grandoli como intendente (1883-1885) se firmó un contrato para dotar a la ciudad de un sistema de aguas corrientes y de una red cloacal y el relevamiento de un censo de conventillos.

El sistema cloacal, que entró en servicio en 1899 dejó mucho que desear, y estaba a conectado a un 30% de las casas existentes, por lo que se habilitaron numerosos baños públicos.

Para evaluar el estado sanitario de la ciudad, se realizaron un relevamiento de establecimientos insalubres y otro de conventillos. El censo de conventillos in-

dicó que en Rosario existían más de 1.000 Conventillos que albergaban a más de 25.000 personas. Cifras que aumentaban notoriamente en la época de embarque de las cosechas. Los ranchos y las casillas quedaron afuera, viviendas precarias que se esparcían por toda la ciudad, especialmente en los barrios obreros y en el Bajo. En diciembre de 1891 se aprobó la ordenanza que estipulaba las condiciones que debían reunir los conventillos forma de habitación muy extendida entre los trabajadores.

Se dispusieron medidas de saneamiento urbano, como el impulso de la finalización de las obras sanitarias, el mejoramiento de las habitaciones populares y la ampliación de la infraestructura hospitalaria. Se crearon entonces, bajo la gestión del médico higienista, Isidro Quiroga, la Oficina de Higiene, la Oficina Química y la de Desinfección con las que se dan rango institucional a la Higiene Pública.

La Oficina de Higiene que había sido creada en 1887, se transforma en la Asistencia Pública el 1 de enero de 1890. Tenía por objeto ocuparse de “asuntos relativos a la higiene del Municipio, proveer de asistencia médica a los indigentes y proteger a la clase menesterosa”, asegurando asistencia médica y gratuita.

Según el tercer censo municipal, de 1910 el 47% de la población estaba conformada por italianos y españoles, esto trajo aparejado, el problema de la vivienda para los recién llegados, se alzaron unos 3.800 ranchos y casillas entre 1906 y 1910 y unos 2.006 conventillos que albergaban a unas 45.926 personas. Aproximadamente el 30% de la población vivía en conventillos. Las condiciones de vida, no sólo vivían mal, sino que no tenían higiene La higiene tanto pública como privada, estaba directamente relacionada con el desarrollo de epidemias que azotaban a la ciudad peste bubónica, 1900, viruela, 1902).

Debido a los problemas referidos a las cuestiones sociales del momento, el estado Municipal comenzó a regular la vivienda, la higiene pública y privada, la moral y los festejos públicos. Estas políticas, intentaban modelar los comportamientos colectivos, tales como, la prostitución, el alcoholismo, juegos de azar, etc.

Un problema que afectaba profundamente la higiene pública de Rosario y que provenía de larga data era el de los vaciaderos de basura, ante la ausencia de hornos incineradores. El avance progresivo de los residuos hacia el puerto era un factor de peligro.

Entre las instituciones y hospitales que surgieron para dar respuesta a estos requerimientos podemos mencionar: la Casa de Aislamiento, luego Hospital Carrasco; el Hospital Rosario (Clemente Alvarez), Hospital Italiano, Enfermería Anglo Alemana, Asilo de Huérfanos, Asilo del Buen Pastor y el de Mendigos.

El vigoroso crecimiento que comenzó a adquirir la cultura rosarina en ese entonces estuvo reflejado por la creación de un gran nosocomio para solemnizar el centenario de la revolución de Mayo, el Hospital Escuela del Centenario.

En conmemoración del primer centenario de la Revolución de Mayo de 1810 la ciudad -que a partir del censo de 1895 ya detentaba el segundo lugar en importancia y población de la República- con sus doscientos mil habitantes, construyó por suscripción popular el Hospital del Centenario y la Biblioteca Argentina. Los imponentes festejos que se extendieron por todos los barrios, y la colocación de una docena de piedras fundamentales promesa de futuros emprendi-

mientos, reflejaban el orgullo de una ciudad progresista que ya contaba con 400.000 habitantes. Entre 1914 y 1926, apenas 12 años, "había duplicado su población".

La proximidad del Centenario de la Revolución de Mayo, envolvió al país en un clima de fiesta traducido en grandes celebraciones, procesiones cívicas, publicaciones, placas alusivas, etc.

Rosario, quiso conmemorar tan magna fecha con algo duradero: un gran hospital que la ciudad no tenía. El alma de la iniciativa fue don Cornelio Casablanca y pronto se logró una suma que pareció increíble al resto del país: setecientos cuarenta mil pesos en pocos días. Muchas personas dieron su aporte en forma voluntaria, médicos, arquitectos, abogados, empleados, obreros, en fin toda la ciudad no quiso permanecer ajena a esta gran obra. Confluyeron aportes nacionales, provinciales, y municipales, entre estos últimos, las cuatro manzanas de terreno necesarias para levantar el edificio. Los planos fueron preparados por el doctor Tomás Varsi y por el arquitecto René Barba.

Los estatutos fueron aprobados en abril de 1911 y las obras comenzaron ese año, quedando terminadas en 1929, después de estar paralizadas desde 1914 a 1918. La Facultad de Ciencias Médicas se creó en mayo de 1920 y el primer director del hospital, Dr. Angel Linares.

La ciudad vio nacer en 1912 el Hospital Español, levantado en su mayor parte con donaciones de súbditos de esa nacionalidad. El terreno fue cedido por el doctor Rafael Calzada y su esposa.

Rosario, vivió años de alarmante situación social, en 1915 se organizaron ollas populares y se habilitaron salas y sótanos del hospital Centenario como albergue nocturno.

La desocupación fue una constante, agudizado por estallidos de huelgas, tumultos y perturbaciones.

En 1916, la gravedad económica ocasionó problemas sanitarios y hubo varias epidemias, y en 1918, la más aguda, la del tifus con 1.000 víctimas.

Nuevas dificultades de orden social, perturbaciones y choques callejeros se registraron de 1928 a 1930 a raíz de la mala situación económica, con desocupación y miseria. En 1931 funcionó otra vez la "olla popular", en 1932 en Censa del Departamento Nacional de Trabajo indicó la existencia de más de catorce mil desocupados en Rosario.

En la década del 30 seguían abundando los conventillos, con total falta de salubridad en los mismos. A partir de 1940, poco a poco comenzaron a desaparecer.

La Municipalidad seguía prestando asistencia médica a través de sus hospitales y estaciones sanitarias, habilitadas en distintos barrios de la ciudad. Rubro que fue mejorando con relación a años anteriores.

Allá por 1950, los hospitales públicos de Rosario, reflejaban el estado de estancamiento de la ciudad.

En el Hospital Escuela del Centenario, anexo a la Facultad de Ciencias Médicas, podía observarse la falta de radioterapia profunda. Dentro de la sanidad provincial, el hospital Marcelino Freyre atendía enfermos que demandasen intervenciones quirúrgicas importantes o tratamientos complejos. Debía asistir también, debido a su función coordinadora, los enfermos derivados de los hospitales rurales. Todo esto chocaba con su limitación principal, que era su escasa capacidad física y falta de camas.

En los hospitales municipales, la situación era más crítica aún, porque a la falta de camas se le sumaba la carencia de enfermeros, de instrumental, de servicio de radioterapia, y remedios.

A mediados de 1951, un brote de poliomielitis azotó la ciudad, repitiéndose en 1953. Las preocupaciones de la ciudad, en el ámbito de la salud, ya que se hallaba desprovista de organismos específicos para el tratamiento de esa enfermedad, se dotó entonces a un servicio del Hospital Eva Perón para el tratamiento de la misma. Luego, se creó el Instituto Antipoliomielítico, pero resultaba muy pequeño y modesto, para las necesidades de Rosario. Se dispuso, entonces, luego del segundo brote, instalar un pabellón especial en el Hospital de Crónicos que se estaba construyendo en Pueblo Esther, mientras tanto se hacía un centro de recuperación que funcionó en el Policlínico de Niños "Victor Vilela".

Desde 1945, el cáncer era la primera causa de muerte en Rosario, según las estadísticas moría un enfermo cada 8 horas, y más de un millón por año. Siendo así la más alta tasa de morbi - mortalidad de toda la República. A raíz de ello, fue inaugurado, en 1952 el Instituto de Oncología.

Corresponde mencionar a la importante obra habilitada, Hospital de Emergencia inaugurado el 27 de abril de 1978 en el complejo Hospital Dr. Clemente Alvarez.

En los años ochenta y noventa, nuestro país y Rosario, en particular, fue escenario de profundas transformaciones que afectaron de modo diverso a distintos sectores de la sociedad.

Las políticas de ajuste se manifestaron de forma diversas afectando la dinámica del mercado laboral, la estructura ocupacional y los niveles de ingreso de la población.

El cambio decreciente en la industria manufacturera para el gran Rosario, fue alrededor del 20 % entre 1985 y 1994, lo que profundizó el deterioro de las condiciones de vida de la población.

Dos fueron los rasgos más importantes que se produjeron en la sociedad rosarina: deterioro del mercado laboral y el incremento de la pobreza.

La pobreza tiene sus raíces en los insuficientes puestos de trabajo, trabajo precario y bajos ingresos, lo que se traduce no sólo en la privación de provisión de servicios básicos sino también al acceso de beneficios sociales.

A mediados de los ochenta se registraron en Rosario, por primera vez, niveles de desocupación superiores al 10%, llegando al 21% en mayo de 1995. a este índice de desocupación es necesario añadir la tasa de subempleo visible que rondaba en un 10%.

Ambas tasas a partir de 1995, siempre superaron el 25%. En la ciudad se reestructura una sociedad que se empobrece en sectores amplios de la población. El empobrecimiento afectó no sólo a quienes históricamente habían sufrido carencias, sino a sectores asalariados que habían gozado de ciertos privilegios del desarrollo. Disminuyó el empleo asalariado en la industria y el comercio y se incrementó en servicios sociales y personales.

Los nuevos pobres, los pauperizados, son quienes lograron a lo largo de su vida ciertos niveles mínimos y que luego se enfrentaron a la pérdida de la acumulación familiar y deterioro de sus ingresos.

Las mediciones de pobreza de los años noventa indican que prácticamente el 50% de la población rosarina estaba afectada por alguna de las formas de pobreza.

En 1991 (según IPEC), casi una quinta parte de los hogares del Gran Rosario, residía en villas miserias. Esto indica que esa parte de la población no tenía acceso a mínimas condiciones de infraestructura y un gran deterioro de la calidad de vida, lo que se asocia a la aparición de nuevas estrategias de supervivencia y a formas de violencia tanto individual como colectiva.

4.2. Evolución histórica del Hospital de Emergencias Dr. C. Alvarez

El 27 de octubre de 1897 fue una fecha significativa en la historia de la salud en Rosario. Ese día, el entonces intendente de la ciudad, Alberto J. Paz, colocó la piedra fundamental del Hospital Rosario, el actual Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez. Luego se distribuyeron entre los concurrentes mil ejemplares con los documentos, actas y planos del futuro hospital.

La obra surgió en el marco de un plan para la construcción de diversos edificios en el municipio de Rosario y en sus orígenes, se destinó a los servicios de maternidad y niños. Por esa época, comenzó un debate acerca del perfil de los beneficiarios que serían atendidos en el hospital y se acordó que los pacientes se dividirían en dos clases de pensionistas. Para los de primera se estableció un arancel de cinco pesos diarios, por quincenas adelantadas y el beneficio de habitaciones separadas de las salas comunes. Para los de segunda, un arancel de dos pesos diarios y el alojamiento en salas comunes. La recaudación sería destinada al sostenimiento del hospital.

El Hospital Rosario fue inaugurado el 24 de junio de 1898. Ocupaban sus espaciosos salones y jardines una superficie de 16.900 metros cuadrados, ubicado en el “barrio sud”, y estaba conformado por ocho pabellones: administración, maternidad, cirugía, otras enfermedades, policlínico, autopsias y depósitos mortuorios, desinfecciones y lavaderos, cocina y almacenes. La atención estaba destinada a casa de maternidad, asistencia de enfermedades ginecológicas y afecciones no contagiosas de los niños. Para tener acceso al hospital se requería ser habitante del municipio y presentar certificado de pobreza, sin el cual abonarían por adelantado las cuotas establecidas, exceptuando las urgencias. Este establecimiento de propiedad de la comuna, formaba parte de los servicios sanitarios puestos bajo la dependencia de la dirección de la Asistencia Pública (actualmente Secretaria de Salud Pública) y prestaba grandes beneficios a la población por lo idóneo de su personal técnico y auxiliar y lo completo de sus instalaciones y materiales. En un principio sólo se recibía a mujeres y niños, pero luego se habilitó un departamento para hombres.

En el término que medió entre el primer Censo Municipal –1901- al segundo –1906-, los servicios del establecimiento se ampliaron considerablemente. El Censo de 1900 informaba que los gastos anuales del hospital ascendían en esa época a \$34.260.- mientras que el presupuesto de 1907 le asignó una partida de \$99.540.-, es decir, casi tres veces más, aparte de \$20.000.- votados en el mismo presupuesto para la construcción de los pabellones necesarios con destino al alojamiento de los médicos internos y practicantes que hacían guardias permanentes y para la instalación de una sala de primeros auxilios.

En este mismo período, el personal del establecimiento se aumentó en la misma proporción que los gastos. En 1900 el personal técnico se componía de un médico director, dos médicos auxiliares, un practicante, dos parteras y un farmacéutico, mientras que en 1906 tenía médico director encargado de la sala de

maternidad, un médico de clínica y encargado del laboratorio bacteriológico, tres médicos de clínica y cirugía, dos médicos internos, tres practicantes, un ayudante de laboratorio, dos parteras y un farmacéutico. En 1900 había un cabo enfermero, siete enfermeras, un cocinero, un ayudante, tres lavanderas y un portero y en 1906, hay tres cabos de sala, diez enfermeros, doce enfermeras, tres cocineros, un peón de botica, un portero y dos peones, y además, ecónomo a cargo de la administración del hospital, un capellán y ocho hermanas. Debe notarse que a ese año no se contaba con lavanderas por haberse encontrado conveniente contratar a un establecimiento especial de lavado de la ropa, a fin de disponer de ese espacio para el alojamiento provisorio de los médicos internos.

Los datos estadísticos muestran lo siguiente:

	<u>1900</u>	<u>1906</u>
Ingresos	579	1810
Altas	557	1613
Defunciones	32	142
Total de asistencias	1337	1898

El término medio diario de los enfermos alojados en 1906 fue de 143 y la permanencia de cada enfermo de 27,50 días.

A partir de 1924 se proyectó la construcción de dos pabellones para dementes en los terrenos inmediatos al establecimiento –lo que no se concretó- y de cocina, comedor, despensa y local de servicios. En el mismo año se adquirieron dos ambulancias a tracción a sangre y cuatro juntas de caballos compartidas entre el Hospital Rosario y el Hospital Carrasco. Hacia 1927 se comenzaron a confeccionar los planos para el futuro túnel destinado a la unión entre los edificios del Hospital y la “clínica de trabajo”.

Con el fin de contribuir con el sostenimiento del hospital y debido a la escasez de recursos, en 1932 se creó el Patronato de Damas con el auspicio del director de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública y se aceptaron donaciones personales y familiares por una suma total de 2502,55 pesos moneda nacional. Con estos aportes, seis años más tarde, se inició la reconstrucción del nosocomio.

El 30 de diciembre de 1948, por Ordenanza 483, se designó con el nombre de Profesor Dr. Clemente Alvarez la sala II del Hospital Rosario y se dispuso que sea erigido en dicha sala un busto del maestro fallecido.

Seguidamente, el 25 de noviembre de 1949, por Ordenanza 591, se impuso la redesignación del antiguo Hospital Rosario como Hospital Dr. Clemente Alvarez en honor de uno de sus jefes de sala fallecido el 22 de julio de 1948.

Otra importante reforma tuvo lugar en 1958, cuando se inauguró el Pabellón Número 2 que contaba con nuevas comodidades –más camas, calefacción y agua caliente – y permitió ampliar la capacidad de internación hasta ese momento de 210 enfermos.

En 1966 se habilitó la sala de cirugía, equipada con quirófano, aire acondicionado, oxígeno y equipo de anestesia, además de una sala de esterilizaciones y de cirugía menor.

Los antecedentes del Hospital como centro de atención de emergencias surgen en 1976: los consultorios externos de atención programada pasarían a desarrollarse en el área de consultorios externos del policlínico.

Dos años más tarde el intendente de facto, Augusto F. Cristiani, anunció el proyecto de creación de un hospital de emergencias, con la excusa del campeonato Mundial de fútbol. El costo de la obra ascendió a dos millones de dólares y se proyectaba la atención de pacientes mediante “la detección de coberturas de obras sociales, mutuales y compañías de seguros”. Desde entonces se modificó el sector destinado a internación en cuanto al habitual criterio de albergue de pacientes: a partir de ese momento se construyeron habitaciones de dos cama cada una. Asimismo, los servicios se agruparon en tres departamentos: emergencia, cirugía y clínica.

El 27 de abril de 1978, durante la dictadura militar, la obra quedó inaugurada bajo el nombre de Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez - H.E.C.A.-. Surge de la unión del viejo y querido Hospital Dr. Clemente Alvarez y el demolido Hospital Central de quien recibe la estructura médica.

El actual Hospital de Emergencias Dr. C. Alvarez es el más importante hospital de adultos de la red municipal, con alto grado de desarrollo en el área de las emergencias, siendo centro de referencia para trauma, accidentología y quemados. Funciona como referente regional atendiendo pacientes de las distintas localidades de la provincia de Santa Fe y provincias vecinas. Es reconocido como centro quirúrgico de alta complejidad en cirugía general ginecológica, urológica, vídeo – endoscópica, máxilo – facial, neuroquirúrgica, oftalmológica, traumatológica y quemados. Se constituye, además, como una unidad docente de pre y posgrado de la Universidad Nacional de Rosario.

En la actualidad cuenta con un total de 145 camas de internación, incluidas la Unidad de Terapia Intensiva con 10 camas, Unidad Coronaria con 6 camas y Unidad de Quemados con 7 camas. Existen 4 quirófanos centrales y 2 quirófanos de endoscopia. Su dotación es de aproximadamente 850 personas comprendiendo enfermeros, médicos, técnicos, mucamas, personal de mantenimiento, de vigilancia y administrativos.

En el año 2002 fue asignado al H.E.C.A. un 20 % del Presupuesto de la Secretaría de Salud Pública Municipal, lo que representó un total de \$14.141.047.- Con estos recursos se atendieron 30.073 consultas por consultorios externos, 36.000 consultas por guardia y hubo 6.658 egresos por internación. Se practicaron 3.865 cirugías, el 65 % de las cuales fueron por urgencias y emergencias y 35 % restante, programadas. Analizando algunos indicadores de rendimiento del último año, se destacan los siguientes:

Promedio diario de ingresos: 2,90

Promedio diario de egresos: 1,66

Porcentaje ocupacional: 84,77 %

Promedio días de estada: 9,31

Giro cama: 3.96

En 1998, atendiendo a las crecientes demandas de la sociedad, la Municipalidad de Rosario ha encarado la construcción del edificio destinado a un nuevo Hospital de Emergencias. El mismo estará emplazado prácticamente en el centro geográfico de la ciudad _ Av. Pellegrini y Vera Mújica – y con rápido acceso a rutas y autopistas que convergen hacia Rosario.

El nuevo H.E.C.A. ha sido concebido como hospital orientado al usuario y diseñado con características flexibles que le permitirán adaptarse en el futuro a los cambios tecnológicos y de las prácticas médicas. Se plantea como hospital general de agudos y centro de emergencias, con capacidad de resolución óptima de cuadros emergentes traumáticos y no traumáticos y en patología aguda compleja clínico – quirúrgica. Se está construyendo siguiendo el modelo horizontal para facilitar su operatividad y se organizará funcionalmente con el criterio de cuidados progresivos.

El proyecto prevé amplias zonas para actividades docentes y administrativas, con especial desarrollo del área de Emergencias: Cuidados críticos, Área Quirúrgica, internación en habitaciones dobles o simples para pacientes aislados y servicios de apoyo en diagnóstico y tratamiento acorde a sus características.

La superficie total estimada es de 18.000 m², con capacidad inicial de 160 camas y todos los sectores de apoyo equipados con alta tecnología.

A la fecha, está concluida el 60 % de la obra y pese a la profunda crisis económica que ha debido soportar nuestro país, lo cual implicó algunos retrasos en la llegada de los fondos prometidos, se siguen concretando etapas.

Finalmente, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) aprobó el crédito con que se financiarán las obras para terminar el nuevo hospital.

5. AVANCES SOBRE EL TRABAJO DE CAMPO

Se ha comenzado con el trabajo de campo. Se realizó una visita de reconocimiento para conocer la planta física del hospital y en especial, las instalaciones del Área de Emergencia Primaria, más comúnmente conocido como Guardia. Es, en este sector, donde se focaliza el alcance de la presente Investigación.

El equipo de investigadores mantuvo una entrevista de presentación con el Director Médico del hospital, Dr. Carlos Toni y con el Subdirector, Dr. Ricardo Roffo. De la misma se obtuvo una visión general de la Institución desde la mirada de sus máximas autoridades, así como un enfoque particular sobre el área bajo estudio. Se recabó información sobre la organización jerárquica, conformación del personal, sus funciones, tecnologías utilizadas, estadísticas sobre pacientes y patologías atendidas, así como algunos relatos sobre hechos relevantes ocurridos en la Guardia del Hospital a lo largo de su historia más reciente.

A los fines de organizar la tarea, se armó un cronograma donde se programaron entrevistas a realizar a los distintos actores: médicos de guardia, enfermeras, mucamas, administrativos y personal auxiliar del Área de Emergencia Primaria.

A la fecha, se han realizado algunas entrevistas a miembros del equipo de salud en un número que no permite aún arribar a conclusiones válidas, pero que posibilitan vislumbrar algunos rasgos culturales del sistema bajo estudio.

A continuación se transcriben textualmente algunos comentarios efectuados por los entrevistados que pretenden mostrar ciertas suposiciones compartidas.

...”La consigna siempre es: Primero el paciente”.

...”En situaciones de emergencia prima la solidaridad y el compañerismo”

...”El personal, en casos de emergencia grave, se autoconvoca aún cuando no tengan que trabajar ese día”

...”Los familiares no pueden entrar a la guardia, pero sabemos que es fundamental para la contención del paciente. Los enfermeros se la juegan dejándolos entrar”

...”Hay un protocolo que respetar, pero en casos de catástrofes, se olvidan
“..”Todos hacemos todo”.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Abarbanel, Allaire y otros (1992) *“Cultura Organizacional”*, Colombia: Legis.
- Babor, S. (2003) *“Cultura corporativa. Un abordaje antropológico de la organización empresarial”*, Management Herald.
- Deal, T. y Kennedy, A. (1985) *“Culturas corporativas”*, México: Fondo Educativo Interamericano.
- Etkin, J. (2000), *“Política, Gobierno y Gerencia de las organizaciones”*, Chile: Prentice Hall.
- Etkin, J. Y Schvarstein, L. (2000) *Identidad de las organizaciones*, Buenos Aires: Paidós.
- Felman, I. y otros (2002), *Cultura organizacional en la Administración Pública Argentina*, Buenos Aires: Ediciones Cooperativas.
- Garcia y Dolan (1997)
- Garfinkel, H.
- Hermida, J. Y Serra, R. (1995), *“Administración y Estrategia”*, Bogotá: Macchi.
- Jonson y Scholes (2001)
- Krieger, M. (2001) *“La auditoría de la cultura. Sociología de las organizaciones”*
- March, J. y Simon, H. (1977) *“Teoría de la Organización”*, Barcelona: Ariel.
- Maturana, H. y Varela, F. (1988), *“El árbol del conocimiento”*, Chile: Ed. Universitaria.
- Mella, O. (1998) *“Naturaleza y orientaciones teórico – metodológicas de la investigación cualitativa”*
- Morgan, G. (1991), *“Imágenes de la organización”*, México: Alfaomega.
- Robbins, S. Y Coulter, M. (2000), *“Administración”*, Prentice Hall: México.

- Schein, E. (1988), *“La cultura empresarial y el liderazgo”*, Plaza & Janes Editores S.A.: Barcelona.
- Selznick (1993)
- Senge, P. (1996), *“La quinta disciplina”*
- Serlin, J. (1997), *“Fundamentos del conocimiento en Administración: Teoría de la acción administrativa”*, UNGS, Buenos Aires.
- Starbuck (1993)
- Weick, K., (1988) *“El proceso de construcción de sentido en las organizaciones”*, Bologna Il Moulino.

- Primer, Segundo y Tercer Municipal de la ciudad de Rosario.
- Acta de Fundación del Hospital Rosario, llamado posteriormente Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez, 24 de octubre de 1897.
- Ordenanza de la Municipalidad de Rosario N° 483 del 30 de diciembre de 1948.
- Plan Estratégico de la ciudad de Rosario, Programa IV Modelo en Salud Pública, febrero de 2000.
- Diario La Capital de Rosario, artículos varios.

7.ANEXOS

7.1.Carta de Presentación

*UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
Y ESTADÍSTICAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS*

Sr. Director del
Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez
Dr. Carlos Toni

Rosario, 19 de setiembre de 2003.

De nuestra mayor consideración:

Como investigadores del Instituto de Investigaciones Administrativas de la Facultad de Ciencias Económicas y Estadísticas de la U.N.R. hemos iniciado un Proyecto de Investigación titulado "IDENTIDAD Y CULTURA ORGANIZACIONAL – Aplicación a una Institución pública de salud"-

El trabajo tiene como principal objetivo efectuar un diagnóstico de los factores culturales de la organización elegida – Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez- para poder apreciar y comprender sus rasgos culturales básicos.

El marco temporal previsto por la investigación se focalizará en la apreciación de los factores culturales vigentes y en la realidad actual en el tiempo que demande el trabajo.

La existencia de distintos grupos, con diferente formación y objetivos, plantea la posible presencia de orientaciones culturales diferentes dentro de la misma organización. El presente trabajo de investigación se centrará en esta primera etapa en el **Area de Emergencia Primaria _ A.E.P _** del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez.

Por los motivos expresados solicitamos su autorización para realizar nuestro trabajo de campo en el área de Guardia del Hospital. El enfoque metodológico a aplicar será la etnometodología que supone una observación participante por parte del investigador y la realización de entrevistas a los miembros del equipo de salud –médicos, enfermeros, mucamas, administrativos - que voluntariamente quieran responder a nuestras preguntas.

Sin otro particular, y agradeciendo su valiosa colaboración, saludamos a Ud. con la consideración más distinguida.

*Roxana Dubois
Claudia Morbelli
Marisa Parolin
Rubén Rodríguez Garay*

7.2. INSTRUMENTO DE RELEVAMIENTO

FICHA DE OBSERVACIÓN

1. ESPACIO:

APRETADO	ADECUADO
ORDENADO	DESORDENADO
PRIVADO	NO PRIVADO
FUNCIONAL	NO FUNCIONAL

COMENTARIOS:

2. GRADO DE MOTIVACIÓN, COMPROMISO, COLABORACIÓN

ALTO MEDIANO BAJO

COMENTARIOS:

3. RELACIÓN VINCULAR MÉDICO – PACIENTE:

AMABLE
CONTEMPLATIVO
INDIFERENTE
AGRESIVO
OTROS:

4. RELACIÓN VINCULAR ENFERMERO – PACIENTE:

AMABLE
CONTEMPLATIVO
INDIFERENTE
AGRESIVO
OTROS:

5. RELACIÓN VINCULAR OTRO PERSONAL – PACIENTE:

AMABLE
CONTEMPLATIVO
INDIFERENTE
AGRESIVO
OTROS:

6. LENGUAJE, TERMINOLOGÍA:

7. UNIFORMES, VESTIMENTAS:

8. TECNOLOGÍA, APARATOLOGÍA, INSTRUMENTAL, EQUIPOS:

9. RELACIONES Y COMUNICACIÓN ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD:

10. ESTILOS DE CONDUCCIÓN DOMINANTES
AUTOCRÁTICO CONSULTIVO PARTICIPATIVO

GUÍA PARA LAS ENTREVISTAS

ORGANIZACIÓN FORMAL

1. ¿CUÁL ES LA ESTRUCTURA FORMAL DEL AEP? CÓMO ES SU FUNCIONAMIENTO INTERNO?
2. ¿CUÁL ES LA COMPOSICIÓN DEL PERSONAL DEL ÁREA (MÉDICOS, ENFERMEROS, TÉCNICOS, MUCAMAS, ADMINISTRATIVOS)?
3. ¿CUÁL ES LA RELACIÓN LABORAL O CONTRACTUAL DE LOS EMPLEADOS DEL AEP CON LA INSTITUCIÓN (PLANTA PERMANENTE, CONTRATADOS, RESIDENTES, CONCURRENTES, BECARIOS, PASANTES, FERIANTES? QUÉ GRADO DE COMPROMISO IMPLICA?

SISTEMA CULTURAL

4. ¿EXISTE UNA CLARA COMPRENSIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA UNIDAD ACERCA DE LA MISIÓN CENTRAL Y LA IMPORTANCIA DE LA MISMA PARA LA SOCIEDAD?

TOTAL BASTANTE CLARA CON DIVERGENCIAS

5. ¿CUÁLES SON LAS PRIORIDADES O VALORES FUNDAMENTALES DE LA AEP?

- RAPIDEZ
- SOLIDARIDAD
- COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES
- OTROS

6. ¿ESTOS VALORES (DE LA UNIDAD) DIFIEREN DE LOS QUE PREDOMINAN EN EL RESTO DE LA ORGANIZACIÓN?

7. ¿CUÁL ES EL GRADO DE CONSENSO Y ACEPTACIÓN DE LOS VALORES BÁSICOS DE LOS MIEMBROS DE LA AEP?

ALTO ACEPTABLE BAJO

8. ¿CUAL ES EL ORIGEN DE LOS VALORES Y CREENCIAS?

- TRADICIÓN (SIEMPRE SE HIZO ASÍ)
- COMUNICACIONES Y DIRECTIVAS DE LAS AUTORIDADES FORMALES
- COMUNICACIONES E INFLUENCIA DE LÍDERES EXPERTOS
- ACTIVIDADES DE SOCIALIZACIÓN Y FORMACIÓN

9. ¿QUÉ RITUALES Y COSTUMBRES EXISTEN EN LA UNIDAD AL SALUDARSE, EN LAS REUNIONES?

10. ¿EXISTEN HÁBITOS PARTICULARES EN MATERIA DE :

- LENGUAJE
- INDUMENTARIA
- OTROS

11. ¿CÓMO SE DECIDE? DE ACUERDO A:

- USOS Y COSTUMBRES
- NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
- IMPROVISACIÓN, REACCIÓN
- POR DECISIÓN UNILATERAL DE LOS REFERENTES

DIMENSIÓN ORGANIZACIÓN /ENTORNO

12. ¿QUÉ CAMBIOS RADICALES UD. RECUERDA (CAMBIO DE GOBIERNO, DE AUTORIDADES INTERNAS, ACCIDENTES MASIVOS, EMERGENCIAS COLECTIVAS) Y CÓMO AFECTARON LA MISIÓN DEL HECA, CÓMO ACTUARON QUIENES ASUMIERON EL LIDERAZGO EN ESOS MOMENTOS?

DIMENSIÓN TEMPORAL

13. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR RAPIDEZ EN LA ATENCIÓN?

14. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR TARDANZA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS?

DIMENSIÓN ESPACIAL

15. ¿QUÉ UTILIZACIÓN DEL ESPACIO HACEN LOS JEFES? TIENEN DESPACHOS PROPIOS?

16. ¿HAY ALGUNA FORMA DE PRIVACIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO DE LA GUARDIA?

17. ¿SE CUIDA LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE?

DIMENSIÓN DEL GÉNERO HUMANO

18. ¿CÓMO CONSIDERAN A LOS PACIENTES EN GENERAL (CARACTERÍSTICAS MÁS FRECUENTES) Y CÓMO A SUS ACOMPAÑANTES O PARIENTES?
19. ¿CUÁLES SON LAS ACTITUDES O COMPORTAMIENTOS BIEN VISTOS O APLAUDIDOS EN LA INSTITUCIÓN? (EN RELACIÓN A JEFES, PARES Y SUBORDINADOS)
20. ¿CUÁLES SON LAS ACTITUDES O COMPORTAMIENTOS REPUDIADOS O CENSURADOS EN LA INSTITUCIÓN? (EN RELACIÓN A JEFES, PARES Y SUBORDINADOS)

DIMENSIÓN DE LA ACTIVIDAD

21. ¿CÓMO ES LA ACTITUD DEL AEP DE FRENTE A LOS CASOS LÍMITES? CONSIDERAN EN ESTOS CASOS EL USO O UTILIZACIÓN ÓPTIMA DE LOS RECURSOS?
22. ¿QUÉ CRITERIOS SE SIGUEN PARA EL RECLUTAMIENTO, SELECCIÓN Y PROMOCIÓN DEL PERSONAL?
 - RECOMENDACIONES
 - FILIACIÓN POLÍTICA
 - PROCESO RACIONAL DE SELECCIÓN
 - OTROS
23. ¿CÓMO SE MIDE EL RENDIMIENTO? (JERARQUIZAR)
 - RAPIDEZ EN LA ATENCIÓN
 - DISPONIBILIDAD O FLEXIBILIDAD DE HORARIO
 - PRESENTISMO
 - CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA
 - ATENCIÓN AL PACIENTE
 - OTROS:
24. ¿QUÉ GRADO DE CONSENSO TIENE EL PERSONAL ACERCA DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS?

DIMENSIÓN DE LA NATURALEZA DE LAS RELACIONES HUMANAS

25. ¿CÓMO SE RELACIONAN LOS MIEMBROS DEL AEP EN EL TRABAJO DIARIO? EN FORMA:
COOPERATIVA CONSENSUADAMENTE COMPETITIVAMENTE
26. ¿CÓMO SE RELACIONAN JERÁRQUICAMENTE LOS MIEMBROS DEL AEP? EN FORMA:

- AUTOCRÁTICA
- PATERNALISTA
- CONSULTIVA
- PARTICIPATIVA
- DELEGATIVA

HISTORIAS Y LEYENDAS

27. ¿QUÉ HISTORIAS Y LEYENDAS CIRCULAN RELACIONADAS CON EL PASADO DE LA UNIDAD Y CUÁL ES SU SIGNIFICADO?

28. ¿QUÉ OPINIÓN SE HA FORMADO UD. DEL HOSPITAL DESPUÉS DE HABER PASADO POR AQUÍ?