



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

TESIS

**EL TRABAJO EN EQUIPO COMO APOYO DE UN MODELO DE
ATENCIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA PARA LOS
DISTRITOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y
ASISTENCIA SOCIAL**

ILEANA RABANALES MENDEZ DE MENDIZABAL

Guatemala, Mayo de 2006.

INDICE

RESUMEN DE TESIS

INTRODUCCIÓN

i

CAPITULO 1: PROBLEMATIZACIÓN

1.1.	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	01
1.2.	JUSTIFICACIÓN	03
1.3.	OBJETIVOS	04
1.3.1.	OBJETIVO GENERAL	04
1.3.2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS	04
1.4.	HIPOTESIS	05
1.5.	DELIMITACIÓN INSTITUCIONAL Y ESPACIAL	06
1.6.	DELIMITACIÓN EN TIEMPO	06
1.7.	ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	07

CAPITULO 2: MARCO DE REFERENCIA

2.1.	MARCO CONCEPTUAL	09
2.1.1.	“TRABAJO EN EQUIPO”	09
2.1.2.	SINERGIA	10
2.1.3.	EMPLEADOS MULTIFUNCIONALES	10
2.1.4.	ATENCIÓN	11
2.1.5.	EFICIENCIA	11
2.1.6.	EFICACIA	11

2.1.7.	SITUACIONES DE EMERGENCIA	12
2.2	MARCO INSTITUCIONAL	12
2.2.1.	CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPUBLICA	12
2.2.2.	COMPROMISO POLÍTICO CON LA SALUD	13
2.2.3.	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL	14
2.2.4.	CODIGO DE SALUD	14
2.2.5.	REGLAMENTO ORGANICO INTERNO DEL MINISTERIO DE SALUD	14
2.2.6.	SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (SIAS)	14
2.2.7.	AREA DE SALUD	15
2.2.8.	DISTRITOS MUNICIPALES DE SALUD	15
2.3	MARCO TEORICO	16
2.3.1.	ANTECEDENTES	17
2.3.1.1.	DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y A.S.	17
2.3.1.2.	DE LAS ÁREAS DE SALUD DEPTO. DE GUATEMALA	19
2.4	EVOLUCIÓN DE LAS TEORIAS O ESCUELA DE LA ADMINISTRACIÓN	20
2.4.1.	LA ESCUELA DE LA ADMINISTRACIÓN CIENTÍFICA	20
2.4.2.	ESCUELA CUANTITATIVA	21
2.4.3.	ESCUELA DE RELACIONES HUMANAS Y SUS PRECEPTOS	22
2.5.	HISTORIA DEL TRABAJO EN EQUIPO	26
2.5.1.	GRUPO Y EQUIPO	27
2.5.2.	DIFERENCIA ENTRE GRUPO Y EQUIPO	27
2.5.3.	FORMACIÓN DE EQUIPOS	28
2.5.4.	IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO	31
2.5.5.	SINERGIA EN EL TRABAJO DE EQUIPO	32
2.5.6.	TECNICAS DEL TRABAJO EN EQUIPO	33
2.5.7.	ESTRATEGIAS QUE FOMENTAN EL "TRABAJO EN EQUIPO"	34

2.5.8.	POR QUE FALLAN LOS EQUIPOS	34
2.6.	MODELO DE EFICACIA DEL EQUIPO	37
2.6.1.	REQUISITOS PARA TENER UN EQUIPO TRIUNFADOR	38
2.8.	IMPORTANCIA DE UNA GESTION ENCAMINADA A LA SATISFACCION DEL TRABAJADOR EN LA ADMINISTRACION	40

CAPITULO 3: METODOLOGIA DE INVESTIGACION

3.1.	MARCO METODOLOGICO	42
3.1.1.	HIPOTESIS DE TRABAJO	42
3.1.2.	DIAGRAMA DE RELACIONES	43
3.1.2.1.	VARIABLE INDEPENDIENTE	43
3.1.2.2.	VARIABLE DEPENDIENTE	43
3.1.3.	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	43
3.1.3.1.	OPERACIONALIZACION DE HIPOTESIS	43
3.2.	UNIDADES DE ANALISIS	45
3.3.	VARIABLES-ATRIBUTOS	45
3.4.	MUESTREO	46
3.5.	DEL METODO	47
3.5.1.	TIPO DE INVESTIGACION	48
3.5.2.	Tecnica de Investigacion	48
3.5.3.	SELECCION DE TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION	49
3.5.3.1.	FUENTES DE INFORMACION PRIMARIA	49
3.5.3.2.	Técnicas de Investigacion Documental y Registral	50
3.5.3.3.	FUENTES DE INFORMACION SECUNDARIA	51
3.5.4.	SELECCION DE TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS	51

CAPITULO 4: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1.	COMENTARIO GLOBAL	53
4.2.	ASPECTOS DE CAPACITACIÓN MULTIFUNCIONAL	54
4.3.	ASPECTOS BIOÉTICA	55
4.4.	ASPECTOS DE RECURSOS DE HUMANOS EN RELACIÓN AL TRABAJO EN EQUIPO	57
4.4.1.	PERSONAL ADMINISTRATIVO	58
4.4.2.	PERSONAL OPERATIVO	58
4.4.3.	PERSONAL TÉCNICO	59
4.4.4.	PERSONAL PROFESIONAL Y DIRECTORES	60
4.4.5.	PERSONAL PARAMEDICO	61
4.5	RESULTADOS PUNTUALES	61
4.5.1.	FUNCIÓN DE GERENCIA (DIRECCIÓN)	61
4.5.2.	FUNCIÓN PARAMÉDICOS (AUXILIARES DE ENFERMERÍA)	62
4.5.3.	FUNCIÓN PERSONAL PROFESIONAL	63
4.5.4.	FUNCIÓN TÉCNICA	64
4.5.5.	FUNCIÓN OPERATIVA	65
4.5.6.	FUNCIÓN ADMINISTRATIVA	66
4.6	RESULTADOS GENERALES	67
4.6.1	COMENTARIOS	67
4.6.1.1.	EL COMPROMISO INSTITUCIONAL	68
4.6.1.2.	EL COMPROMISO PERSONAL	68
4.6.1.3.	CREATIVIDAD ANTE LA ESCASEZ DE RECURSOS	68
4.6.1.4.	ENTENDIMIENTO DE LAS DOLENCIAS Y SUS LIMITACIONES DE ATENCIÓN	69

CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	CONCLUSIONES	70
5.2.	RECOMENDACIONES	71

CAPITULO 6: PROPUESTA BASICA

ESQUEMA CONCEPTUAL DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN	75
--	----

ORGANIGRAMA BASADO EN EL REGLAMENTO ORGÁNICO INTERNO	77
--	----

ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN DEL ÁREA DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD	78
---	----

ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN DEL ÁREA DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD A NIVEL LOCAL	80
---	----

BIBLIOGRAFIA	85
---------------------	----

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Los retos que imponen los paradigmas del nuevo orden mundial a los Estados, Gobiernos y administraciones Públicas, implican pensar en nuevos modelos de gestión para mejorar la eficiencia de los servicios públicos cada vez mas exigidos por la sociedad civil.

La administración pública desempeña un papel esencial para el desarrollo del país, la misma tiene dos funciones a saber: prestataria de servicios y normadora. Una administración pública accesible moderna y eficiente es un reclamo de la población. La salud es un servicio que el Estado Guatemalteco tiene que prestar eficaz y eficientemente.

El Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social de acuerdo a su reglamento interno¹ esta estructurado a nivel rector y ejecutor. El nivel ejecutor corresponde a las áreas de salud una por cada departamento del país, a excepción de Petén y Quiché; la muestra de estudio corresponde al departamento de Guatemala, que incluye un total de 16 municipios de los 17 que lo conforman. El nivel ejecutor lo constituye el primer nivel de atención que incluye la comunidad, los puestos de salud y extensión de cobertura (más conocida como Sistema Integral de

¹ Acuerdo Gubernativo 115-99- Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social de Guatemala..

Atención en Salud); el segundo nivel: los Distritos de Salud que comprenden: las maternidades, los centros de urgencias de 24 horas, las clínicas periféricas; los Centros de salud, que tienen a su cargo la red de servicios. El tercer nivel de atención que incluyen a los hospitales regionales, de especialidades y de referencia nacional. El estudio abarcara el Segundo nivel de atención, es decir los Distritos de salud.

El presente trabajo de investigación demuestra que la herramienta administrativa "trabajo en equipo" puede implementarse en el área de salud Guatemala, y que esto coadyuvará a hacer mas eficientes los servicios de salud que ésta presta.

Este trabajo de investigación se estructuró en la siguientes forma: en el capitulo I el planteamiento del problema, los objetivos (general y específicos) y la hipótesis; en el capitulo II se presenta el Marco de Referencia que incluye los marcos teórico, conceptual e institucional);el capitulo III se refiere a la metodología de la investigación; en el capitulo IV se presentan los resultados, análisis y discusión; en el capitulo V, las conclusiones, las recomendaciones; y en el capítulo VI una propuesta básica, a partir del resultado del estudio.

CAPITULO 1: PROBLEMATIZACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Para percibir mejor el problema a resolver es necesario examinar las principales características de los lugares de trabajo.

En los Centros de Salud la presión del trabajo, especialmente en emergencias por razones accidentales, brotes, epidemias y eventos similares, se debe manejar en forma oportuna, organizada y eficaz; lo cual es limitado por la carencia del recurso humano resultante del escaso presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La dotación de recurso humano de los Centros de salud es insuficiente en relación a la demanda creciente de servicios por parte de la población. Los servicios de Salud, por las características especiales de atención a la población que se cubre con ellos, deben actuar y resolver con prontitud los casos de emergencias, y de situaciones inesperadas que se presenten.

La carencia de recursos humanos señalada, hace que el personal asignado a cada Centro de Salud se encuentre reducido a su mínima dimensión, principalmente porque las plazas que se han congelado no se han logrado activar por falta de fondos.

Intuitivamente los responsables de los Distritos de salud, tratan de organizar equipos de trabajo; pero, aun contando con la voluntad del personal, pocas veces hay éxito en aplicar el modelo de manera institucional.

Para asegurar la eficacia en la organización y acción del trabajo en equipo, es necesario que sus integrantes tengan entrenamiento multifuncional, para la cual es necesario capacitarlos previamente.

El problema de los Centros de Salud (Distritos de Salud), del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con respecto a la ejecutoria de los insuficientes Recursos Humanos y su precaria capacitación operativa puede expresarse concretamente en la siguiente forma:

La carga de trabajo es, por su naturaleza ineludible e inaplazable y hay que enfrentarla con los escasos recursos humanos asignados. Es necesario organizar las tareas con la herramienta de "trabajo en equipo", pero ello no es suficiente sin que el personal no esté capacitado para accionar coherentemente en múltiples funciones.

En relación al problema planteado, es oportuno mencionar que las Políticas de Salud para el periodo 2004-2008 contemplan el "Fortalecimiento del Desarrollo y Administración de los Recursos Humanos en Salud".²

¹ Lineamientos Básicos y Políticas de Salud Año 2004-2008. Unidad de Planificación Estratégica. Programas de mejoramiento de servicios de salud. MSPAS.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Para la realización del presente trabajo de tesis, se partió de la inexistencia de un prototipo de herramienta gerencial de “trabajo en equipo” en el Sector Salud de Guatemala, y de la falta de sustento teórico para elaborar un modelo viable. Un estudio sobre ese tema puede aportar valiosa información y sustento técnico, y por lo tanto podría tener un impacto positivo en la Administración Pública.

Con esta investigación se da a conocer, una parte del tema de las teorías organizacionales y el aspecto de recursos humanos dentro de la administración pública en el aspecto social de la salud.

Esta investigación servirá a políticos con puestos públicos de decisión, académicos y ciudadanos interesados en saber sobre el “trabajo en equipo” de los servicios públicos de salud del Segundo nivel, específicamente de los Distritos de Salud del departamento de Guatemala.

Actualmente, ante el escaso presupuesto Nacional destinado para el sector salud, se hace imperativo trabajar en equipo para hacer eficiente la prestación de los servicios de salud, lo cual es especialmente importante en situaciones de emergencia tales como brotes epidémicos,

heridos, u otra situación que ponga en peligro la salud de la población que cubren los Distritos de salud.

1.3. OBJETIVOS

Los objetivos de la presente investigación están vinculados a la búsqueda de esquemas organizativos de trabajo que faciliten las labores de asistencia en salud pública, al tiempo que mejoran la eficacia de los servicios.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer en que condiciones puede ejecutarse el “trabajo en equipo” en el área de salud del departamento de Guatemala.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a. Establecer si el “trabajo en equipo” puede hacer más eficientes los servicios de salud.
- b. Establecer si el liderazgo actual es el apropiado para la práctica del “trabajo en equipo”.
- c. Confirmar si las limitaciones del recurso humano de los servicios de salud pública, individualmente considerado, pueden ser

superadas, en parte con la utilización de esquemas de “trabajo en equipo”.

- d. Identificar las técnicas más utilizadas para la capacitación de “trabajo en equipo” (seminarios, talleres, paneles, foros, entrenamiento directo).
- e. Aclarar los criterios y condiciones que permitan fomentar el “trabajo en equipo” en el Área de Salud del departamento de Guatemala.

1.4. HIPOTESIS

La naturaleza de los servicios de salud pública en los Distritos exige plena cooperación de todo el **personal** responsables a efecto de atender situaciones de emergencia que muchas veces implican cuadros clínicos en los que la integridad física y la vida misma de la población objetivo esta peligro. Con base en lo anterior, se plantea la siguiente hipótesis:

La atención eficiente en situaciones de emergencia, en los servicios de los Distritos de Salud Pública, se lograría con esquemas de “trabajo en equipo” con empleados multifuncionales.

1.5. DELIMITACIÓN INSTITUCIONAL Y ESPACIAL

Diez y siete Distritos de Salud perteneciente al Área de Salud Guatemala del Ministerio de Salud Pública; coincidentemente uno por cada municipio del Departamento de Guatemala, a excepción de la región central (región metropolitana) en donde fué estudiado el Distrito de la zona 6 por existir un solo Distrito en esa zona y ser su jurisdicción densamente concentrada y con áreas urbanas y urbanas marginales. Se descartaron para la muestra los Distritos de Salud que tienen Maternidades y Centros de Urgencia de 24 horas de atención por no ser de ocho horas laborales como la mayoría de servicios de las demás Unidades Medicas (Centros de Salud).

1.6. DELIMITACIÓN EN TIEMPO

Proceso sincrónico; para contar con la información sobre producción, y rendimiento de los Distritos³ se usaron los datos correspondientes al año 2004 complementando la información con la información obtenida en las entrevistas y encuestas realizadas entre mayo y agosto del año 2005.

³ La producción y rendimiento de una unidad de salud se mide usualmente por el número de consultas atendidas durante un período determinado.

1.7. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación reveló un alto interés de los responsables de los Distritos de Salud y, en la mayoría de los casos, el beneficio de la utilización de la herramienta de "trabajo en equipo" que fue apoyado y aclamado por el personal paramédico que, en forma conjunta a través de la Dirección, son el eje entorno al cual se presta servicio a la población (Ver anexo No. 1). También se detectó un conocimiento conceptual muy frágil de lo que significa "Trabajo en Equipo" aunque cuando se les explico, coincidieron en que una herramienta de esta clase sería de gran ayuda. Otro hallazgo es el alto interés detectado por la capacitación de parte del personal dependiente (operativo, administrativo, paramédico), que indiscutiblemente, contribuye al logro de los objetivos de servicio en los Distritos.

No obstante lo anterior, que en parte confirma la hipótesis y valida las expectativas de la investigación; falta por definir los campos complementarios de capacitación y, en su caso, el modelo más apropiado de capacitación sobre "trabajo en equipo" (cursillos, entrenamiento en servicio, manuales y demás.)

CAPITULO 2: MARCO DE REFERENCIA

Este capítulo se ha desgredado en tres grandes categorías, presentándose: conceptual, institucional (jurídico) y teórico en la perspectiva de la evolución histórica.

En Latinoamérica se ha impulsado la reforma del Estado y la modernización de la Administración Pública, incluida en esta la de los servicios prestados por los Ministerios de Salud, como una política social generalizada. Guatemala no es la excepción, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), está inmerso en una reforma basada en la modernización de sus servicios con estrategias como la desconcentración y descentralización, la cual aun no logra los resultados esperados.

En el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) guatemalteco, se hace evidente, cada vez más claramente, que para alcanzar la optimización de los servicios, es necesario que todos los integrantes (recurso humano) de sus diferentes niveles, aprendan a **trabajar en equipo**, como un requisito vital para obtener resultados. Si se administra adecuadamente este potencial se convertirá en un poderoso instrumento de trabajo.

En el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), específicamente en el Plan Nacional de Salud del periodo 2004-2008, se menciona como un objetivo puntual: impulsar el mejoramiento y modernización de los servicios de salud.⁴ Ello implica un serio compromiso con la mencionada modernización.

2.1. MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se presentan los principales conceptos utilizados en el desarrollo de esta tesis, con el objeto de facilitar la percepción de los planteamientos.

2.1.1. "TRABAJO EN EQUIPO"

Más que una herramienta de trabajo para determinados tipos de tareas, el "trabajo en equipo" es un recurso primordial para la productividad y una técnica básica en la gestión moderna de las organizaciones.

La capacidad de trabajar en equipo es un requisito vital para obtener resultados, cuando se considera el potencial sinérgico de los grupos. Como se indicó anteriormente, ese potencial se convertirá en un poderoso instrumento de trabajo.⁵

⁴ PLAN NACIONAL DE SALUD 2004-2008. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala. 2004. .pag. 6 y 7.

Se refiere a la serie de estrategias, procedimientos, y metodologías que utilizan sus integrantes para lograr las metas propuestas.

2.1.2. SINERGIA

Suma de energías individuales que se multiplica progresivamente, reflejándose sobre la totalidad del grupo. “Un equipo bien manejado no es una batalla de egos”; por supuesto que habrá conflictos, pero las energías se convierten en fuerzas creativas.

2.1.3. EMPLEADOS MULTIFUNCIONALES

Se adaptan y son flexibles en alto grado, constituyen un equipo multidisciplinario, con gran amplitud de acción. Su interés principal es cumplir las metas propuestas en equipo (según los lineamientos del Ministerio⁶ en este caso) con características *sui generis*, que les permite el desenvolvimiento con libertad en la toma de decisiones y ejecución de tareas.

2.1.4. ATENCIÓN

Se define como un proceso dinámico cuyo objetivo es identificar las necesidades y orientar a las personas en los aspectos de salud, que requieren estos servicios. Las Normas de atención a las personas forman

⁵ Díaz Gómez, Nery. Formación de Grupos. Documento. Reproducido para fines docentes. INAP., 2003. Pág. 2

⁶ Lineamientos Básicos y Políticas de Salud Año 2004-2008. Unidad de planificación estratégica. Programa de mejoramiento de servicios de salud. MSPAS.

parte del proceso general técnico normativo que está dirigido a unificar los procedimientos básicos, diagnósticos y terapéuticos que permitan al personal institucional prestar atención.⁷

2.1.5. EFICIENCIA

Revela la capacidad administrativa de producir el máximo de los resultados con el mínimo de recursos, energía, tiempo y calidad a la población que requiere de estos servicios.

2.1.6. EFICACIA

Criterio institucional que revela la capacidad administrativa para alcanzar las metas o resultados propuestos (la eficacia administrativa se ocupa esencialmente del logro de objetivos).

2.1.7. SITUACIONES DE EMERGENCIA

Se da una atención rápida a la población afectada, y es la clave de una respuesta oportuna y eficiente. Ello incluye la realización de las acciones de prevención y control necesarias.⁸

⁷ NORMAS DE ATENCION DEL SEGUNDO NIVEL. Ministerio de Salud Pública y A.S. Guatemala. 2005.

⁸ PROTOCOLOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. Ministerio de Salud Pública y A.S. Guatemala. 2004.

2.2. MARCO INSTITUCIONAL

Se presenta de manera general la referencia institucional básica del Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala, que en su parte conducente implica los siguientes componentes.

2.2.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPUBLICA

La Constitución Política de la República establece en su artículo 94, la obligación del Estado de velar por la salud de todos los habitantes, procurándoles el más completo bienestar físico, mental y social, para lo cual el Gobierno de la República desarrollara acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las acciones complementarias pertinentes a través de sus instituciones.

2.2.2. COMPROMISO POLÍTICO CON LA SALUD

En Guatemala, el compromiso político con la Salud parte del reconocimiento del Derecho humano a la salud, se reafirma con el Código de Salud, ratificando la obligación del Estado de velar por la salud de los habitantes, manteniendo los principios de equidad y solidaridad, se fortalece con los Acuerdos de Paz de 1996 y se renueva

con la Ley de Desarrollo Social aprobado por el Congreso de la República en el 2001.⁹

Los Acuerdos de Paz, en su conjunto propugnan por la transformación de las condiciones de vida de la mayoría de los guatemaltecos. En lo que se refiere a salud señala directamente la obligación del país de disminuir la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la prevalencia de la desnutrición y otros aspectos que de manera directa o indirecta contribuyen a mejorar la calidad de vida de la población.

2.2.3. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

La actuación del MSPAS, se enmarca en la Constitución Política de la República, el Código de Salud, los Acuerdos de Paz, el Plan de Gobierno 2000-2004 y el reglamento orgánico vigente del Ministerio de Salud.

2.2.4. CODIGO DE SALUD:

El artículo 4 del Decreto 90-97 del Congreso de la República, Código de Salud, en su último párrafo, establece que el Ministerio de Salud dentro

⁹ Ley de desarrollo Social. Decreto 42-2001. Congreso de la Republica de Guatemala. Octubre 2001.

del marco de subsidiaridad, solidaridad y equidad, garantizará la prestación de servicios gratuitos.

2.2.5. REGLAMENTO ORGANICO INTERNO DEL MINISTERIO DE SALUD

La Organización del MSPAS, fue reestructurada por Acuerdo Gubernativo 115-99, mismo que también contiene el Reglamento Orgánico Interno del MSPAS. El cual sigue vigente con algunas modificaciones ulteriores.

2.2.6. SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (SIAS)

El Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), tiene a su cargo el Sistema Nacional de Servicios de Salud, esta formado por tres niveles de atención. Supervisando, monitoreando y evaluando los programas de atención a las personas y al ambiente que desarrollan los diferentes establecimientos. Artículo 37 del Acuerdo Gubernativo 115-99 citado.

2.2.7. AREA DE SALUD

De conformidad con lo estipulado en el artículo 55 del Acuerdo Gubernativo 115-99, Reglamento Orgánico Interno del MSPAS, se crean las Áreas de Salud que comprenden el conjunto de establecimientos y servicios de salud de diferente capacidad de resolución. Es la dependencia que planifica, programa, conduce, dirige, coordina,

supervisa, monitorea y evalúa las acciones de salud a este nivel.
Artículo 54, 55 y 56 del Acuerdo Gubernativo 115-99 citado.

2.2.8. DISTRITOS MUNICIPALES DE SALUD

Los Distritos Municipales de Salud constituyen el nivel gerencial que coordina y articula la red de servicios de salud (primer y segundo nivel de atención), bajo su jurisdicción en el contexto del SIAS.

Existen tantos Distritos Municipales de Salud como municipios en la República, salvo casos especiales, Artículos 66 y 654 del Acuerdo Gubernativo 115-99 citado.

2.3. MARCO TEORICO:

El Estado benefactor que surgió a partir de la teoría impulsada por el economista inglés John Maynard Keynes, que en los hechos no llegó a adaptarse plenamente en muchos Estados de Latinoamérica; el enfoque teórico comenzó a declinar en la década de los años mil novecientos ochenta a partir del Consenso de Washington, el cual tenía como preceptos los siguientes:

1. Disciplina fiscal.
2. Gasto en educación y salud.

3. Reforma tributaria.
4. Tasas de interés positivas determinadas por el mercado.
5. Tipos de cambio competitivos.
6. Políticas comerciales liberales.
7. Mayor apertura a la inversión extranjera.
8. Privatización de empresas públicas.
9. Desregulación.
10. Protección a la propiedad privada.

Guatemala no fue ajena a los cambios propuestos en los ajustes estructurales, resultantes de ese Consenso de Washington. Pero su adaptación empeoró las condiciones sociales y económicas del país, lo que indujo a la Sociedad Civil a demandar en forma creciente servicios sociales del Estado, principalmente los de salud, dado el empobrecimiento que la sociedad guatemalteca sufrió, como resultado de ese Programa de Ajuste.

Adicionalmente el clima de violencia en el país ha obligado al Estado guatemalteco por intermedio del Ministerio de Salud a atender más pacientes con lesiones físicas y psíquicas más allá de la morbilidad común. Ello es así porque usualmente no pueden asistir a los hospitales por razones de "seguridad personal", lo cual hace que se demanden más

insumos en el segundo nivel de salud, específicamente en los Centros de Salud.

2.3.1. ANTECEDENTES

A continuación una breve descripción de la evolución de la organización y formación del MSPAS y sus servicios, los cuales son relevantes en cuanto a la asociación de "trabajo en equipo", como una herramienta gerencial.

2.3.1.1 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ASISTENCIA SOCIAL

La Constitución Política del 13 de marzo de 1945 crea los Ministerios y Ministros de Estado, en el cual se decía que tendría cada Ministro uno o más Subsecretarios para sustituirlo en su orden en los casos de ausencia o falta temporal del titular de la cartera.

La Constitución Política del 15 de octubre de 1965 crea los Viceministros en lugar de Subsecretarios quienes tendrían las mismas calidades de su nombramiento con los Ministros.

Lo que hoy es el Ministerio de Salud, ha tenido diversos cambios en lo que se refiere a su organización.¹⁰

Mediante el Decreto del Congreso de la Republica número 90-97, se aprueba un nuevo Código de Salud con principios fundamentales, acoplado a la nueva red de servicios porque su contenido es de acciones de promoción y prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las infracciones y sanciones. Este nuevo Código ha tenido sus reformas en cuanto a la obligación del Estado de velar por la salud de los habitantes no solo porque la misma se garantice a la persona sino en forma gratuita a nivel nacional.

En el año 1997, se emite el Decreto número 114-97 Ley del Organismo Ejecutivo en el cual se deja sin efecto el Decreto número 93 que fue el que creo en 1945 las Secretarías y Ministerios de Estado, dándoles nuevamente una filosofía y contenido, acorde a las necesidades del país.

11

En el año 1999, se emite el Acuerdo Gubernativo 115-99 Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

¹⁰ www.mspas.gob.gt. Historia del MSPAS. Julio 2005.

¹¹ www.mspas.gob.gt. Historia del MSPAS. Julio 2005.

2.3.1.2 DE LAS ÁREAS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE GUATEMALA

A través del Acuerdo Gubernativo 71-75, son reestructuradas las Áreas de Salud creando las divisiones técnico normativas y administrativas, estableciéndose en definitiva veintidós Áreas de Salud y la Región Metropolitana que comprendía Área Guatemala Norte, Área Guatemala Sur y Área de Amatitlán.

Por razón del Acuerdo Ministerial número SP-M-701-2000 de fecha 15 de marzo del 2,000, unifican las tres áreas de la región metropolitana del Departamento de Guatemala, creando el Área de Salud Guatemala.

Durante la ejecución de la presente investigación, con fecha 29 de agosto del año 2005, según Acuerdo Ministerial No. SP-M-2338-2005; considerando redefinir y readecuar la organización técnica y administrativa actual de los servicios de salud del departamento de Guatemala, aplicando principios de descentralización y desconcentración, se crean 4 áreas de salud: Guatemala Nor oriente, Guatemala Sur, Guatemala Nor occidente y Guatemala Central.

2.4 EVOLUCIÓN DE LAS TEORÍAS O ESCUELAS DE LA ADMINISTRACIÓN

A continuación se describen en forma sucinta, la evolución que ha tenido la Administración, sobre todo la de los recursos humanos y los preceptos que cada una de las escuelas a postulado.

2.4.1. LA ESCUELA DE LA ADMINISTRACIÓN CIENTÍFICA

Se identifica mediante el mejoramiento de la productividad y la eficiencia del personal operativo. Así mismo, como plantea Frederick W. Taylor se descartó todo lo empírico, profesionalizando los procesos del trabajo. Hay división del trabajo así como de responsabilidades tanto como de la gerencia como de los trabajadores, según las capacidades de cada nivel. Destacándose las siguientes procesos: planificación, organización, mando, coordinación y control como plantea *Fayol*. Además, se delega la autoridad conjuntamente con la responsabilidad; haciendo que prevalezca el principio de disciplina establecido mediante un liderazgo eficaz, lo que a su vez hace que se incremente la producción: al hacer a los empleados más eficientes.

Henri Fayol fue el primero que definió la administración como un conjunto universal de funciones; precisando el proceso administrativo de la forma siguiente: planificación ,organización , mando , coordinación y control.

2.4.2. ESCUELA CUANTITATIVA

Los partidarios del enfoque cuantitativo de la administración recomendaron el uso de modelos, ecuaciones y formulas para toma de decisiones administrativas referentes a planificación y control.

La Escuela cuantitativa de la administración, incluye aplicaciones de estadística, modelos de optimización, modelos de información y simulaciones por computadores.

Actualmente este enfoque ha contribuido más directamente a la toma de decisiones de la administración en materia de planificación y control.

2.4.3. ESCUELA DE LAS RELACIONES HUMANAS Y SUS PRECEPTOS

Mary Parket Follett propuso que gerente y trabajadores debían verse a si mismos como socios y como parte de un mismo grupo.

Finalmente , Chester Bernard considero que las organizaciones están formadas por personas que sostienen relaciones sociales e interacciones y que el papel del los gerentes consiste en comunicarse con sus subordinados y estimularlos a fin de que desarrollen niveles de esfuerzo mas altos.¹²

¹² **Robbins, S y M. Coulter.** ADMINISTRACIÓN. 6ta. Edición. México: Prentice Hall, 2000. pag. 46.

El **Comportamiento organizacional**, (CO) se refiere a la disciplina que estudia las acciones (comportamiento) de las personas en el trabajo.

La motivación, liderazgo, "trabajo en equipo" y administración de conflictos han surgido de las investigaciones del CO y se han aplicado en la institución en estudio

Los **estudios de HAWTHORNE** que implican el papel del comportamiento humano en las organizaciones, puede ser un instrumento útil para sustentar los diferentes comportamientos humanos observados en el Distrito de Salud, dependiendo de la ambiente organizacional.

Reafirmando a *Harvard Elton Mayo* las normas del grupo determinan la producción del trabajador individual. En los Distritos de salud se da el fenómeno, que el personal recorre distancias excesivamente largas, lo cual implica incremento en su gasto (transporte, alimentación y tiempo). Según la **teoría de motivación** el personal se debe sentir reconocido, valorado, incentivado, aunque no de manera monetaria, si no de forma personal; es decir aumentando su autoestima, proporcionándoles valores agregados a sus conocimientos y capacidades; y dejándolos

desarrollar destrezas que en otros lugares no se los han brindado; el elemento fundamental es la voluntad de superarse no tanto así como el cumplir una orden.

Según las **Teorías de Liderazgo** el comportamiento organizacional se basa en la convicción del ejemplo en la realización plena de todas y cada una de las tareas a realizar. Gozando no solo el gerente de este espacio ganado, sino que también *líderes emergentes* que por sus cualidades y dedicación al servicio se han ganado el respeto y su lugar como dirigentes, con autoridad delegada y responsabilidad asumida de manera incondicional. Todos encaminados hacia el cumplimiento de una meta en común.

En nuestros tiempos los líderes deben tener adaptabilidad, creación de nuevas formas de relación, auto desarrollo personal y transferencia del liderazgo proactivo y transformacional.

En cuanto a la aparición del pensamiento moderno y los recientes teóricos de la administración se percibe que la conducta de liderazgo fuese ampliada a obtener un alto interés por la producción y un interés por las personas que hacen a la administración en equipo, que significa que el trabajo realizado es la obra de personas comprometidas; la

interdependencia sustentada por un "interés común" en los propósitos de la organización que conduce a las relaciones de confianza y respeto.

El nivel de producción no está determinado por la capacidad física o fisiológica del trabajador, sino por las normas sociales y las expectativas que lo rodean. Es su capacidad social la que establece su nivel de competencia y de eficiencia. Cuanto más integrado socialmente está en el grupo de trabajo, mayor será la disposición de producir, es aquí donde se sustenta la **teoría de las Relaciones Humanas**.

Según la **teoría de contingencias**, al hacer empleados **multifuncionales**, se aprovecha el potencial de cada individuo en su desempeño particular, y donde algún empleado puede sustituir la tarea de otro en caso necesario o por las demandas del servicio. Se aplica en la institución estudiada la continua redefinición de las tareas mediante la interacción con otros y una gran interacción de consultas laterales.

En cuanto a las **teorías interpretativas y críticas**, la pregunta principal de estas teorías es como el individuo puede trascender a la organización.

Como en toda institución, aún en su mínima expresión, existen las relaciones entre individuos y organizaciones que comprenden consideraciones de poder político.

Únicamente a través del *consenso*, es en el que las personas sintetizan diferentes puntos de vista en un intento por llegar a una decisión aceptable que sirva a todos los interesados.

2.5. HISTORIA DEL “TRABAJO EN EQUIPO”

La herramienta del “trabajo en equipo”, surge como una evolución de las de la *escuela de las relaciones humanas*, que en 1925, con el estudio de Hawthorne, cuestiona el pensamiento sobre el funcionamiento de las organizaciones, dominado en ese tiempo por el movimiento de la Administración Científica (Management Científico) de Frederick Taylor y Henry Fayol. ¹³

La Escuela de las Relaciones Humanas (estudio de Hawthorne) señala dentro de sus postulados principales:

- La motivación del recurso humano para conseguir las metas y objetivos establecidos.

- El liderazgo democrático como una condición para la motivación al recurso humano.
- La comunicación.

Establece además, la utilización de equipos de trabajo para canalizar energías y los comportamientos en la dirección deseada.¹⁴

2.5.1. GRUPO Y EQUIPO

a. GRUPO:

Conjunto de personas que trabajan juntas pero, en principio, no tienen por qué compartir una meta ni objetivos comunes.

"...Las personas que trabajan en grupo, son responsables, únicamente, de su propio trabajo; no del de los demás..."

Esta es una diferencia fundamental con el "trabajo en equipo", ya que éste exige responsabilidades individuales y mutuas.

b. EQUIPO:

Conjunto de personas con habilidades y experiencias complementarias, comprometidas con una meta común y con una serie de objetivos

¹³ Robbins, S y M. Coulter. Administración. 6 ed. Mexico. Prentice Hall, 2000. Pág. 45

¹⁴ Díaz Gómez, Nery Roberto. GRUPOS Y EQUIPO DE TRABAJO. Documento Compilado para efectos docentes. INAP. 2004. Pág. 1

específicos en cuanto a resultados, de todo lo cual, se consideran conjuntamente responsables.¹⁵

2.5.2 DIFERENCIA ENTRE GRUPO Y EQUIPO

GRUPO:

- Tiene líder fuerte y centrado en la tarea que se trate.
- La responsabilidad es de cada individuo.
- El producto del trabajo se genera en forma individual.

EQUIPO:

- El liderazgo es compartido por varios.
- La responsabilidad es tanto individual como conjunta.
- El propósito es específico del equipo, que es quien lo consigue.
- Se generan productos que son fruto del trabajo colectivo
- Celebran reuniones que resultan eficaces.
- La eficacia se mide de forma indirecta, mediante los efectos que se producen en otros aspectos.
- Se discute, se decide y se delega.
- Se fomentan las discusiones abiertas y las reuniones cuyo objetivo es la resolución de problemas de una manera activa.
- Los resultados se miden de forma directa, mediante la evaluación del producto del trabajo colectivo.
- Se discute, se decide y se trabaja conjuntamente.

¹⁵ Pinto C, Gustavo. "TRABAJO EN EQUIPO". Instituto Nacional de Administración Pública. Guatemala. 2004. Pag.2

2.5.3. FORMACIÓN DE EQUIPOS

En cambio, señala Ledlow, un equipo es “un grupo de personas que comparten un nombre, una misión, una historia, un conjunto de metas y objetivos y de expectativas en común”. Para que un grupo se transforme en un equipo es necesario favorecer un proceso en el cual se exploren y elaboren aspectos relacionados con los siguientes conceptos:

- Cohesión
- asignación de roles y normas
- Comunicación
- Definición de objetivos

La cohesión se refiere a la atracción que ejerce la condición de ser miembro de un grupo. Los grupos tienen cohesión en la medida en que ser miembro de ellos sea considerado algo positivo y los miembros se sienten atraídos por el grupo. En los grupos que tienen asignada una tarea, el concepto se puede plantear desde dos perspectivas: cohesión social y cohesión para una tarea. La cohesión social se refiere a los lazos de atracción interpersonal que ligan a los miembros del grupo. La cohesión para la tarea se relaciona con el modo en que las aptitudes y habilidades del grupo se conjugan para permitir un desempeño óptimo. Existen actividades para la formación de grupos con un componente de diversión o juego que pueden ser de gran utilidad para promover la cohesión social. Algunos ejemplos son: diseñar un logotipo u otra clase de identificación del equipo compartir información sobre sus primeros trabajos, o promover actividades que revelen las características en común de los integrantes. Para desarrollar la cohesión para las tareas,

resulta útil realizar actividades que permitan a los miembros del grupo evaluar sus respectivas habilidades, fortalezas y debilidades.

La asignación de roles y normas con el transcurso del tiempo, todos los grupos asignan roles a sus integrantes y establecen normas aunque esto no se discuta explícitamente. Las normas son las reglas que gobiernan el comportamiento de los miembros del grupo. Atenerse a roles explícitamente definidos permite al grupo realizar las tareas de modo eficiente. Cuando se trabaja en el aula con grupos, en muchas oportunidades los roles y las normas que rigen su funcionamiento son impuestas por el docente. Sin embargo, puede resultar positivo realizar actividades en las cuales se discutan y acuerden los roles y normas del grupo para garantizar su apropiación por parte de los integrantes. En este sentido, muchos docentes proponen a los grupos que elaboren sus propias reglas o establezcan un "código de cooperación". Respecto de los roles, algunos sugieren que los alumnos identifiquen cuáles son los roles necesarios para llevar adelante una tarea y se encarguen de distribuirlos entre los miembros.

La comunicación una buena comunicación interpersonal es vital para el desarrollo de cualquier tipo de tarea. Los grupos pueden tener estilos de funcionamiento que faciliten o que obstaculicen la comunicación se pueden realizar actividades en donde se analicen estos estilos. Algunos especialistas sugieren realizar ejercicios donde los integrantes deban escuchar a los demás y dar y recibir información.

La definición de objetivos es muy importante que los integrantes del equipo y que cada uno pueda explicitar claramente cuales son sus objetivos individuales. Para ello se sugiere asignar a los grupos recién formados la tarea de definir su misión y sus objetivos, teniendo en

cuenta que los objetivos compartidos son una de las propiedades definitorias del concepto "equipo".

La interdependencia positiva El aprendizaje colaborativo se caracteriza por la interdependencia positiva entre las personas participantes en un equipo, quienes son responsables tanto de su propio aprendizaje como del aprendizaje del equipo en general. Sus miembros se necesitan unos a otros y cada estudiante aprende de los demás compañeros con los que interactúa día a día. Para que los integrantes tomen conciencia y experimenten lo que significa la interdependencia, algunos docentes sugieren poner en práctica un ejercicio denominado "supervivencia en una isla" en el que los compañeros de equipo deben imaginar tales son los elementos que necesitarían para sobrevivir en una isla desierta luego de un naufragio. Luego, deben realizar el mismo análisis de modo grupal. En general, los ranking grupales suelen ser más precisos que la mayoría de los individuales.

Tener en cuenta estos elementos puede ser de gran utilidad para pensar actividades tendientes a promover un verdadero trabajo en equipo donde "el todo sea mucho más que la suma de las partes".¹⁶

2.5.4. IMPORTANCIA DEL "TRABAJO EN EQUIPO"

Es un recurso primordial para la productividad y una técnica básica en la gestión moderna de las instituciones, así mismo es un requisito vital para obtener resultados cuando se considera el potencial sinérgico de los equipos. Este potencial surge cuando un conjunto de personas tienen propiedades y cualidades colectivas que ellas separadamente tienen.

2.5.5. SINERGIA EN EL TRABAJO DE EQUIPO

Los japoneses creen mucho en la sinergia. No existe una diferencia de estatus entre los ingenieros con conocimientos teóricos y los obreros con conocimientos prácticos. Ambos tipos de conocimientos son esenciales para el progreso.

El origen de la palabra sinergia no está muy claro y algunos dicen que es un antiguo término médico utilizado para describir la forma como las partes del cuerpo trabajan armoniosamente, en tanto que otros dicen que es una palabra artificial. Su sentido en lenguaje gerencial, es claro: Sinergia es el producto de un trabajo en equipo en el cual el resultado es mayor que cada uno de los insumos tomados separadamente y también mayor que la suma total de los insumos. Dos más dos es igual a cinco o siete o nueve o quince en sinergia.

La idea de la sinergia en el trabajo en equipo, donde el todo es mayor que la suma de sus partes, es un concepto clave en TQM, donde suele promover la colaboración, el consenso, el conflicto creativo y el triunfo del equipo.¹⁷

- Colaboración en la planeación de mejoras de la calidad, en nuevos sistemas, en la documentación de los procesos o en la solución de problemas. Este método es más efectivo que la competencia disfuncional, la cual promueve libretos de ganar-perder, donde los perdedores tienen una forma de hacer el

¹⁶ Avendaño, C. et al. Liderazgo y Comunicación en la Organización Social. Pag. 4

¹⁷ Dyer, William G. Serie de Desarrolla Organizacional, Problemas y Alternativas. Pag. 31

precio de ganar muy alto para los triunfan. Prevalece un enfoque ganar-ganar.

- Consenso para tratar puntos de vista en conflicto. Lograr un acuerdo sustancial, si no un acuerdo unánime, es mejor que dividir el grupo en campos mayoritarios y minoritarios.
- Conflicto creativo: el conflicto creativo puede tener consecuencias positivas y negativas. Puede estimular la innovación organizacional y la creatividad. Las diferencias de opiniones en equipos gerenciales, si se manejan sensatamente, pueden llevar a decisiones efectivas entusiastas. Muchos de los mejores anuncios provienen de un gran conflicto de ideas. Aunque cierta cantidad de conflicto creativo es benéfica, muchas veces el conflicto produce malas consecuencias. Si una junta directiva está en desacuerdo radicalmente sobre la estrategia futura de la compañía, pueden seguir la acción divisiva y el desalojo de miembros claves. Desde un punto de vista sinérgico, el conflicto es un activo, no un pasivo. Puede conducir a una gran creatividad de grupo.
- equipo ganador: más que aplausos individuales, ganar es un logro de equipo. El reconocimiento para todo el equipo y sus miembros queda incorporado en los proyectos de mejora de calidad.

Una de las fortalezas de utilizar equipos para TQM es que pueden combinar las cualidades individuales mutuamente exclusivas, necesarias hoy para dirigir negocios.

2.5.6. TÉCNICAS DEL “TRABAJO EN EQUIPO”

En general, las técnicas utilizadas con mayor frecuencia son:

- Técnica interrogativa o de preguntas.
- Mesa redonda.
- Seminario.
- Estudio de casos.
- Foro.

2.5.7. ESTRATEGIAS QUE FOMENTAN EL “TRABAJO EN EQUIPO”

Las principales estrategias que se utilizan son las siguientes:

- Entregar toda la información para que el equipo funcione.
- Generar un clima agradable de trabajo.
- Definir claramente los tiempos para lograr la tarea.¹⁸

2.5.8. POR QUE FALLAN LOS EQUIPOS

Se ha demostrado que a pesar de que los equipos se consideren fuertes, pueden fallar principalmente por las siguientes razones.

- **METAS NO CLARAS**

Toda meta tiene el propósito de definir un objetivo que superar. Cuando vemos el objetivo y sabemos donde está es más fácil llegar hacia él. Pero, en equipos las metas cumplen una función adicional.

Las metas concentran y canalizan los aportes y la energía de cada miembro de un equipo en una sola dirección. Si no hay meta clara, los

¹⁸ Pinto, Gustavo. “trabajo en equipo”. Instituto Nacional de Administración Pública. Guatemala. pag.14 y 15.

miembros no se cohesionan y no se incrementa el desempeño del equipo.

Los equipos se establecen cuando existe una meta completa y compartida.

- **REQUISITOS PARA EL TRABAJO EN EQUIPO**

Si se logra cumplir el desafío de motivar y comprometer a los socios en la organización, surge un nuevo desafío; que su ingreso a equipos de trabajo sea acogedor y estimulante. Los requisitos mínimos son los siguientes:

- **BUENAS COMUNICACIONES INTERPERSONALES**

El papel de todo dirigente y de todo encargado de un equipo es generar un clima en el cual la comunicación sea fluida, que se escuche a los otros y se manifiesten los desacuerdos, que exista respeto entre las personas, que se dé un nivel mínimo de real comprensión por el otro y que haya algún grado de afecto entre los integrantes.

- **EQUIPO CONCENTRADO EN LA TAREA**

Se deben generar las condiciones para que el equipo se concentre en la tarea y aparezca la creatividad individual, y de todo el grupo, en función de lo programado.

- **DEFINIR LA ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO**

Deben delimitarse las funciones que cumplirá cada persona, dar a conocer las normas de funcionamiento, cómo va a ser la dirección y quién la ejercerá y establecer un calendario de reuniones. Además, se debe respetar las funciones específicas de cada uno de los miembros.

- **ESTABLECER LA SITUACION, TEMA O PROBLE A TRABAJAR**

Es necesario establecer claramente la situación, tema o problema en el cual se va a trabajar; preparar un programa objetivo, con una clara y precisa definición de objetivos y con metas alcanzables.

- **INTERÉS POR ALCANZAR EL OBJETIVO**

Debe haber interés por alcanzar el objetivo común y estar de acuerdo en éste, considerando las motivaciones de cada miembro del grupo.

- **CREAR UN CLIMA DEMOCRÁTICO.**

Es importante lograr un clima democrático propicio, en donde cada persona pueda expresarse libremente sin ser juzgado por sus compañeros, y donde cada idea pasa a ser del grupo, por lo tanto el rechazar una idea no significa rechazar a la persona.

- **EJERCITAR EL CONSENSO EN LA TOMA DE DECISIONES**

En la medida que se escuchan las opiniones de todos, se obtiene el máximo de información antes de decidir, y los integrantes se convencen con argumentos más que con votaciones.

- **DISPOSICIÓN A COLABORAR Y A INTERCAMBIAR CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS**

El último requisito que es importante lograr para un buen trabajo en equipo es el desarrollo de la disposición a colaborar y a intercambiar conocimientos y destrezas. Esto implica contar con tiempo necesario para que cada integrante pueda mostrar a los otros lo que sabe y esté

dispuesto a entregar los conocimientos que posee para que los demás también lo aprendan.

2. 6 MODELO DE EFICACIA DEL EQUIPO

El primer paso que debe dar como responsable de un grupo de personas para desarrollarlas como Equipo Eficaz es el de conocer cómo es un Equipo Eficaz, qué características tiene.

La mejor forma de describirlo es a través del **Modelo de Eficacia del Equipo** que recoge las siete características diferenciales de lo que se considera, de forma general, un Equipo Eficaz.

Este modelo está basado en los estudios realizados durante los últimos diez años por Don Carew y Eunice Parici del Blanchard Training and Development Institute (B.T.D.), los cuales reunieron sus experiencias de programas de trabajo en equipo con empresas de fortune 500, que representaban muchos y variados tipos de equipos de trabajo y después de analizar las experiencias tanto de los directivos como de sus colaboradores y los resultados obtenidos por los equipos estudiados, aislaron siete atributos específicos característicos de los Equipos Eficaces.

Al leer estas características de un Equipo Eficaz podemos pensar que no son más que fruto del sentido común. Y eso es lo bueno como dijo Edison: "El sentido común es el genio en ropa de trabajo". Ya sabemos qué importantes son las características del Modelo de Eficacia del Equipo pero ¿las tenemos realmente en cuenta o sólo de palabra cuando nos dirigimos a nuestros equipos de trabajo?

2.6.1 REQUISITOS PARA TENER UN EQUIPO TRIUNFADOR

Charles L. Back autor del artículo Administrando el Recurso Más valioso: el personal, presentado al 9 seminario/ Simposio del Project Management Institute celebrado en Chicago, en 1997, dice que para tener un equipo triunfador se requiere cuatro condiciones 1. Que el jefe se siente triunfador, 2. Que el jefe haga saber a su equipo que él se siente triunfador, 3. Que el jefe haga saber a cada miembro de su equipo, que pertenece a un equipo triunfador y 4. Que el jefe haga saber a cada miembro de su equipo que solo será triunfador si lo es también cada uno de sus coequipos.

De acuerdo con el Análisis Transaccional se pueden distinguir dos tipos de triunfadores: los actuales y los potenciales.

El triunfador actual es aquel que ha tenido experiencias de éxito en misiones del mismo tipo que la que ahora asume de modo que ésta no le ofrece mayores dudas de cómo abordarla y conducirla a su término. Es un hombre que tiene muy claro que es lo que tienen que hacer y cómo hacerlo y se siente confiado en que podrá culminarlo con excelencia.

El triunfador potencial es aquel que, no obstante que no ha tenido misiones similares a ésta, sus conocimientos y experiencias, unidos a los recursos directos y de apoyo con que cuenta, le hace estar confiado en que podrá cumplir perfectamente la misión encomendada.

Opuesto del triunfador, el jefe perdedor, se caracteriza porque difícilmente reconoce que no es capaz, pero que, al igual que el cojo del

refrán siempre esta viendo las piedras que se aparecerán en su camino. Este es el que se queja que los materiales nunca están a tiempo, que no consigue los recursos que necesita, que su personal es deficiente, que no tiene suficiente poder de decisión.

Es de notar que, aunque el jefe perdedor pueda tener razón al señalar que existen limitaciones para que su trabajo alcance la máxima eficacia, lo cierto es que los vivimos es un ambiente que nos crea restricciones, lo que significa que nadie tiene libertad para actuar mediante decisiones totalmente independientes del medio en que se desenvuelve, la diferencia con el jefe triunfador no está en que éste desconoce que existen restricciones a lo que él decida, sino que ellas no pueden ser óbice para estudiar y resolver cómo alcanzar lo que se propone, manejándolas del modo más favorable a su cometido.

Como señalaba en una interesante conferencia el Lic. Carlos Marín ex rector de Nacional University, hay personas que se abruma de tal modo por las restricciones que les impone el ambiente que van paulatinamente cediendo a ellas parte de Su área de decisión propia haciéndola, de esa manera, cada vez más pequeña. Por el contrario, los que aceptan la inevitabilidad de las restricciones que impone el ambiente, pero buscan en ellas aspectos o detalles para hacerlas favorables a sus propósitos, terminan por quitarle parte de sus negaciones, ensanchando así su propia capacidad de decisión.

A través de estas reflexiones va apareciendo cada vez más nítido, que la dirección de un equipo triunfador no puede ser ejercida por un jefe de estilo tradicional, que hace uso del poder formal con que se lo ha investido en forma de ordenes autocráticas e indiscutibles, sin siquiera preguntarse si los subordinados están de acuerdo o si prestarán su

entusiasmo para obtener los objetivos de la misión que van a abordar. Al jefe tradicional no le interesan esas "nimiedades"¹⁹ y es por eso que el estilo tradicional nunca logró producir más de una calidad mediana, que hoy calificaríamos de mediocre.

El nivel de calidad de los resultados que está exigiendo cada vez más el mundo de hoy requiere de un nuevo concepto de jefe, que más que de su poder formal, hace uso de su capacidad de liderazgo, esto es, de despertar en su grupo el entusiasmo por la tarea a través de su capacidad para mostrarles la forma en que el cumplimiento de ella es motivo de autorrealización, de hacerlos sentir que el éxito en lograrla es una prueba del valor profesional y social de cada uno de los miembros de su equipo.

2.7 IMPORTANCIA DE UNA GESTION ENCAMINADA A LA SATISFACCIÓN DEL TRABAJADOR EN LA ADMINISTRACIÓN

La motivación para el autoaprendizaje es una de las bases para lograr el progreso de la empresa. Maslow aseveró que la motivación del personal bajo el supuesto de que las personas de forma innata buscan desarrollar su propio potencial y alcanzar su autorrealización. La motivación personal y la participación en la toma de decisiones conllevan la intención de procurar con ello el aumento en la producción.

Es a través de la fuerza de trabajo que generan las personas, que laboran en los programas de servicios de salud, que se logra llegar a las metas propuestas por dichos programas, que no son otras que las de

¹⁹ INAP. Curso trabajo en Equipo. "Formación de Grupos. 2003. pag. 14

contribuir a solucionar las necesidades básicas de los individuos, sus familias y sus comunidades.

Al descentralizar la acción administrativa se permite que todos participen en la toma de decisiones y ello los compromete a poner lo mejor de sus capacidades, para hacer funcionales los programas de sanidad.

En las instituciones de salud estudiadas, la continuidad estructural se mantiene con base en las actividades e interacciones de los individuos y grupos de trabajo que los unen, según el contexto y la estabilidad de las jerarquías.

CAPITULO 3: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. MARCO METODOLOGICO

A continuación se presenta la metodología del presente estudio:

3.1.1. HIPÓTESIS DEL TRABAJO

Como se indicó en el planteamiento general de la Hipótesis, la naturaleza de los servicios de salud pública en los Distritos exige plena cooperación de todo el personal profesional, técnico y operativo de las Unidades responsables a efecto de atender situaciones de emergencia que muchas veces implican cuadros clínicos en los que la integridad física y la vida misma de la población objetivo esta en peligro.

Las condiciones apuntadas, permiten plantear para la presente investigación, la siguiente hipótesis de trabajo:

La atención eficiente en situaciones de emergencia, en los servicios de los Distritos de Salud Pública, se lograría con esquemas de "trabajo en equipo" con empleados multifuncionales.

Los planteamientos derivados de este estudio, presuponen que los requerimientos para establecer el "trabajo en equipo" son de fácil incorporación en la relación laboral; de manera similar, se espera que las unidades dispongan de la oportuna capacitación en servicio.

3.1.2. DIAGRAMA DE RELACIONES

3.1.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

- 1- Esquemas de "trabajo en equipo" con empleados multifuncionales.

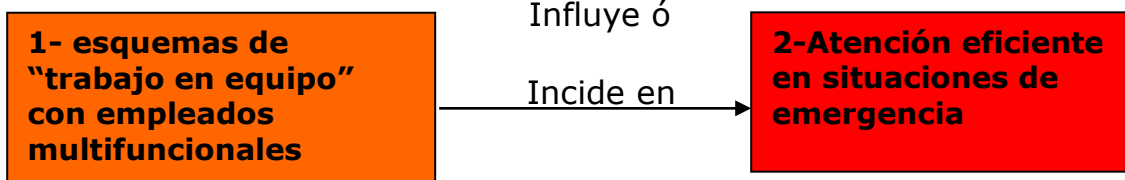
3.1.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

2-Atención eficiente en situaciones de emergencia

RELACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente

Variable dependiente



3.1.3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

3.1.3.1. OPERACIONALIZACION DE HIPÓTESIS

A partir de la hipótesis planteada, que reza: "...en los Distritos de salud la atención eficiente en situaciones de emergencia se logra con esquemas de "trabajo en equipo" con empleados multifuncionales..." se identificaron los indicadores correspondientes a las variables anteriormente determinadas, según se muestra en el Cuadro No. 1.

Cuadro No. 1

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADOR
Atención eficiente en situaciones de emergencia	<p>Nivel de eficiencia en la prestación de los servicios de salud (pacientes por año)</p> <p>Nivel de eficiencia en el cumplimiento de la normativa epidemiológica para control de brotes en la comunidad. (plazo de normativa)</p> <p>Nivel de descentralización de las decisiones en los servicios (independencia de acción de los paramédicos guiados por las normativas, según entrevistas)</p>
VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADOR
Esquemas de "trabajo en equipo" con empleados multifuncionales	<p>Capacidad de supervisión y evaluación, de los Directores. (Respuestas de las entrevistas de Directores). Anexo No. 1</p> <p>Nivel de observancia del Organigramas matricial de cada Distrito. (Comparación del organigrama con la actividad real).</p> <p>Existencia de matrices de gestión en los Distritos de Salud del Depto. Guatemala.</p>

3.2. UNIDADES DE ANÁLISIS

Las unidades son las que integran el recurso humano del Ministerio de Salud Pública que labora en los Distritos de Salud del Área de Salud Guatemala, del Departamento de Guatemala, que conforman el “trabajo en equipo” que brindan la prestación de servicios (médicos-asistenciales) a los usuarios.

3.3. VARIABLES-ATRIBUTOS

- Empleados públicos que laboran en los Distritos de Salud de los municipios que conforman el Área de salud Guatemala del Departamento de Guatemala
- Hombres y mujeres
- Mínimo un año de laborar en la dependencia
- Pertenecientes al grupo Profesional, Paramédico, Técnico, Administrativo y Operativo
- Capacidad de resolver emergencias utilizando la herramienta de “trabajo en equipo”.

3.4. MUESTREO

Se realizo *por cuotas*²⁰. Aun siendo un muestreo no probabilístico, es representativo del Universo puesto que se incluyó en el trabajo de investigación un Distrito de salud por cada municipio del Departamento de Guatemala que coincidentemente están uno a uno; a excepción de la región metropolitana (central) en donde existe uno o varios distritos en las diferentes zonas capitalinas y por ello se decidió por la Zona 6 en donde solo existe un Distrito en este lugar y es área de alta densidad demográfica (85,861 habitantes en 6.35km²). Se descartaron los Distritos de la Ciudad Capital que tienen Maternidades, Unidades de Emergencia de 24 horas que, por el horario de trabajo y el tipo de atención que brindan podrían introducir sesgos en la información. Se alistaron como objeto de estudio 17 Distritos de los 35 que consta el Área de Salud Guatemala. Cabe indicar que ocurrió una desatención por parte del Director del Distrito de Salud de San Juan Sacatepéquez, habiéndose descartado del estudio; pero ello no tuvo ninguna incidencia en la investigación.²¹

3.5. DEL MÉTODO

²⁰ Se determino en este estudio, una cantidad (cuota) de municipios del departamento de Guatemala. Este tipo de muestreo se utiliza en estudios exploratorios, de casos o cualquier otro que no requiera generalizar.

²¹ La información indirecta que se obtuvo de este Distrito, no difiere de las características generales captadas en las entrevistas y encuestas del resto de la muestra.

El método puede definirse como un procedimiento para alcanzar un objetivo, es decir, como un proceso que permite ordenar una actividad determinada.²²

El presente estudio surge por la necesidad de demostrar las ventajas del modelo de "trabajo en equipo" como una herramienta gerencial en el sector público, específicamente el sector salud, para realizar las tareas bajo la responsabilidad de las Unidades del Segundo Nivel de Atención del Área de Salud Guatemala, (que atiende el departamento de Guatemala) del Ministerio de Salud Pública.

En tal sentido el presente estudio requirió de la metodología e información adecuadas para hacer el análisis que permitiera captar e interpretar la realidad, a efecto de conocer la técnica del trabajo aplicada en equipo en los Distritos a estudiar, para determinar las posibilidades de "trabajo en equipo".

El **sistema deductivo**, y analítico se utilizó para establecer si el Modelo de "trabajo en equipo" es viable y puede mejorar los servicios de salud. Partiendo de la generalidad, hasta llegar a la especificidad de cada una de las etapas del proceso, buscando así determinar su impacto positivo dentro de los servicios públicos que genera la unidad de estudio.

²² Leal Rodríguez, Juan Francisco. Estadística Aplicada a la Investigación (Estadística Descriptiva). Tomo 1. Talleres de futurismo. 2,000.

3.5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio causal-comparativo; porque se estudia la posible relación de causa efecto, “mediante la observación de alguna consecuencia ya existente y la búsqueda de datos que permitan identificar sus posibles factores causales”.²³

3.5.2. TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN:

La técnica se define como “el conjunto de mecanismos y de máquinas, así como también de sistemas y medios para generar, recolectar, conservar, reelaborar y transmitir energía o datos” todo ello con miras a mejorar o sustentar la producción, o la investigación.²⁴

Para realizar las tareas de recopilación, clasificación, ordenamiento, análisis y presentación de los datos de la investigación, se utilizaron las siguientes técnicas:

- La estadística para el análisis cuantitativo.
- Técnicas de análisis de funciones de la organización de salud acerca del “trabajo en equipo” en los servicios de salud, interpretando y presentando los resultados.
- Revisión de los registros de los Distritos sobre la atención a los pacientes.

²³ Monzón García, Samuel Alfredo. *Introducción al proceso de investigación científica.*

3.5.3. SELECCIÓN DE TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.5.3.1. FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA

Se compiló información de fuentes directas, haciendo uso técnicas de entrevista y encuesta:

Se realizaron observaciones selectivas directas e indirectas en los Distritos del Departamento de Guatemala, previas a realizar el trabajo de investigación así como ejecutar las encuestas y las entrevistas. Anexo 3 y 4.

a. TÉCNICA DE ENTREVISTA

Esta se realizó a funcionarios y empleados del Área de Salud Guatemala: Directores y Paramédicos de Distritos de Salud, se hicieron preguntas claves que rindieron información acerca de la atención de emergencia y de la herramienta gerencial de "trabajo en equipo", utilizando una guía de preguntas abiertas que permitió una entrevista semi estructurada. Luego de terminadas las entrevistas se analizaron anotaciones en el libro de respaldo, para el record de

²⁴ Leal Rodríguez, Juan Francisco. Estadística Aplicada a la Investigación (Estadística Descriptiva). Tomo 1. Talleres de futurismo. 2,000.

ampliación de la entrevista, lo cual brindó mayor información sobre la temática en estudio. Anexo 5 y 6.

b. TÉCNICA DE ENCUESTA

Se realizó a servidores públicos del gremio de la salud de diferentes escalas: administrativa, operativa, técnica y profesional del Área de salud Guatemala, a razón de uno de cada Distrito de espacio muestral del Estudio. La recolección de la información se hizo a través de cuestionarios con mayoría de preguntas cerradas y algunas semi estructuradas para cruzar la información con las respuestas de las entrevistas. Anexo 7, 8, 9, y 10.

3.5.3.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL Y REGISTRAL

- Libro de trabajo campo (bitácora de entrevistas)
- Resúmenes
- Documentos impresos de respaldo (entrevistas, encuestas, anexos, etc.)
- Registros locales (Distritos) de morbilidad.
- Registros de Área, Depto. de epidemiología del depto. De Guatemala. Anexo 11 y 11 a.
- Estadísticas demográficas (vitales y/o sociales) del INE.

- Estadísticas nacionales del Ministerio De Salud pública y Asistencia Sociales.

3.5.3.3. FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIA

Las fuentes consultadas fueron:

- Censo Nacional XI de Población y VI de Habitación 2002.
- Recopilación de leyes: Constitución de la Republica de Guatemala
- Código de Salud.
- Reglamento Interno del Ministerio de Salud Publica y Asistencia social de Guatemala 115-90.
- Departamento de Epidemiología del Área de Salud Guatemala del Departamento de Guatemala (módulo SIGSA).

3.5.4. SELECCIÓN DE TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

La información fue procesada en función de los atributos de las unidades de análisis e indicadores de las variables.

La información recolectada, proveniente de las entrevistas y encuestas, es de naturaleza predominantemente cualitativa, el procesamiento se realizó a través de matrices de doble entrada, en las que se consignaron los criterios, razonamientos y datos recabados. El análisis se efectuó

caracterizando el contexto con las respuestas más frecuentes provenientes del personal más antiguo y experimentado. Los cuadros elaborados oportunamente se presentan en los anexos respectivos y, cuando fue posible y conveniente, se elaboraron esquemas para una mejor visualización.

Luego de haber procesado la información, se procedió al análisis de la misma, interpretando los resultados para determinar la incidencia de las variables independientes sobre la dependiente, para luego emitir las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

CAPITULO 4: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En los Distritos de Salud se identifican tres niveles de análisis: personas, grupos y organizaciones; coincidiendo con los tres niveles de responsabilidad de la Dirección del Distrito, es decir que, la Dirección Distrital es la responsable localmente de que las personas, los grupos de personas y la propia organización sean eficaces.

4.1. COMENTARIO GLOBAL

Se elaboraron las Entrevistas y Encuestas a distinta serie laboral, priorizando a los Directores y Paramédicos (enfermeros) para las entrevistas, por considerarlos la columna vertebral donde descansa el servicio a las personas. Los primeros, por ser directamente los responsables del funcionamiento y gerencia del Distrito a su cargo; y los segundos, porque su labor es la que esta en contacto con los pacientes, la mayor parte del tiempo.

De manera generalizada se percibió tanto en las Entrevistas como en las Encuestas que en la mayoría de Distritos de Salud del departamento de Guatemala, existe el concepto y práctica del "*trabajo en equipo*", originado en gran parte por la misma carencia de personal para atender a los usuarios, no solo en las emergencias sino también en el trabajo

rutinario. Esto es un efecto de la masificación de los servicios públicos de salud, dada la alta demanda social de los mismos.

4.2. ASPECTOS DE CAPACITACIÓN MULTIFUNCIONAL

Las capacitaciones generalmente son orientadas a los programas prioritarios del MSPAS²⁵, según el perfil epidemiológico de cada Distrito de salud, pero cuando se requiere de temas fuera de estos no se encuentran muchos espacios. En el segundo trimestre del año 2,005, INAP capacito personal en su sede²⁶; pero por las necesidades de los servicios de salud no todo el personal pudo acceder a estas; por otra parte, de los contenidos de la capacitación no incluyeron ni el “trabajo en equipo” ni la capacidad multifuncional.

La praxis a evidenciado la necesidad de trabajar en equipo, en la jerga de los Distritos: “equipo de salud”, no se tiene la diferenciación conceptual de las dos categorías; esto es, “trabajo en equipo” versus equipo de salud. Pese a ello, el resultado del estudio evidencio que sin

²⁵ Mortalidad materno neonatal, infecciones respiratorias agudas, enfermedades transmitidas por agua y alimentos, desnutrición, enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades inmunoprevenibles, rabia, ITS-VIH-Sida, tuberculosis, accidentes y violencia, enfermedades crónico degenerativas, situaciones de desastre, salud mental, intoxicaciones por plaguicidas, enfermedad buco dental, atención a la demanda.

²⁶ La temática de la capacitación estuvo centrada en Atención al Ciudadano, Introducción a la Administración Publica y Espíritu Ética.

“trabajo en equipo” sería imposible cumplir los programas prioritarios para cada Distrito.

Se percibió también que las tareas asignadas a voluntad de cada personal de salud requieren que tengan capacitación en diferentes aspectos, es donde la multifuncionalidad de cada uno de ellos se hace indispensable ya que deben abordar situaciones emergentes y rutinarias establecidas por la relación laboral. En tales condiciones, la capacidad de adaptarse y responder a la presión de trabajo, permite que la mayoría de personal involucrado, del conjunto estudiado, identifique como el espíritu de servicio: “Hacemos el trabajo entre todos”.

4.3. ASPECTOS BIOÉTICA

El entorno de los servicios de salud pública en los Distritos exige plena reciprocidad y participación de los responsables de tales servicios a efecto de atender situaciones de emergencia que muchas veces, como se indicara antes, implican cuadros clínicos en los que la integridad física y la vida misma de la población objetivo esta en peligro. Esta situación como también fuera señalado, exige una *rigurosa ética en la atención y manejo de la vida humana*, precisamente porque el trabajo a realizar demanda la mas alta expresión de “valores humanos” hacia las

personas que, en su mayoría, habitan localidades muy vulnerables por su pobreza.²⁷

Bioética o Ética médica, son principios o normas de conducta humana en el campo de la medicina. El quehacer salubrista no puede confiar por entero en la propia conciencia, y visión de los ejecutores porque las cuestiones a las que sus miembros deben responder no están relacionadas simplemente con la clásica relación médico-paciente. Los factores sociales han tenido que humanizar y sensibilizar cada vez mas a la atención de salud publica que se brinda a las diferentes poblaciones, siempre considerando la idiosincrasia de cada una, según su ambiente social. En donde la eficiencia y eficacia ya no son suficientes, debe agregárseles el factor de "calidez", entendido como el "trato humano". La "individualización del servicio de salud", aun siendo publico, no debe perder de vista que su fin ultimo es "servir" a la ciudadanos. El servicio debe brindarse con "calidad" y calidez entendiéndose como tal la propiedad o conjunto de propiedades, inherentes a la salud publica, que permiten identificar el verdadero valor del servicio público de salud.

²⁷ En general los servicios de Salud Publica están ubicados en las concentraciones de población de más bajos ingresos, razón por la cual no tienen alternativa para solventar sus problemas de salud.

El Juramento que se atribuye al médico griego Hipócrates y que sirve de guía para el buen quehacer médico, es aplicable a todo el ámbito de salud.

A pesar de que algunos principios postulados en el juramento hipocrático siguen vigentes, como la importancia de la confidencialidad y el mantenimiento del principio de justicia con el paciente, otros aspectos carecen hoy de interés ante los cambios socioculturales.

4.4. ASPECTOS DE RECURSOS DE HUMANOS EN RELACIÓN A "TRABAJO EN EQUIPO"

Durante el desarrollo de la presente investigación, particularmente el mes de julio del 2,005 hubo rotación de Directores de Distrito, lo que entorpeció el "trabajo en equipo", a causa del periodo de adaptabilidad que deben los nuevos Directores tener con el personal a su cargo. Se observó que la costumbre, aplicada como norma consagrada por el uso y tradición, influye como una fuente normativa obligatoria que afecta el rendimiento de todo empleado salubrista. En tales condiciones, se detectó que ante la incertidumbre tanto de las tareas a realizar como del apoyo que tendría que recibir de otras disciplinas laborales, el personal se ve actuando en un escenario desarticulado. Los cambios de los cuadros medios y altos afectan claramente el "trabajo en equipo", ya

que se pierde el engranaje del mismo, y el periodo de adaptabilidad tanto del Director del Distrito como el demás personal a su cargo.

4.4.1. PERSONAL ADMINISTRATIVO

Coincidió en la necesidad de estar capacitados para poder desempeñar no solo sus funciones sino que, además, poder ayudar a los compañeros paramédicos (enfermeros), por la carga de trabajo a ellos asignada. Aun que no tienen un claro significado del concepto de “trabajo en equipo”, si lo hacen en el quehacer ante una emergencia. En salud pública, por las mismas carencias, ordinariamente sucede que casi toda “actividad” es una “emergencia”.

El personal administrativo también es capacitado en el servicio (en el Distrito) dentro de los programas prioritarios del MSPAS.

4.4.2. PERSONAL OPERATIVO

El personal paramédico con la ayuda del personal operativo (intendencia) realizan labores conjuntas, dependiendo del nivel de capacitación de los operativos, de sus habilidades y destrezas y mas que todo, de la entrega personal al servicio de los pacientes. Al igual que el personal administrativo, al personal operativo le cuesta conceptuar “trabajo en equipo”; sin embargo, lo ponen en práctica, ya que por la

misma carencia de personal también realizan tareas que no les corresponderían según las funciones para lo que fueron contratados.

En las respuestas a las preguntas de las encuestas se detectó que el personal operativo tiene interés, no solo en los programas prioritarios del MSPAS sino que manifiestan alto grado de inquietud por aprender otras actividades como: computación, primeros auxilios, archivo y otras similares, todo esto no solo para poder realizar mejor su trabajo sino que, además, estar en capacidad de apoyar a sus compañeros.

4.4.3. PERSONAL TÉCNICO

La mayoría del personal técnico entre ellos laboratoristas, inspectores de saneamiento, técnicos en salud rural y demás no manifestaron interés en capacitaciones fuera de su rama; sin embargo, los técnicos que tienen asignadas otras tareas independientes de su especialización, si contemplaron la necesidad de "trabajo en equipo" para sacar las tareas del Distrito.

4.4.4. PERSONAL PROFESIONAL Y DIRECTORES

En cuanto a los directores se pudo percibir la receptividad de colaborar en la realización del presente estudio, en su mayoría manifestaron el deseo de saber los resultados del mismo. Hubo quejas de todo tipo, manifestando sus carencias de recursos tanto humanos, materiales y financieros. Se les pidió que contestaran las preguntas de las entrevistas con sus propias palabras y de acuerdo a su experiencia, puesto que el estudio no tenía ningún vínculo con las autoridades del nivel rector del MSPAS. Se percibió en las respuestas sinceridad, porque se enmarcan perfectamente en la realidad del diario vivir en las dependencias de salud del Departamento de Guatemala. La información recabada claramente permite concluir que si no se “trabaja en equipo” sería imposible cumplir con los requerimientos de los programas prioritarios de cada Distrito de salud; así mismo expresaron la necesidad de capacitar a todo el personal, tanto en temas oficiales (normas de atención en salud del MSPAS) como en temas motivacionales.

El personal profesional, tanto médicos como odontólogos (en su mayoría contratados por 4 horas) en términos generales mostraron disposición de contestar la encuesta, pero en cuanto a su integración al demás personal, solo excepcionalmente, consideraron poder hacer tareas fuera de sus asignaciones. Si manifestaron interés en cuanto a las

capacitaciones, pero preferentemente relacionadas con temas afines con su profesión.

4.4.5. PERSONAL PARAMÉDICO

Como se ha expresado en el presente estudio se pudo evidenciar la alta carga laboral que el personal de enfermería (paramédicos) tienen en los Servicios de salud públicos; por lo que en las respuestas a las entrevistas manifestaron con firmeza que sin la colaboración de otros compañeros de trabajo, de otras disciplinas laborales, no se podría dar la atención a los usuarios que acuden a los sedes asistenciales de los Distritos de Salud. Así mismo se reveló que ellos también, cuando los compañeros de trabajo de otras ramas están recargados de trabajo, los apoyan realizando otras tareas (como trabajo administrativo, vacunación de perros, y otras).

4.5. RESULTADOS PUNTUALES

A continuación se detallan los resultados más relevantes de las entrevistas y encuestas. Anexo cuadro consolidado matriz.

4.5.1. FUNCIÓN DE GERENCIA (DIRECCIÓN)

Se realizaron entrevistas a profundidad, y se pudo corroborar, por las respuestas, que siempre existe el concepto de "discrecionalidad" de los Directores de Distrito, generalmente dados por el nivel de capacitación

gerencial (recibieron capacitación a nivel de Diplomado de parte del MSPAS avalado por la USAC en el 2001) paralelamente se detecto también que los Directores de reciente ingreso o de nueva inserción no tienen tal enfoque y en ellos *prevalece* el criterio medico; razón por la que no se percibe la conceptualización de “trabajo en equipo” como herramienta gerencial.

El Director sabe que bajo su directa responsabilidad recae el servicio a la población y por ello debe recurrir a estrategias que aseguren el cumplimiento de las mismas a cabalidad; puesto que si bien se puede delegar autoridad no así la responsabilidad. Lo anterior conlleva cierta necesidad y presión en la utilización de la herramienta de “trabajo en equipo”, para realizar exitosamente las acciones de salud. Adicionalmente, deberá velar por una capacitación que cubra a “todo el personal adecuadamente”.

4.5.2. FUNCIÓN PARAMÉDICOS (AUXILIARES DE ENFERMERÍA)

Se efectuaron entrevistas en esta categoría donde se evidenció también que ante la insuficiencia de recursos humanos en los diferentes

Distritos, los paramédicos se apoyan en empleados de otras disciplinas, no solo en las emergencias sino que también en la atención masiva; por ejemplo, jornadas de vacunación y aspectos muy puntuales como visitas domiciliarias o educativas a la comunidad.

Sobre el personal paramédico recae en su mayoría la atención intra y extramuros del servicio a la población; tal actividad cubre no solo al demandante directo sino que, además, las emergencias nacionales o locales que hay que cubrir como parte de la responsabilidad social del Ministerio de Salud, ante el deterioro cada vez mayor de las condiciones socioeconómicas de la población.

Los paramédicos (enfermeros) mantienen un alto espíritu de servicio, y saben que aun con limitaciones consiguen realizar el trabajo requerido ante las necesidades de salud de la población que atienden. En sus respuestas a la investigación manifestaron que porque se “trabaja en equipo” se logran los resultados en la ejecución de los programas.

4.5.3. FUNCIÓN PERSONAL PROFESIONAL

El personal en su mayoría fue el más escueto en sus respuestas, generalmente están contratados para cuatro horas, y de ahí que probablemente no tengan sentido de “pertenencia” al servicio de salud

donde laboran. Únicamente un 5.0 por ciento considero que el "trabajo en equipo" era relevante y un 3.0 por ciento la necesidad de tener capacitación en temas que no fueran de su área de trabajo o especialidad.

Llama la atención que personal de otras disciplinas expresen que los profesionales médicos no cumplen su horario de trabajo, señalando que es difícil el "trabajo en equipo" con ellos porque simplemente "no están presentes".

4.5.4. FUNCIÓN TÉCNICA

Se pudo apreciar en las encuestas realizadas a este tipo de personal, que siendo el más diverso en cuanto a tareas o funciones asignadas por el puesto de trabajo, la mayoría esta ocupando cargos que no tienen mucha relación con su especialidad; incluyendo especialización farmacia, dietética, saneamiento ambiental, laboratorista, salud rural, trabajo social, promoción (comunicación social), cajeros, jefes de contabilidad, electricista, computación, y/o trabajos administrativos o de estadígrafos cuya función no esta definida en los manuales de ONSEC. En esta serie laboral existe también personal de 4 y de 8 horas, otros que su plaza pertenece al nivel central del MSPAS y se encuentran en los Distritos (nivel ejecutor) y cuyas reubicaciones se han efectuados por diferentes razones prevaleciendo las necesidades de los servicios de salud.

Existiendo entre esta función tanta variedad, así fueron también las respuestas a las encuestas realizadas; pero en su gran mayoría se evidenció que las personas que ocupan sus puestos como técnicos en su especialidad son lo que menor relevancia le otorgan al “trabajo en equipo” ya que se dedican de lleno a sus labores; sin embargo saben que deben estar capacitados en varios temas prioritarios del MSPAS por las “emergencias”. El personal asignado a tareas administrativas demuestra claramente en sus respuestas que “el trabajo en equipo” es necesario para cumplir con la carga de trabajo estipulada por la demanda de los servicios de salud por la población.

El personal de ocho horas esta mas integrado al trabajo que se realiza en los Distritos de salud, posiblemente por estar a tiempo completo.

4.5.5. FUNCIÓN OPERATIVA

El personal operativo esta asignado a tareas manuales, además de la mensajería. Sea por interés propio o por necesidades del servicio son capacitados para apoyo en otras actividades no determinadas en su relación contractual; estas capacitaciones son realizadas sobre la marcha en algunos aspectos (vacunar, perifoneo, documentar pacientes, apoyo en trabajo administrativo, etc.). Dependiendo de sus habilidades

y destrezas así como de sus conocimientos, se integran a todas y cada una de las actividades que deben realizarse en los Distritos.

En las encuestas realizadas en este estudio se evidenció que todo el personal operativo se integra al "trabajo en equipo", aunque no tienen claramente la conceptualización de la mencionada herramienta.

4.5.6. FUNCIÓN ADMINISTRATIVA

El personal administrativo respondió claramente en las encuestas realizadas para este estudio que "apoyan" el trabajo de los compañeros, especialmente paramédicos, ya que cuando hay recarga de trabajo administrativo (informes mensuales, reportes e información de urgencia requerida por las Dirección de Área de Salud Guatemala, etc.) reciben de parte de otros compañeros de labores, la ayuda necesaria para cumplir con lo requerido. Se percibe compañerismo, de doble vía, en el 99.0 por ciento de las funciones analizadas.

4.6. RESULTADOS GENERALES

El personal de los Distritos de Salud tienen la noción del "*trabajo en equipo*" y están conscientes de su efectividad, pero también saben que es necesario desarrollar esa capacidad.

La noción de las destrezas *multifuncionales* no esta muy clara, pero infieren que la capacitación propiciará los conocimientos básicos para ponerlos en práctica en el servicio.

Los Directores, Paramédicos, Administrativos y Operativos entrevistados y encuestados coincidieron en la necesidad de saber trabajar en equipo, especialmente en las emergencias. El personal profesional y técnico, aun cuando algunos expresaron ideas sobre el tema, en general mantienen actitud individualizada en el servicio.

4.6.1. COMENTARIOS

A continuación se plantean las percepciones e ideas derivadas del ejercicio de entrevistas y encuestas, más allá de las repuestas obtenidas.

4.6.1.1. EL COMPROMISO INSTITUCIONAL

Con el servicio a la población que jurisdiccionalmente corresponde a cada Distrito de Salud, esta altamente concienciado entre el personal; no solo por valores humanos inherentes a la atención a los usuarios,

sino que además por los “compromisos de gestión” adquiridos por los Directores. Es oportuno indicar que los Directores de Distrito desempeñan básicamente funciones de gerencia social, independientemente de su capacitación específica en ello. Adicionalmente debe destacarse que el Distrito es el responsable, oficialmente, del estado de salud de la población asignada.

4.6.1.2. EL COMPROMISO PERSONAL

La relación de los servidores públicos de salud, con la población del Distrito, es en su mayoría de mística de servicio por la índole del trabajo social que brindan. En general, los empleados salubristas, dados los bajos salarios prevalecientes, se realizan más por su vocación que por la remuneración. Según se pudo percibir en las entrevistas y las encuestas realizadas el personal salubrista esta altamente comprometido con su trabajo y demuestra gran identificación con el Distrito al cual pertenece.

4.6.1.3. CREATIVIDAD ANTE LA ESCASEZ DE RECURSOS

La figura del empleado multifuncional es parte de la creatividad de la necesidad, ya que ante la falta de personal, todos y cada uno de los empleados del MSPAS se han visto obligados, en el nivel ejecutor, a realizar varias funciones que han “aprendido” en el servicio. Idealmente, debería existir un proceso de capacitación previo, pero en la

realidad solo existe la "inducción" y ésta es realizada en el Área de Salud²⁸, lo cual genera una gran diferencia porque cada Distrito es sui géneris. De acuerdo con la experiencia de los encuestados, el Área de Salud debería dedicarse a la continuidad del proceso de capacitación y a la actualización técnico-profesional y normativa, después que el empleado ya esta integrado al trabajo.

4.6.1.4. ENTENDIMIENTO DE LAS DOLENCIAS Y SUS LIMITANTES DE ATENCIÓN.

El compromiso institucional y personal hacen que los empleados salubristas se percaten de la escasez de recursos y ello los lleva a hacer uso óptimo de los mismos. El servicio es hacia la población demandante, la cual cada día es mayor y como hay un alto porcentaje de pobreza la demanda crece en forma más que proporcionalmente; de ello se deriva que con los mismos recursos se debe atender a un número creciente de usuarios. Con ello se le da un legítimo significado de servicio en el contexto de la población más vulnerable por su pobreza.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

²⁸ El Área de Salud es una función administrativa del nivel ejecutor que no ofrece condiciones idóneas para el

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación, tanto en términos de las inferencias finales y de las recomendaciones asociadas. Derivado de ello, en el Capítulo 6 y final se presenta una posible solución, en términos de una propuesta básica.

5.1 CONCLUSIONES

La investigación realizada y el análisis oportunamente presentado, permiten abordar a las siguientes conclusiones:

1. El 95 %, de las personas entrevistadas y encuestadas, coincidió en señalar que los servicios de salud pública en los Distritos, en situaciones de emergencia, requieren para ser eficientes, del “trabajo en equipo”.
2. El “trabajo en equipo” hace más eficientes los servicios en los Distritos en Salud, especialmente en situaciones de emergencia, si se considera la falta de recursos humanos que caracteriza a las actividades de servicio.
3. El “trabajo en equipo” identifica al personal con la misión de servicio y desarrolla una mística de trabajo que se refleja en una

mejor atención a los usuarios, especialmente en situaciones de emergencias.

4. La aplicación de la técnica del "trabajo en equipo" es necesaria y factible en los servicios de salud, especialmente en situaciones de emergencia. Esta herramienta debe ir acompañada de la capacitación multifuncional.
5. La capacitación multifuncional, en los Distritos de Salud, es indispensable para obtener modelos eficientes de "trabajo en equipo".

5.2. RECOMENDACIONES

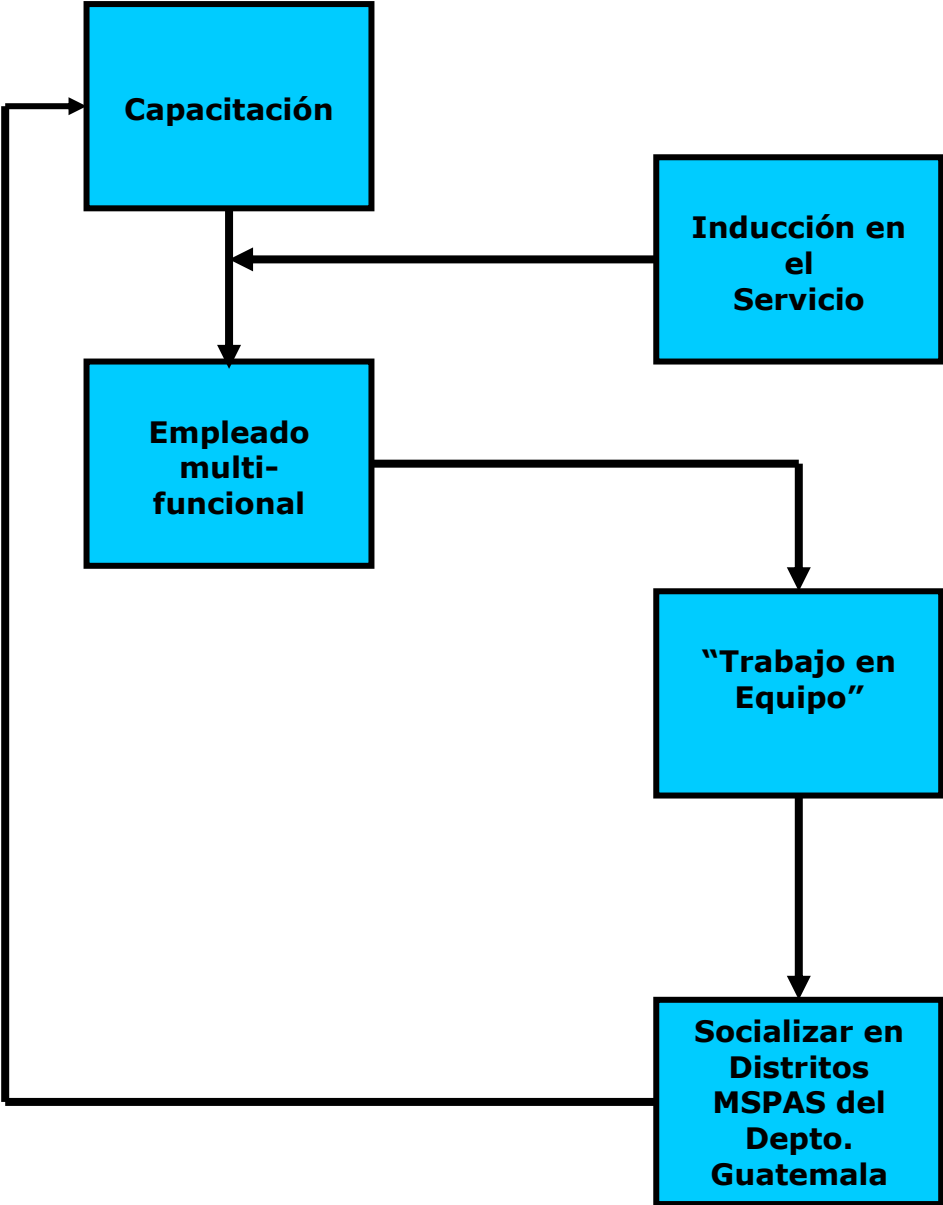
Las recomendaciones van en línea con las conclusiones anteriores y la propuesta que se presentará posteriormente, a efecto de lograr señalamientos que sean practicables. Como se indico oportunamente, el ideal, seria la adopción generalizada del esquema de "trabajo en equipo" con base en la capacitación de empleados multifuncionales en todos los Distritos de Salud de la republica de Guatemala, socializándolo por medio del Ministerio. En esa perspectiva, se ofrecen las siguientes recomendaciones que son la base de la Propuesta presentada al final

1. Debe hacerse un esfuerzo deliberado para aplicar el esquema de "trabajo en equipo" en todos los servicios de Salud Pública en el Departamento de Guatemala, especialmente en los servicios de emergencia.
2. Para lograr un mejor uso de los escasos recursos con que cuentan los Distritos de Salud, se propone mantener y fortalecer el modelo de "trabajo en equipo".
3. Para lograr estabilidad del equipo de trabajo debe promoverse el liderazgo auténtico y la mística de servicio dentro del mismo; pero disciplinado con respecto a la autoridad responsable.
4. Es de gran importancia que el personal sea informado sobre las ventajas del "trabajo en equipo" y temas afines, antes de brindarles capacitación multifuncional.
5. La capacitación multifuncional de los empleados de los Distritos de Salud debe iniciarse inmediatamente después del reclutamiento e inducción.

CAPÍTULO 6: PROPUESTA BÁSICA

Se plantea un esquema basado en la figura del EMPLEADO MULTIFUNCIONAL que a su vez es condición indispensable para organizar el "trabajo en equipo". El mensaje ulterior de la propuesta es que la herramienta administrativa de "trabajo en equipo" sea socializada en los Distritos del Área de Departamento de Guatemala. El siguiente esquema ilustra el *modus operandi* que se sugiere.

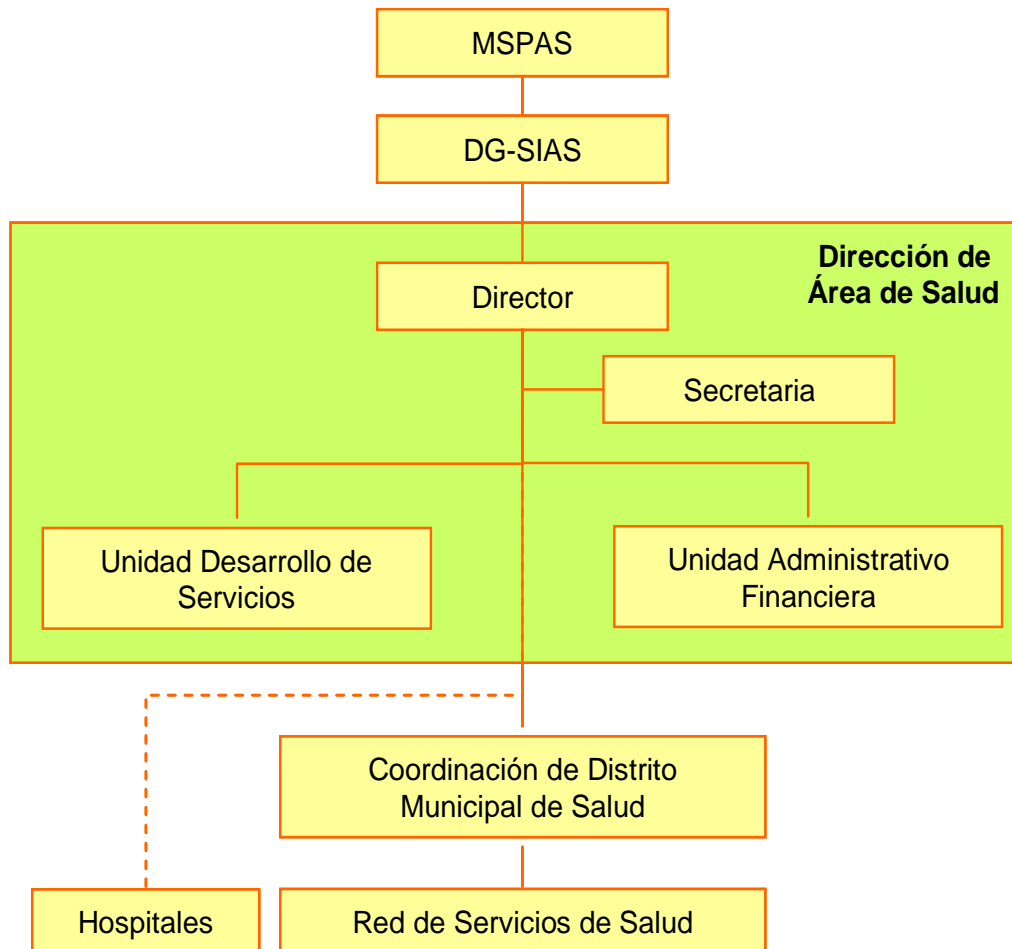
ESQUEMA CONCEPTUAL DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN



En el esquema se presenta deliberadamente la capacitación como punto inicial y en forma casi simultánea el proceso de inducción en el servicio. Una vez completada estas dos fases; se podría esperar un "empleado multifuncional" capaz de integrarse al "trabajo en equipo". El ideal como se dijo sería generalizar este procedimiento en todos los Distritos del departamento de Guatemala como primera fase, quedando a juicio de las autoridades el extenderlo al resto de la República. Nótese que una vez socializado el proceso, se sugiere retroalimentar la capacitación con las experiencias adquiridas en los diferentes Distritos.

La organización actual del Área de Salud se presenta a continuación.

ORGANIGRAMA BASADO EN EL REGLAMENTO ORGÁNICO INTERNO (Acuerdo 115-99)

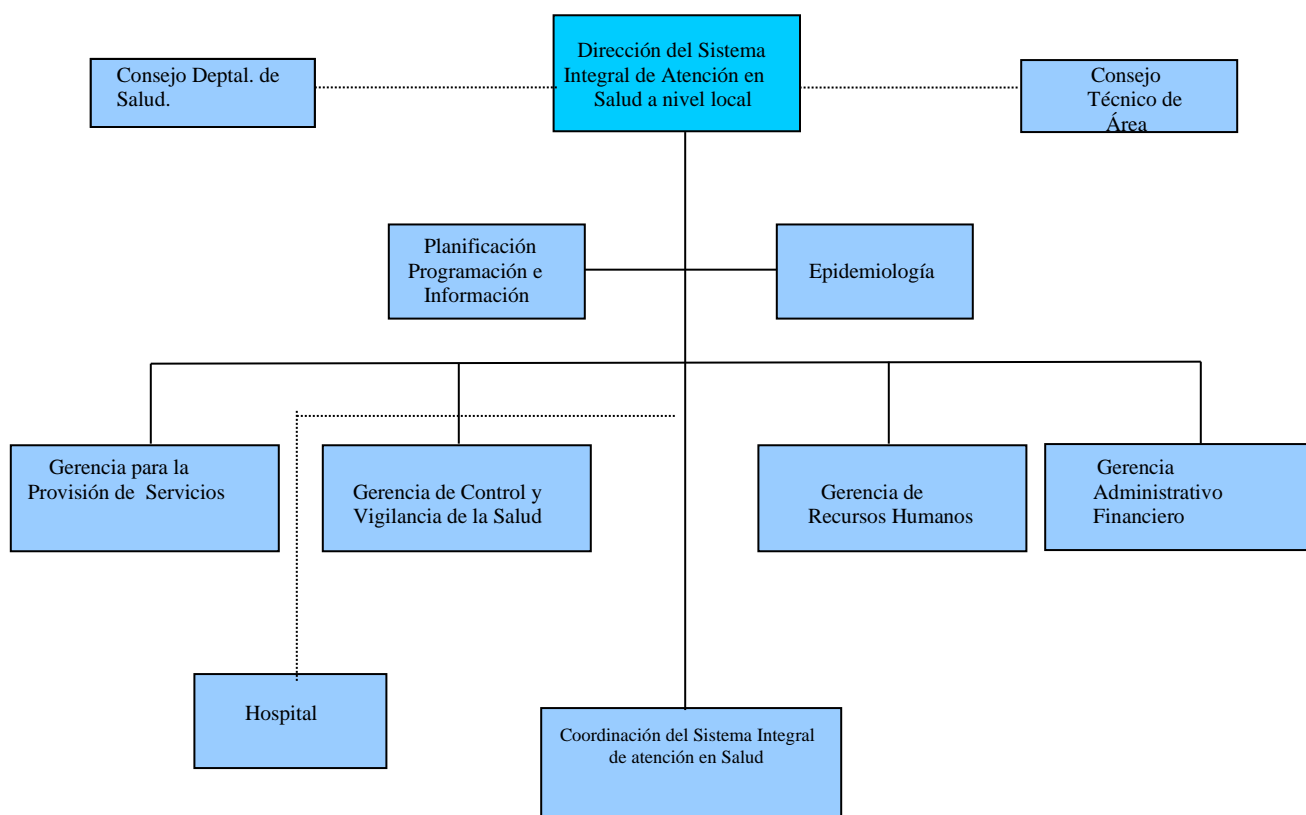


() Este organigrama se basa en el texto del Reglamento Orgánico Interno del MSPAS, Acuerdo Gubernativo 115-99, Artos. 7, 14, 37, 56, 58, 60, 66, 67, 82, 84, 85, 88)*

Es oportuno señalar que este organigrama vigente del MSPAS en lo referente a las Direcciones de Áreas de Salud, será fortalecido en el aspecto de la descentralización del manejo de los Recursos Humanos, especialmente la capacitación.

El nuevo esquema, que retoma lo anteriormente expresado, se puede ilustrar con la imagen de relaciones y funciones que se presenta seguidamente, el cuál está en proceso de implementación a nivel de Plan Piloto, en el Departamento de Guatemala²⁹.

ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN DE ÁREA DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD³⁰



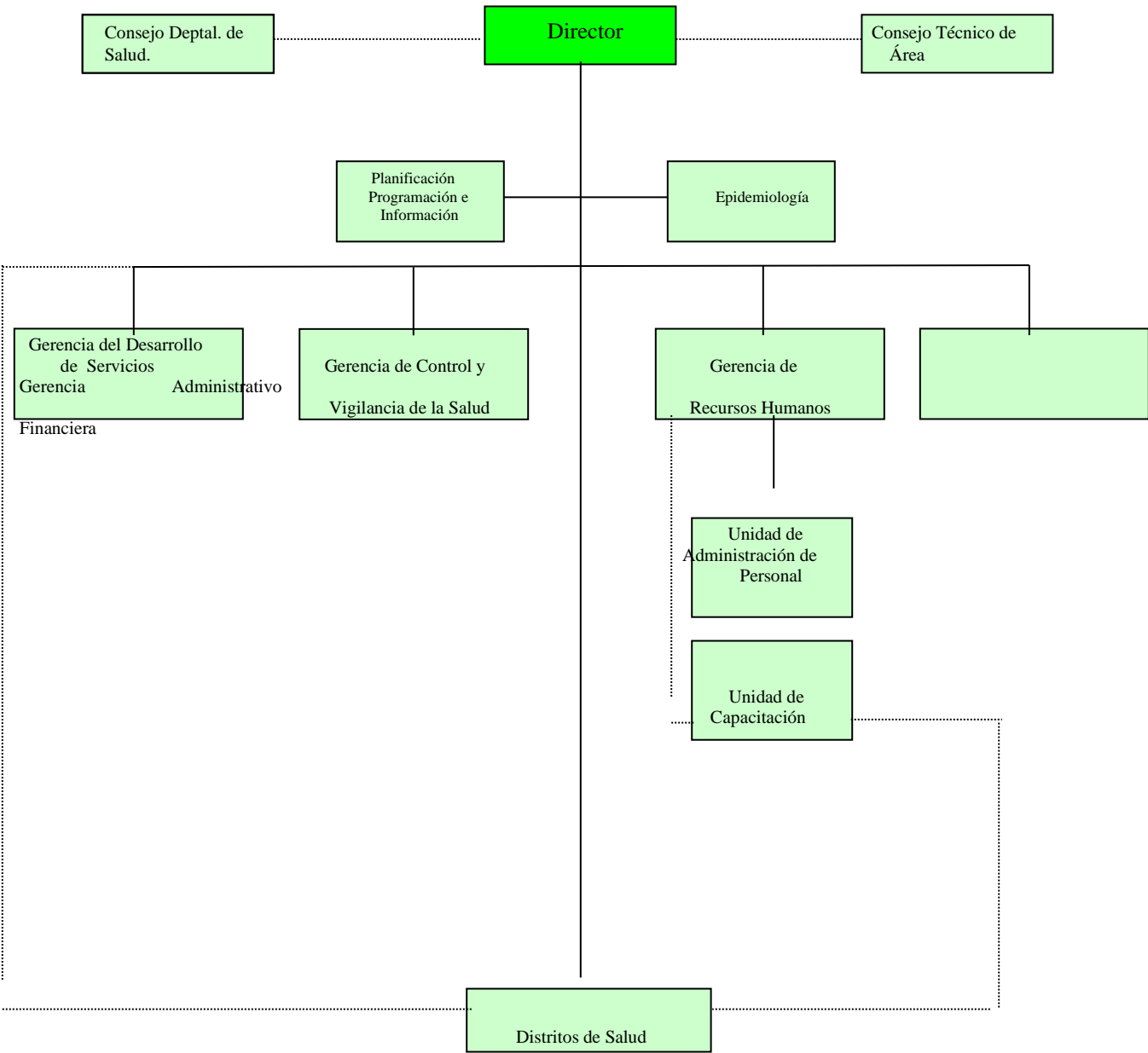
²⁹ Este Plan será evaluado después de seis meses de funcionamiento, comenzando a partir del mes de enero de 2006.

³⁰ Tomado del Modelo Básico de Gestión, Direcciones de Área del Sistema Integral de Atención en Salud. Unidad de Desarrollo de la Direcciones de Área del SIAS. Julio 2005

Para fortalecer la capacitación de los Recursos Humanos en materia de “multifuncionalidad” y “trabajo en equipo” debe generarse un proceso de retroalimentación, tal como se presentó en el Esquema Conceptual al inicio de este capítulo, de acuerdo a las necesidades sentidas y detectadas en los Distritos, mediante la evaluación (supervisión y monitoreo) de los mismos.

Con base en las consideraciones anteriores, se propone una modificación a manera de mantener una coordinación permanente entre la Unidad de Capacitación y la Dirección de Distritos; y, de estos con las diferentes Gerencias de la Dirección de Área del Sistema Integral de atención en Salud a nivel local. En el diseño siguiente se ilustra tal propuesta.

ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN DE ÁREA DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD A NIVEL LOCAL



En este esquema, cuando el empleado toma posesión de su cargo se le instruye acerca del estilo multifuncional de hacer las cosas y lo que se espera de él como Servidor Público de Salud. Idealmente, debe inducirse en las particularidades y responsabilidades sociales del servicio, haciendo énfasis en que no se trata de un simple grupo de empleados sino de un equipo de servidores públicos. A lo anterior debe agregarse que **todos y cada uno** de los integrantes del equipo deben apoyar en toda tarea que sea necesaria adicionalmente a su rutina diaria; o bien cuando ocurran emergencias.

Con el nuevo Modelo Básico de Gestión³¹ de las Áreas de Salud³², es posible hacer viable la propuesta, porque fue creada la Unidad de Capacitación que antes no existía, y que depende jerárquicamente de la Gerencia de Recursos Humanos del Área de Salud. Por ser un organigrama horizontal, permite que las coordinaciones entre la Dirección, las unidades staff y las gerencias sean más directas y permanentes con los Directores de Distritos, así como el acercamiento más directo con el personal de las diferentes disciplinas, respecto a las necesidades de capacitación. La importancia del esquema, que se propone para capacitar radica en su fácil ejecución que incluso puede

³¹ Implementándose a partir del 01 de septiembre del año 2005 en las cuatro Áreas de Salud creadas en el Depto de Guatemala.

iniciarse a partir de enero del año 2006, en el Área de Salud Guatemala Sur (que jurisdiccionalmente le compete los municipios de Villa Nueva, Villa Canales, San Miguel Petapa, Amatitlán y Boca del Monte) porque esta Área de Salud, tiene interés en el tema y esta siendo evaluada en su gestión actualmente, como parte del plan piloto (que fue mencionado anteriormente. Se considera un reto histórico la implementación del proceso en el corto plazo, porque con ello, las autoridades superiores (Ministro y Director General del SIAS) podrían tomar decisiones conducentes a su adopción para el resto del Sistema.

La presente propuesta no pretende ser la panacea para resolver todos los problemas de los Servicios de Salud Pública; solamente plantea la sistematización de la formación multifuncional, la necesidad de normalizar el "trabajo en equipo" y la institucionalización de un proceso dinámico de retroalimentación para aquilatar la capacidad de los Recursos Humanos del Sistema de Salud Pública de Guatemala.

³² Ahora designada Área del Sistema Integral de Salud del Nivel Local.

BIBLIOGRAFIA

- 1. Acuerdo Ministerial No. S-P-M-392-2004.** Creación del Organigrama Funcional del Área de Salud Guatemala. 2004. Págs. 6.
- 2. efectividad.net/entrada/traba.php.** Julio 2005.
- 3. Acuerdos de Paz** firmados hasta el 31 de octubre de 1996. Presidencia de la Republica de Guatemala. Tipografía Nacional. Impreso No. 7235.
- 4. Álvarez, Guillermo H, et al.** Trabajo en Equipo su aplicación práctica en la administración pública. Cuerpo de Administradores Provinciales. Gobierno de Santa Fe. Imprenta Oficial. España. 2004
- 5. Arroyo de Paredes, Irma.** Fundamentos de Teoría Organizacional. Material docente. Programa de Maestría en Administración Pública - INAP-. Guatemala, 2003.
- 6. Blackman, Anne-Marie. (2001).** *Descentralización, Gobierno Local y Participación Ciudadana.* Unit for the Promotion of Democracy de la OEA. EE.UU.
- 7. Carranza Camey, Rafael.** Documento-Supervisión-Monitoreo y evaluación de intervenciones de salud a nivel operacional. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 2000.
- 8. Castañeda Jiménez, Juan et al.** Metodología de la investigación. McGraw-hill. México. 2005. pags. 151, 152.

9. cei-world.com/spanish/trabajo_en_equipo.htm. Agosto 2005.
10. **Chiavenato, I.** Introducción a la teoría general de la administración. 5ta. Edición. México: McGraw-Hill, 1999.
11. **CIEN y CIPE (1997).** Descentralización, un paso hacia el desarrollo y la paz. 1. ed. Guatemala. 1997.
12. **Díaz Gómez, Nery.** Formación de Grupos. INAP. Doc. Reproducido para fines docentes. 2004. Págs. 15
13. **Digesto de la administración del personal del sector público. Gobierno de Guatemala.** Oficina Nacional de Servicio Civil. 3ra. Edición. Guatemala, 1999.
14. **Documento-Supervisión extensión de cobertura. Depto. De supervisión.** Área de salud Guatemala. MSPAS. 2001.
15. **Documento-glosario de términos de aplicación en supervisión.** Diplomado 2001. MSPAS.USAC.
16. **Encarta.** Biblioteca de Consulta Microsoft 2005. 1993-2002 Microsoft Corporation.
17. **Enfermedades Inmunoprevenibles.** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala, 1999.

- 18. Gibson, J; J, Ivancevich y J. Donnelly.** Las organizaciones, conducta estructura y proceso. 8va. Edición. México: McGraw-Hill. 1996.
- 19. Gonzáles, Vinicio.** Protocolo. Maestría de Administración Pública INAP. Clases magistrales. 2004.
- 20. Guatemala, Plan de Acción para la Modernización del Sector Público.** Informe final: Bases para una Estrategia de Nación. Ed. Santillana. Guatemala 2003. Pág. 57
- 21. Gonzáles, M. Y S. Olivares.** COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL; UN ENFOQUE LATINOAMERICANO. México, 1999.
- 22. Gudiel Lemus, Mario y Álvarez, Edmundo.** Documento interno de trabajo. Depto. De supervisión. MSPAS. 2000.
- 23. Guía número cuatro, monitoreo en el primer nivel de atención.** SIAS. MSPAS. 2001.
- 24. Harmon, M. Y R. Mayer.** Teoría de la organización para la administración pública. México: Fondo de Cultura Económica. 1999.
- 25. Hernández Vásquez, Ronald.** EL LIDERAZGO. Documento reproducido para fines docentes. Guatemala, 2000.
- 26. Hernández, F y Rabanales I.** Teorías organizacionales. Ensayo para fines docentes. VIII Programa Maestría en Administración Pública. 2003.

- 27. Jaym. Safritz y Albert C. Hayde.** Clásicos de la Administración pública. Ed. México Fondo de la Cultura Económica. México. 1999. Págs. 705
- 28. Kliksberg, Bernardo.** Hacia una Economía con rostro Humano. Fondo de Cultura Economía de Argentina, S.A. Tercera Edición. 2003.
- 29. Koontz, H y O'Donnell, C.** Principios de administración (un análisis de las funciones administrativas). Libreria Pioneira Editora. Brasil. 1976.
- 30. Kotler, Philip y Gary Armstrong. Fundamentos de mercadotecnia.** 6ª ed. México: Editorial Prentice Hall, 1996.
- 31. Ley de desarrollo Social.** Decreto 42-2001. Congreso de la Republica de Guatemala. Octubre 2001. pags.31
- 32. Lineamientos Básicos y Políticas de Salud Año 2004-2008.** Unidad de planificación estratégica. Programa de mejoramiento de servicios de salud. MSPAS. Pags.11
- 33. Ley de Servicio civil y su reglamento, Decreto 18-98.** Decreto 1748 9na. Edición. Editores Jiménez y Ayala.
- 34. Lineamientos 2003 y planificación PNI 2003.** Guatemala, 2002.
- 35. Manual de Normas de programa ampliado de inmunizaciones.** MSPAS-USAID Publicación PAI-TRO-IRA. Guatemala, 1995.

36. Manual de nombramientos y acciones de personal. Gobierno de la república de Guatemala, Oficina nacional de Servicio Civil. 4ta. Edición. Guatemala, 1995.

37. Modelo Básico de Gestión, Direcciones de Área del Sistema Integral de Atención en Salud. Unidad de Desarrollo de la Direcciones de Área del SIAS. Julio 2005.

38. Monzón García, Samuel Alfredo. Introducción al proceso de investigación científica. Ed. Oscar de León Palacios. 3 ed. Guatemala. 2003.

37. Modelo de Atención "Centros de Salud". Área de Salud Guatemala. Consejo Técnico Enero 2005.

38. Modelo de Madurez del Equipo. INAP. Doc. Reproducido para fines docentes. 2004. Págs. 32.

39. Mspas.gob.gt enero-febrero 2006.

40. Pérez Molina, Jaime. Desconcentración, Descentralización y Modernización del MSPAS. Guatemala. 2000.

41. Plan Nacional de Salud 2000-2004. Guatemala 2000. MSPAS. Págs. 13.

42. Plan nacional de salud 2000-2004. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala. 2002.

43. Plan nacional de salud 2004-2008. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala. 2004.

44. Política Pública de Descentralización en la Municipalidad Metropolitana. Documento impreso. Municipalidad de Guatemala. 2003.

45. Propuesta para la reorganización funcional, técnica, administrativa, financiera y de prestación de servicios de salud en departamento de Guatemala. SIAS-MSPAS. Doc. Impreso. Septiembre 2005.

46. Programa de Modernización de la Administración Pública 1995-2000. Resumen. Doc. Maestría de Administración Pública INAP. Documento impreso 2003.

47. Programa Nacional de Inmunizaciones. Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas..

48. Rabanales de Mendizábal, Ileana. Guía de Trabajo No.1 Centro de Salud San Rafael la Laguna II, Distrito de Salud # 4. Guatemala, 2001.

49. Ramírez, Mariano Federico. Administración de recursos humanos. Documento reproducido para fines docentes. USAC. 1992.

50. Recopilación de Leyes. Comisión Paritaria de la Reforma y Participación. Red Interinstitucional.

51. Robbins, S y M. Coulter. ADMINISTRACIÓN. 6ta. Edición. México: Prentice Hall, 2000. pags. 765

52. Sáenz, Amado y Luis Ariza. Conversatorio: Teoría Organizacional. Guatemala, 2003.

53. Sala Situacional 2004 Centro de Salud San Rafael la Laguna. Distrito de Salud No. 11 Guatemala. 2004

54. Sala Situacional Distrito de Salud Numero Cuatro. Centro de Salud San Rafael la Laguna II. Guatemala, 2003.

55. Ventajas del "trabajo en equipo". INAP. Doc. Reproducido para fines docentes. 2004. Págs.12.