



# **APROXIMACIÓN A LA FUNCIÓN DEL JEFE DE SERVICIO EN ESPAÑA**



LA VIDA POR DELANTE



## **Autores**

116 jefes de servicio sin cuya aportación al cumplimentar un cuestionario no existiría este informe.

### **Diseño y dirección:**

Dra. Lola Ruiz Iglesias, MD, MSc Community Medicine (LSHTM)

Directora de la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica

### **Análisis estadístico:**

Pere Picorelli Riutord, MSc RUPS (LSE)





# Índice:

Índice	Página
<b>Resumen Ejecutivo</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Presentación del Proyecto</b> .....	<b>43</b>
1.1 Introducción .....	45
1.2 Metodología .....	46
1.2.1 Descripción de la Muestra .....	46
1.2.2 Descripción del Cuestionario .....	50
1.2.3 Análisis Estadístico .....	51
1.2.3.1 Variables Independientes .....	52
1.2.3.2 Técnicas Estadísticas .....	60
<b>2. Resultados del Análisis descriptivo de la percepción de los jefes de servicio sobre su función directiva</b> .....	<b>63</b>
2.1 Análisis del Servicio .....	69
2.2 Gestión del Servicio .....	101
2.3 Planificación .....	117
2.4 Gestión por Objetivos .....	155
2.5 Control de Gestión .....	191
2.6 Toma de Decisiones .....	209
2.7 Comunicación .....	225
2.8 Gestión del Tiempo. Delegación de Funciones .....	233
2.9 Motivación .....	251
2.10 Formación Continuada. Docencia. Investigación .....	263
<b>3. Resultados del Análisis estadístico de la percepción de los jefes de servicio sobre su función directiva</b> .....	<b>285</b>
3.1 Análisis del Servicio .....	289
3.2 Gestión del Servicio .....	309
3.3 Gestión por Objetivos .....	323
3.4 Control .....	345
3.5 Toma de Decisiones .....	361
3.6 Comunicación .....	375
3.7 Gestión del Tiempo. Delegación de Funciones .....	383
3.8 Motivación .....	395
3.9 Formación Continuada. Docencia. Investigación .....	413







# RESUMEN EJECUTIVO







## RESUMEN EJECUTIVO

Este Informe sobre la Función del Jefe de Servicio en España culmina el proyecto de investigación lanzado por la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica. Con este proyecto la Cátedra intenta ofrecer una primera aproximación a la poco estudiada realidad de la jefatura de servicio en España. Desde la convicción de la centralidad de la figura del jefe de servicio en el sistema sanitario español, este proyecto toma como objetivo primordial el análisis de la percepción que la propia comunidad de jefes de servicio tiene de su función directiva al frente de un servicio clínico.

Este informe presenta los resultados finales de la investigación construida entorno a una encuesta extensa efectuada a jefes de servicio, quienes tomaban parte en las actividades formativas de la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica. A través de las respuestas a este cuestionario se ha profundizado en la opinión y percepción que los propios jefes de servicio tienen de las múltiples facetas que engloba la jefatura de servicio: planificación estratégica, definición de objetivos, gestión de las personas, comunicación interna y externa, entre otras.

A pesar de la calidad del cuestionario la ausencia de un procedimiento de muestreo en la selección de los encuestados ha de hacer valorar las opiniones y conclusiones recogidas en su justa medida. En ningún caso deben tomarse como las de la población de jefes de servicio de España en su conjunto, sino como las percepciones estructuradas de un grupo determinado de jefes de servicio.

El cuestionario se compone de 116 preguntas o baterías de preguntas de formato mayoritariamente cerrado y numérico, aunque existe un grupo de preguntas abiertas. Las preguntas se agrupan en diez áreas que buscan cubrir las principales dimensiones de la función directiva en un servicio hospitalario. Estas diez áreas son las siguientes:

1. Análisis del Servicio
2. Gestión del Servicio
3. Planificación
4. Gestión por objetivos
5. Control de gestión
6. Toma de decisiones
7. Comunicación
8. Gestión del Tiempo. Delegación de funciones
9. Motivación
10. Formación Continuada. Docencia. Investigación

Las respuestas de los jefes de servicio han sido analizadas desde dos ópticas complementarias. En primer lugar, se ha optado por un necesario análisis descriptivo de las respuestas a todas las preguntas que componían el cuestionario. Este primer análisis íntegramente recogido ahora, ya fue publicado bajo el título "Informe preliminar sobre la función del jefe de servicio en España". Partiendo de esta primera labor se ha realizado, en segundo lugar, un análisis estadístico de las respuestas de los encuestados. Dicho análisis ha tenido como objetivo identificar aquellos elementos que pueden influir, cuando no explicar, las diferentes percepciones que los jefes de servicio encuestados tienen de las diversas dimensiones que conforman la jefatura de servicio.

Para llevar a cabo este análisis estadístico de las respuestas al cuestionario se han clasificado a los jefes de servicio encuestados mediante seis variables independientes.

La identificación de estas variables ha estado condicionada por dos tipos de factores: la disponibilidad de información fiable sobre los encuestados y la relevancia analítica de las variables disponibles.

En cuatro de las variables se han establecido grupos de encuestados en función de factores que permiten una segmentación clara, objetiva y significativa a efectos del análisis que aquí ocupa. Para las otras dos variables, al ser variables numéricas, se ha codificado los encuestados de manera que posteriormente han permitido un análisis de regresión.

Las seis variables independientes que han clasificado a los encuestados son las siguientes:

**1. Perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad:**

- Perfil gestor
- Perfil clínico
- Perfil exclusivamente clínico
- Perfil investigador y docente

**2. Tipología de Servicio:**

- Servicio Quirúrgico
- Servicio de Salud Mental
- Servicio Central y de Apoyo
- Servicio de Especialidades Clínicas

**3. Tipología según las competencias en sanidad de su Comunidad Autónoma:**

- Competencias en Sanidad desde antes de 1994
- Competencias en Sanidad desde después de 1994

**4. Tipología de Centro:**

- Centro Público Pequeño
- Centro Público Mediano
- Gran Centro Público
- Centro Privado

**5. Tamaño del centro medido según su número de camas del mismo.**

**6. Tamaño del servicio medido a partir del número de personas que lo componen.**

En las páginas que siguen en este resumen ejecutivo se facilitan las conclusiones y aspectos más relevantes que han aflorado del análisis tanto descriptivo como estadístico. Los aspectos correspondientes a cada una de estas dos aproximaciones analíticas son recogidas en dos secciones. La primera de ellas es la destinada a las conclusiones del análisis descriptivo, mientras, la segunda es destinada a la relación de conclusiones del análisis estadístico.

# Resultados del Análisis Descriptivo de la percepción de los Jefes de Servicio sobre su Función Directiva

A continuación, y siguiendo la misma estructura definida para el cuestionario, se presentan los aspectos más relevantes que han suscitado las respuestas de los jefes de servicio al cuestionario en cada una de estas diez áreas.

## 1.1 Análisis del Servicio

Las respuestas de los encuestados a las 13 preguntas correspondientes al capítulo de análisis del servicio / trabajo han permitido identificar los siguientes aspectos relevantes:

- 1.1.1. El 72,4% de los encuestados manifiesta que la organización hace de forma rutinaria un control de gestión de su servicio. Un 27,6% dice que no.
- 1.1.2. La frecuencia de control varía del 43% que es mensual, al 23,5% que es anual, con un 21,2% que es trimestral.
- 1.1.3. El 74% manifiesta que, en lo que se refiere a las decisiones sobre la organización asistencial, necesita consultar "nada" o "poco" a sus superiores.
- 1.1.4. En lo que se refiere a las decisiones sobre RRHH, la diversidad es interesante porque mientras un 38,9% manifiesta que necesita consultar "nada" o "poco", un 50,9% manifiesta que "bastante" o "mucho".
- 1.1.5. Cuando se trata de decisiones sobre provisión de material o equipo el 67,6% considera que tienen que consultar "bastante" o "mucho".
- 1.1.6. El 89% de los encuestados considera que su impacto, como jefes de servicio, en la organización del servicio es "bastante" o "mucho". Seguido en relevancia están los profesionales del servicio que en un 56,6% de los encuestados les atribuye "bastante" o "mucho" impacto.
- 1.1.7. Según los encuestados, las limitaciones importantes que encuentran a sus iniciativas están relacionadas con:
  - El presupuesto asignado, 23,3% de los encuestados
  - La estructura y cultura de la organización, 21,3% de los encuestados
  - La elevada carga asistencial, 19,4% de los encuestados
- 1.1.8. Un 56,7% no considera que sean sus propias limitaciones (habilidades, conocimiento, experiencia o actitud) un impedimento a sus iniciativas.
- 1.1.9. Los acuerdos sindicales son considerados por un 71,7% de un impacto bajo ("medio", "poco", "nada") en las iniciativas de los encuestados.
- 1.1.10. En lo que se refiere al proceso asistencial (tanto en lo que hay que hacer, el cómo y el que) los encuestados consideran que depende en gran medida de su capacidad de decisión. Un 66,1% de forma "alta" o "totalmente"



en lo que se refiere al trabajo que ha de hacerse, un 62,3% al cuándo, un 56,6% al cómo y un 69,5% a quién debe hacerlo.

- 1.1.11 El 61% considera que tiene una autoridad “alta” o “muy alta” con respecto a las decisiones sobre el personal facultativo.
- 1.1.12 En el caso del personal de enfermería o subalterno, el 60% de los encuestados considera que “no” tiene autoridad o tiene “muy poca”.
- 1.1.13 Más del 50% de los jefes de servicio encuestados considera que no tiene autoridad, o la tiene muy “poca” en aspectos tales como: contratación, movilidad e incentivos. En cambio, el 20,4% tiene una autoridad “alta” o “muy alta” para decidir sobre contratación, un 18,7% para decidir sobre movilidad y un 5,6% sobre incentivos.
- 1.1.14 En lo que se refiere a su autoridad con respecto a los salarios, el 93% considera que no tiene autoridad para decidir en este aspecto.

## 1.2 Gestión del servicio / trabajo

De las respuestas de los encuestados a las dos preguntas que componen el capítulo correspondiente a la gestión del servicio / trabajo se han identificado los siguientes aspectos relevantes:

- 1.2.1 El conjunto de los jefes de servicio encuestados apunta que dedica, de media, un 45,6% de su jornada laboral a actividades relacionadas con la asistencia.
- 1.2.2 Los propios encuestados señalan que las actividades de “gestión claves para el funcionamiento del servicio” consumen, de media, el 23,9% de la jornada laboral de los jefes de servicio encuestados. Por su parte, la docencia y la investigación consumen el 10,1% y el 8,5%, respectivamente.
- 1.2.3 Según los jefes de servicio las actividades burocráticas consumen de media el 10,3% de su jornada.
- 1.2.4 Para el 61,5% de los jefes de servicio, las actividades asistenciales son a las que dedican un mayor porcentaje de su tiempo
- 1.2.5 En cambio, para el 23,1% de los encuestados, son las actividades de gestión clave las que consumen un mayor porcentaje de su tiempo.
- 1.2.6 Organizar es la actividad de gestión con mayor dedicación media, el 25,5%, del tiempo total dedicado a gestionar. Planificar acapara, de media, el 25,3% de ese tiempo. Comunicar e informar, el 21,4%.
- 1.2.7 El 23,3% de los encuestados indica que tiene como actividad principal de gestión organizar.
- 1.2.8 Un 18,4% y un 16,5% señalan que tienen como primera actividad planificar y comunicar e informar.
- 1.2.9 Un 13,6% de los jefes de servicio dice dedicar el mismo tiempo a las cinco actividades propuestas: organizar, planificar, controlar, evaluar y comunicar e informar.

## 1.3 Planificación

De las respuestas de los encuestados a las 15 preguntas correspondientes al capítulo dedicado a la planificación de la actividad del servicio se han identificado los siguientes aspectos relevantes:

- 1.3.1 El 96,1% de los jefes de servicio cree "bastante" o "mucho" en la necesidad de planificar las actuaciones del servicio.
- 1.3.2 El 93,4% de los encuestados señala que planifica las actividades del servicio.
- 1.3.3 El 38% de los jefes de servicio indica que la planificación actual se realiza con un alcance de un año.
- 1.3.4 El 28,8% indica que planifica con un alcance temporal inferior a un año. Un 16,4% entre uno y dos años, mientras que sólo un 16,4% realiza una planificación de su servicio a más de dos años.
- 1.3.5 Cuando se les pregunta sobre cuál consideran que debería ser el alcance temporal de la planificación, el 40,2% de los encuestados considera que a más de dos años, mientras que el 28,4% entre uno y dos años. El 25,4% cree que debería ser anual.
- 1.3.6 El 76% de los jefes de servicio se considera "bastante" o "completamente" responsable de la planificación del servicio. El 92,4% considera "bastante" o "completamente" que esa responsabilidad debería corresponderle a ellos.
- 1.3.7 Los encuestados comparten "bastante" o "del todo" la responsabilidad de planificar con la dirección médica en un 57,1% y con la dirección de gestión en un 41,5%.
- 1.3.8 El 44,6% de los jefes de servicio dice no compartir su responsabilidad de planificar con otros jefes de servicio, mientras que otro 21,3% las comparte "poco".
- 1.3.9 Más del 90% de los jefes de servicio creen que es necesario compartir la planificación con las direcciones del centro -enfermería, médica y gestión.
- 1.3.10 El 73,66% considera necesario compartir la planificación con otros jefes de servicio. Por el contrario, el 26,33% no lo cree necesario.
- 1.3.11 El 82,1% considera que siempre informa sobre la planificación al personal, el 17,9% lo hace a veces. El 56,3% y el 52,1% siempre consultan y escuchan sugerencias de ese personal, mientras que el 43,8% y el 47,9% no lo hacen.
- 1.3.12 Hasta un 89,6% de los clínicos que responden cree que la planificación de su servicio debe coordinarse con otros. El restante 10,4% no lo cree así.
- 1.3.13 Mientras el 76,4% de los jefes de servicio cree que las actividades de su servicio sí necesitan de la cooperación del personal de otro servicio, un 23,6% no lo cree necesario.
- 1.3.14 Un 46,3% de los jefes de servicio encuestados considera "bastante" o "completamente" discutida la planificación actual del servicio. Por el contrario, un 31,8% de éstos cree que ha sido "nada" o "poco" discutida.

## 1.4 Gestión por objetivos

De las respuestas de los encuestados a las 25 preguntas correspondientes al capítulo dedicado a la gestión por objetivos se han identificado los siguientes aspectos relevantes:

- 1.4.1 El 82% de los jefes de servicio dicen tener priorizados los objetivos de su servicio.
- 1.4.2 El 58% de encuestados indica que aborda "a veces" los objetivos de forma cronológica a la priorización que han establecido. Por otro lado, el 38% manifiesta que los aborda cronológicamente "siempre".
- 1.4.3 El 71,6% de los jefes de servicio dice que tiene un contrato de gestión y un 43,2% manifiesta conocerlo "bastante", el 11,4% manifiesta que su conocimiento del mismo es "ninguno".
- 1.4.4 Hasta el 73% de los jefes de servicio apunta que pacta sus objetivos anuales con la dirección del centro. En cambio el 27% no lo hace.
- 1.4.5 El 30% de los jefes de servicio indica que conocen "bastante" los objetivos de la dirección médica. A su vez, un 27% dice que los conoce "algo" y un 24% que los conoce "poco".
- 1.4.6 Un 40% de los entrevistados dice que sus objetivos se relacionan "bastante" con los de la dirección médica, mientras que el 37% apunta a que sólo lo hacen "algo".
- 1.4.7 El 73,3% de los encuestados manifiesta conocer los objetivos de su personal facultativo. En lo que se refiere a los objetivos del personal de enfermería y administrativo, sólo un 51,5% y un 40,7% respectivamente, manifiesta que los conoce.
- 1.4.8 El 80% de los jefes de servicio desconoce si el personal subalterno de su unidad tiene objetivos propios.
- 1.4.9 Según los jefes de servicio, el área en la que consideran más útil establecer objetivos es en la actividad asistencial –el 88,7% de los encuestados lo considera de "bastante" o "absoluta" utilidad. Otra área en la que establecer objetivos es considerada "muy útil", es la calidad, ya que el 87% la considera "bastante" o "absolutamente" útil.
- 1.4.10 Los costes, la seguridad y la motivación del personal son las áreas donde consideran menor la utilidad de establecer objetivos. Tienen, según los encuestados, "alguna" o "poca" utilidad en un 28,9%, 28,1% y en un 28,1% respectivamente.
- 1.4.11 El 72,54% de los encuestados dice tener los objetivos planteados en un horizonte temporal de un año, otro 16,6% los tiene a más de un año.
- 1.4.12 Un 72% de los jefes de servicio apuntan que sus objetivos tienen índices de medida no arbitrarios. Hasta el 88% de los jefes de servicio considera que sus objetivos se establecen como una mejora respecto a los ya alcanzados. Sin embargo, el 83% dice pactar objetivos con la dirección que previamente han sido alcanzados.

- 1.4.13 El 98,2% de los jefes de servicio cree, "bastante" o "completamente", que para alcanzar los objetivos de su servicio requieren de la colaboración de todos los estamentos del servicio.
- 1.4.14 El 83,5% de los jefes de servicio apunta que los objetivos individuales en su servicio se entrelazan con los del grupo / organización.
- 1.4.15 Según los jefes de servicio, en el 57,5% de los servicios de los encuestados existe una gratificación si se cumplen los objetivos en el 42,5% no.
- 1.4.16 Cuando existe la gratificación, el 95,9% de los encuestados cree que la gratificación es insuficiente.
- 1.4.17 Mientras el 90,6% cree en la gratificación personalizada, el 74,% también cree en la modalidad grupal por servicios. Sólo el 49% de los encuestados cree, además, en la gratificación grupal por centros.
- 1.4.18 El 68,5% de los encuestados señala que no interviene en la adjudicación personalizada de la gratificación. El 29% interviene en la gratificación del personal facultativo y el 9,26% en el caso del personal de enfermería.
- 1.4.19 El 92,3% de los encuestados cree que, como responsable del servicio, debería intervenir en la gratificación de todo el personal de la unidad.
- 1.4.20 Según el 59,6% de los jefes de servicio, en su servicio no se exponen públicamente los objetivos del grupo / organización.

## 1.5 Control

De las respuestas de los encuestados a las ocho preguntas correspondientes al capítulo dedicado al estudio del control en la actividad del servicio se han destacado los siguientes aspectos:

- 1.5.1 El 76% y el 76,9% de los jefes de servicio consideran prioritarios controles en la calidad percibida y en la calidad asistencial. En lo que se refiere al desempeño personal, el 63,4% lo consideran prioritario.
- 1.5.2 El 47,6% de los encuestados considera que los costes requieren un control "regular", mientras que el 43,7% de los mismos considera que debe ser prioritario.
- 1.5.3 El 95% de los jefes de servicio manifiesta que necesita "bastante" o "mucho" información relativa a la cantidad de actividad asistencial para controlar los procesos. Un 65,7% requiere esa cantidad respecto al planing individual diario de los miembros de su equipo, un 63,2% respecto al número de incidencias en su servicio, un 64,3% respecto el consumo del servicio y un 59,4% sobre el número de reclamaciones.
- 1.5.4 Mientras que el 51% de los encuestados manifiesta que elabora personalmente el cuadro de mandos en el servicio, el 49% apunta que es otro responsable quien lo hace.
- 1.5.5 Un total del 56,6% de los encuestados considera que los datos que le solicita la dirección del centro no son los adecuados para reflejar la actividad del servicio, mientras que el restante 43,4% entiende que sí lo son.



- 1.5.6 El 87% y el 86,6% de los encuestados indican que obtienen la información a través de informes de los facultativos y de sus propias estadísticas respectivamente. El 63,3% dice obtenerla a través de informes de enfermería y el 47,7% a través de informes de servicios ajenos.
- 1.5.7 El 60% de los clínicos considera que tiene “bastante” o “mucho” capacidad para detectar los motivos que han generado datos inesperados. El 42,9% dice tener “algo” de capacidad para evitar que se sigan produciendo, mientras que es el 43,4% el que dice tener “algo” de capacidad para corregirlos.
- 1.5.8 Para el 50% de los encuestados, un cambio en la política sanitaria ha sido causa de tener que rectificar los objetivos. Las demás causas tienen una incidencia menor: el 45,5% por falta de apoyo ajeno al servicio; el 41,7% debido a la escasa motivación del personal del equipo; el 46% a los planteamientos optimistas y el a 44,4% la desaparición de las circunstancias que inicialmente motivaron el establecimiento de un objetivo.
- 1.5.9 Según las respuestas al cuestionario, la “falta de dedicación” es el factor que ha obligado a menos jefes de servicio a cambiar sus objetivos, según manifiestan el 32% de los encuestados.
- 1.5.10 El fomento de la comunicación interna es la actuación que los encuestados identifican como la que más puede facilitar la consecución de los objetivos, un 64,8% cree que “mucho”.
- 1.5.11 De la misma manera, revisar los protocolos -según el 81,3% “bastante” o “mucho”- y mejorar el sistema de seguimiento -79,5%- son los otros factores que los encuestados consideran que pueden facilitar la consecución de los objetivos.
- 1.5.12 La actuación que identifican con menor impacto para conseguir los objetivos, es la toma de medidas disciplinarias, con el 71,7% de encuestados considerándola “poco” o “nada”. Otros dos factores considerados de escasa incidencia son ejercer presión -el 40,6%- y marginar a los individuos conflictivos -el 47,2%-.

## 1.6 Toma de decisiones

De las respuestas de los encuestados a las seis preguntas correspondientes al capítulo dedicado análisis de la toma de decisiones se han destacado los siguientes aspectos:

- 1.6.1 El 44,4% de los jefes de servicio se identifica “bastante” con la “formación de un grupo para que se responsabilice del problema” cuando hay que tomar una decisión. Ésta es la situación con la que el conjunto de los jefes de servicio se identifica con mayor intensidad. Un 50,9% de los encuestados no se identifica “nada” con el hecho de pensar que un problema se solucionará solo.

- 1.6.2 Trasladar la toma de decisiones a superiores jerárquicos es una situación con la que los jefes de servicio se identifican "poco" o "nada". De la misma manera, un 67,6% se identifica "poco" o "nada" con la toma de decisiones basándose en "averiguar que decisión será más valorada por el superior jerárquico".
- 1.6.3 El 97,2% de los jefes de servicio considera que analiza la causa del problema "bastante" o "del todo" antes de tomar una decisión. El 86,9% considera que se plantea "bastante" o "del todo" "las consecuencias de la no solución del mismo problema".
- 1.6.4 "El afrontar, de momento, un problema parcialmente" es la cuestión que menos se plantean los jefes de servicio -un 32,1% sólo lo hace "poco" y un 31,1% se lo plantea "algo"-.
- 1.6.5 El 69,4% de los jefes de servicio indica que conoce "algo" o "bastante" la herramienta para la toma de decisiones conocida como de árbol de decisiones. El 67,3% conoce en ese mismo grado las técnicas estadísticas. Por el contrario, hasta el 49% de los jefes de servicio no conoce "nada" o "poco" los diagramas causa-efecto.
- 1.6.6 Al adoptar una decisión, el 51,4% y el 46,7% de los encuestados valora "mucho" o "bastante" el "impacto que tendrá esa decisión sobre el paciente". Por otra parte, el 54,7% de los jefes de servicio se plantea "poco" o "nada" solicitar la opinión de personal ajeno a la organización, antes de tomar una decisión.
- 1.6.7 El 71,3% de los encuestados valora "bastante" quienes se verán beneficiados por su toma de decisión y otro 71% valora también "bastante" cuál será el grado de aceptación de la decisión por parte de la organización.
- 1.6.8 Los beneficios y las dificultades para los pacientes son los criterios que se plantean principalmente los jefes de servicio encuestados al adoptar una solución. El 99,1% de los jefes de servicio dice tener en cuenta "mucho" o "del todo" los "beneficios sobre los pacientes" al evaluar las posibles soluciones a un problema. El 95,3% dice considerar también "mucho" o "del todo" "las dificultades de implementación que cada una de ellas implica para el paciente".
- 1.6.9 Las "consecuencias financieras" son el criterio que los jefes de servicio dicen tener menos en cuenta al evaluar las posibles soluciones de un problema. El 3% no las considera "nada", el 17% las considera "poco" y el 29,2% las considera "algo".
- 1.6.10 Tras tomar una decisión, el 85% de los encuestados considera que planifica "bastante" o "mucho" qué es lo que tiene que decir y a quién. Un 66,4% manifiesta que planifica, de igual modo, el medio con el que se comunica la decisión.
- 1.6.11 El factor que según los jefes de servicio planifican menos es la creación de un sistema de control de los resultados obtenidos por la decisión. Es considerado: "algo" por el 25,2% de los encuestados, el 11,2% lo planifica "poco" y el 1,9 no planifica "nada" como controlar los resultados que se obtienen con la solución propuesta.

## 1.7 Comunicación

De las respuestas de los encuestados a las tres preguntas correspondientes al capítulo dedicado al análisis de la comunicación en el servicio se han destacado los siguientes aspectos:

- 1.7.1 El 66,7% de los encuestados entiende que está “del todo” convencido de la necesidad de una comunicación bidireccional. El 32,4% está “bastante” convencido de esa necesidad comunicativa.
- 1.7.2 El 41,1% de los jefes de servicio considera que está “algo” informado por sus superiores jerárquicos, el 18,7% dice ser “poco” informado por sus superiores y el 2,8% dice no serlo “nada”.
- 1.7.3 El 94,5% de los jefes de servicio manifiesta que informa “bastante” o “del todo” a sus subordinados. Por otro lado, el 92,5% de los encuestados considera que identifica previamente a todas las personas que deben ser informadas en cada caso “bastante” o “del todo”.
- 1.7.4 El 29,9% de los encuestados estima que las interferencias y distorsiones constituyen (“bastante”) una barrera a la comunicación efectiva en el servicio, mientras, un 37,4% cree que lo son “algo”.
- 1.7.5 El 51,4 % de los clínicos entrevistados entiende que la falta de rapidez en la recepción del mensaje obstaculiza “poco” o “nada” la comunicación efectiva en el servicio. Del mismo modo valoran, el 47,6% de los encuestados, la falta de claridad en el mensaje.
- 1.7.6 Hasta un 28% de los jefes de servicio entienden que la falta de canales adecuados obstaculiza “algo” la fluidez de la comunicación en su servicio. Otro 29,9% cree que “poco”, y un 16,8% entiende que no obstaculizan “nada”.
- 1.7.7 Un 48,1% de los jefes de servicio considera que hace “bastante” por evitar y reducir el efecto de las barreras comunicativas en su unidad. Un 17% cree hacer “mucho” en esa dirección. Un 26,3% de los encuestados intenta “algo” evitar esas barreras a la comunicación.

## 1.8 Gestión del tiempo. Delegación de funciones

Las respuestas de los encuestados a las ocho preguntas correspondientes al capítulo dedicado al análisis de la gestión del tiempo por parte de los encuestados y de la delegación de funciones del mismo han resaltado los siguientes aspectos:

- 1.8.1 Atender a visitantes inesperados y la elaboración de informes internos son las dos actividades que más impiden a los clínicos gestionar su tiempo. Para el 49,5% de los jefes de servicio atender visitas inesperadas afecta “bastante” a su gestión del tiempo. A su vez, el 43,9% entiende que dedicar tiempo a informes internos entorpece “bastante” su gestión del tiempo.
- 1.8.2 La actividad con menor incidencia en la gestión del tiempo por parte de los jefes de servicio es conversar sobre temas ajenos del trabajo, el 75,9% considera que interfiere “poco” o “nada” en su agenda.

- 1.8.3 El 90,7% de los jefes de servicio señala que planifica personalmente su agenda.
- 1.8.4 El 85,5% de los clínicos encuestados considera que cumple normalmente con su horario y / o calendario.
- 1.8.5 Mientras, el 54,2% de los jefes de servicio dice que se reserva tiempos muertos para resolver imprevistos, el 45,8% de los entrevistados no lo hace.
- 1.8.6 El 54% de los jefes de servicio no se tolera a sí mismo una impuntualidad superior a los 5 minutos, el 37% se concede 15 minutos.
- 1.8.7 En cambio, el 60,1% de los encuestados, acepta en los demás una impuntualidad de 15 minutos y sólo el 24% no tolera una impuntualidad que exceda los 5 minutos.
- 1.8.8 El 81% de los jefes de servicio apunta que se lleva trabajo a casa con asiduidad.
- 1.8.9 El 53,3% de los encuestados creen que es más rápido hacer el trabajo personalmente antes que explicar como se quiere que se haga, mientras, el 47,3% considera lo contrario.
- 1.8.10 El 41% de los jefes de servicio encuestados entiende que la eficiencia de su servicio se ve mermada cuando él se ausenta. Un 59%, en cambio, considera que esa eficiencia no se ve afectada.
- 1.8.11 El 93,5% de los jefes de servicio señala que, normalmente, delega sus funciones.
- 1.8.12 El 79,20% de los encuestados indica que selecciona a las personas en quien delega a partir de criterios de idoneidad.
- 1.8.13 El 61,5% de los encuestados dice que delimita claramente las decisiones de la persona en quien delega alguna responsabilidad.
- 1.8.14 Hasta un 78,8% de los jefes de servicio encuestados considera que controla regularmente las tareas delegadas.
- 1.8.15 Mientras el 71% de los clínicos sostiene que no supervisa minuciosamente el trabajo de sus colaboradores, el restante 29% admite que sí lo hacen.
- 1.8.16 El 95,3% de los jefes de servicio indica tener confianza en la capacidad profesional de sus colaboradores. Sólo el 4,7% admite no confiar en sus capacidades.
- 1.8.17 Un 75% de los encuestados cree que si hubiera seleccionado personalmente a su equipo delegaría en él con mayor frecuencia.
- 1.8.18 Un 38,9% de los jefes de servicio manifiesta que les preocupa "algo" que se cuestione su autoridad. Sin embargo, un 25,9% y un 12% dicen que les preocupa "bastante" o "mucho".
- 1.8.19 Según el 95,4% de los clínicos encuestados el delegar funciones no les hace más vulnerables. Sólo el 4,5% considera lo contrario.



1.8.20 El 99,1% de los jefes de servicio encuestados asumen que sus colaboradores puedan ser mejores que ellos en habilidades concretas.

## 1.9 Motivación

Las respuestas de los encuestados a las tres preguntas correspondientes al capítulo dedicado al análisis de las herramientas y el entorno de la motivación en el servicio han resaltado los siguientes aspectos:

- 1.9.1 Los jefes de servicio indican que la elevada presión asistencial es la situación que más incide en la falta de motivación del servicio. El 72,2% de los jefes de servicio considera que afecta “bastante” o “del todo”.
- 1.9.2 El 58% de los encuestados entiende que realizar una actividad poco gratificante afecta “bastante” o “del todo” a la ausencia de motivación. La “cultura inmovilista” es la tercera situación, en grado de incidencia, en la falta de motivación del equipo, con un 57,6%.
- 1.9.3 Las situaciones consideradas de menor incidencia en la falta de motivación son: las quejas de los pacientes -un 40,1% las considera “poco” o “nada” influyentes- y el absentismo del personal -un 32,7%-.
- 1.9.4 Las perspectivas de promoción profesional son el principal factor que puede motivar al personal del servicio, según los encuestados. Un 45,4% considera que puede motivar “mucho” y un 34,3% cree que puede hacerlo “bastante”.
- 1.9.5 Otros dos factores destacan por su incidencia en la motivación: la satisfacción por una actividad profesional de calidad y las posibilidades de desarrollo profesional. Para estos dos factores, el porcentaje de encuestados que considera que inciden “bastante” o “mucho” en la motivación suma un 77,8% y un 78,7% respectivamente.
- 1.9.6 Según los encuestados, los dos factores con menos capacidad de motivación del personal son el aumento de influencia en el entorno y el sentimiento de ser imprescindible en el trabajo. Respecto al primero el 47,2% lo considera “algo” o “poco” motivador y respecto al segundo lo hace el 54,2% de los jefes de servicio.
- 1.9.7 El 77,7% de los jefes de servicio considera que puede intervenir “mucho” o “bastante” en que el personal participe en la toma de decisiones. Éste es el factor en que los jefes de servicio cuentan con un mayor grado de capacidad de intervención para su consecución o mejora. Con un nivel similar de capacidad de intervención por parte de los encuestados, está la participación en la determinación de objetivos, un 73,1% considera que puede intervenir “mucho” o “bastante”.
- 1.9.8 El 67,6% de los jefes de servicio considera que puede intervenir “poco” o “nada” en los incentivos económicos por actividades no asistenciales del personal del servicio. Según los jefes de servicio, éste es el factor en el que tienen una menor capacidad de intervención.

- 1.9.9 Los encuestados consideran que el dotar al equipo humano de la infraestructura necesaria para trabajar es la práctica más idónea para motivar. El 87,8% de los jefes de servicio considera que sirve “mucho” o “bastante” para motivar al equipo del servicio. Sin embargo, esta práctica es la que los jefes de servicio consideran que es utilizada en menor grado para motivar al equipo: un 27,2% la utiliza “poco” y un 22,3% la utiliza “algo”.
- 1.9.10 Otro factor con un alto grado de idoneidad para motivar al equipo, según los encuestados, es mantener unos patrones de conducta objetivos y ecuánimes. El 83,1% de los encuestados considera que sirve “mucho” o “bastante” para motivar al personal. Este mismo factor es el segundo más usado por los propios encuestados para motivar a su equipo, lo usan “mucho” un 28,8% y “bastante” un 41,3% de ellos.

## 1. 10 Formación continuada, Docencia e Investigación

Las respuestas de los encuestados a las 13 preguntas correspondientes al capítulo dedicado al análisis de la formación continuada, la docencia y la investigación en el servicio han resaltado los siguientes aspectos:

- 1.10.1 El 80% de los encuestados dice que su servicio no dispone de un sistema fiable para evaluar las capacidades del personal que lo compone.
- 1.10.2 El 56,5% de los jefes de servicio indica que su servicio tampoco cuenta con un plan de formación para aquellos trabajadores que se incorporan a él. El 43,5% de los encuestados dice que sí dispone, en su servicio, de un plan de esta índole.
- 1.10.3 Mientras el 69,2% de los jefes de servicio señala tener identificadas las necesidades de formación de su unidad, un 30,8% admite no tenerlas analizadas.
- 1.10.4 Un 49,5% de los jefes de servicio está “poco” o “nada” de acuerdo con los programas de formación disponibles en su centro. Por el contrario, un 15,5% está “bastante” de acuerdo con esos programas de formación. El 30,1% sólo está “algo” de acuerdo.
- 1.10.5 El 89,5% de los encuestados admite que su centro carece de un mecanismo de validación del impacto objetivo de los programas de formación continuada y capacitación profesional.
- 1.10.6 Los jefes de servicio creen que, por término medio, los facultativos deberían dedicar unas 18 horas al mes a formarse y reciclarse, la mediana se sitúa en 16 horas al mes. Respecto a la formación continuada del personal de enfermería, los jefes de servicio creen que ese tiempo debería ser 15 horas, de promedio, y 9 horas, de mediana.
- 1.10.7 El 59,5% de los clínicos entrevistados estima que el acceso a la formación continuada no es equitativo, mientras que el 41,5% de éstos considera que sí lo es.

- 1.10.8 Según los jefes de servicio, no está establecido el orden de acceso a la formación continuada en el 68,6% de los servicios.
- 1.10.9 Por término medio, los jefes de servicio indican que los facultativos de su servicio dedican un promedio del 12,17% de su tiempo a la docencia y la investigación.
- 1.10.10 Para el 68,5% de los jefes de servicio encuestados, el acceso a la docencia e investigación no se trata de un privilegio de un grupo determinado de facultativos.

# Resultado del Análisis Estadístico de la Percepción de los Jefes de Servicio sobre su Función Directiva

A continuación se recogen los resultados estadísticos del análisis efectuado para cada una de estas seis variables independientes. En seis bloques independientes se resumen, para cada una de las categorías de esas variables, las características más relevantes que del análisis estadístico se han extraído.

## 2.1 Variable independiente: Patrón de actividad del encuestado

Características de los distintos grupos de encuestados a partir de los perfiles de jefes de servicio según el patrón de actividad diario al frente del servicio. Aquellas características marcadas con (\*) no han mostrado significación en el análisis estadístico.

Los **jefes de servicio de perfil “investigador y docente”** con sus respuestas al cuestionario se han distinguido de las de los demás perfiles de jefes de servicio en los siguientes aspectos:

- 2.1.1 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, indica que “sí” tiene una descripción de su puesto de trabajo donde aparecen deberes y responsabilidades.
- 2.1.2 Valoran que los condicionamientos legales limitan en un grado menor sus iniciativas al frente del servicio.\*
- 2.1.3 Valoran que la dificultad para acceder a la tecnología adecuada limita en un grado menor sus iniciativas al frente del servicio.\*
- 2.1.4 Consideran que tienen un grado de autoridad mayor para tomar decisiones sobre el personal administrativo.
- 2.1.5 Consideran que tienen un grado de autoridad mayor para tomar decisiones sobre el personal de enfermería.\*
- 2.1.6 Consideran que tienen un grado de autoridad mayor para tomar decisiones sobre el personal subalterno.\*
- 2.1.7 Consideran que tienen un grado de autoridad mayor para tomar decisiones que afecten al personal en relación a la organización del trabajo.\*
- 2.1.8 Indican que el alcance temporal de la planificación del servicio es mayor al expresado por los encuestados de los demás perfiles.\*
- 2.1.9 Creen que el alcance temporal de la planificación del servicio debería ser mayor al expresado por los encuestados de los demás perfiles.
- 2.1.10 Muestran un grado mayor de acuerdo con que la planificación del servicio ha sido suficientemente discutida y consensuada por todos los agentes involucrados.\*

- 2.1.11 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, indica que "siempre" aborda cronológicamente los objetivos de acuerdo a la priorización establecida.\*
- 2.1.12 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, indica que algunos objetivos que pacta con la dirección del centro "sí" han sido alcanzados con anterioridad.\*
- 2.1.13 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, indica que "no" cree en una gratificación personalizada.\*
- 2.1.14 Requieren una mayor cantidad de información sobre el número de reclamaciones verbales y escritas para controlar los procesos del servicio.
- 2.1.15 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, cree que los datos que le solicita la dirección del centro "sí" son los adecuados para reflejar la actividad del servicio.
- 2.1.16 Indican ante unos datos inesperados tienen una mayor capacidad para detectar los motivos por los que se producen.
- 2.1.17 Indican que ante unos datos no esperados tienen una mayor capacidad para evitar que sigan produciéndose.
- 2.1.18 Indican que ante unos datos no esperados tienen una mayor capacidad para corregirlos.
- 2.1.19 Consideran que comunicarse a menudo con el personal implicado dentro del servicio puede facilitar en mayor medida la consecución de los objetivos
- 2.1.20 Consideran que revisar los protocolos de actuación puede facilitar en mayor medida la consecución de los objetivos.
- 2.1.21 Indican que tiene un conocimiento mayor de las técnicas estadísticas como herramienta de apoyo a la toma de decisiones.
- 2.1.22 Al adoptar una solución valoran en mayor grado quienes se verán beneficiados o perjudicados esa solución.
- 2.1.23 Al adoptar una solución valoran en mayor medida el grado de aceptación de ésta por parte del resto de la organización.
- 2.1.24 Al adoptar una solución valoran en mayor medida el impacto que ésta tendrá sobre el paciente.
- 2.1.25 Al adoptar una solución solicitan en mayor medida la opinión de personas que trabajan en la organización.\*
- 2.1.26 Al evaluar las posibles soluciones tienen en mayor consideración los beneficios que aportan cada una de ellas a los pacientes.
- 2.1.27 Al evaluar las posibles soluciones tienen en mayor consideración las dificultades de su implantación para los pacientes.
- 2.1.28 Tras tomar una decisión planifican en mayor medida qué es lo que tienen que decir y a quién.
- 2.1.29 Tras tomar una decisión planifican en mayor medida el orden personalizado de recepción de la información.

- 2.1.30 Valoran en mayor grado que la falta de claridad en el mensaje es una barrera a la comunicación efectiva en el servicio.
- 2.1.31 Valoran en mayor grado que la vía de comunicación incorrecta es una barrera a la comunicación efectiva en el servicio.
- 2.1.32 Estudian en mayor medida el modo para que evitar que las barreras a la comunicación afecten a la eficiencia de su comunicación en el servicio.
- 2.1.33 Indican que dedicar tiempo a elaborar informes internos les impide gestionar su tiempo en un grado mayor.\*
- 2.1.34 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, considera que la eficiencia de su equipo “no” se resiente cuando ellos se ausentan.\*
- 2.1.35 Un porcentaje mayor “sí” supervisa minuciosamente el trabajo de sus colaboradores, en comparación con los demás perfiles.
- 2.1.36 Consideran que la elevada rotación del personal técnico puede incidir en mayor medida en la falta de motivación del servicio.
- 2.1.37 Consideran que la falta de competencia del personal puede incidir en mayor medida en la falta de motivación del servicio.
- 2.1.38 Indican que tienen un mayor grado de capacidad de intervención en la mejora o consecución del sentimiento de ser respetado por los compañeros para motivar al personal del servicio.
- 2.1.39 Indican que utilizan en mayor grado la discusión global y permanente de temas para motivar al equipo del servicio en su conjunto.
- 2.1.40 Indican que atribuyen mayor idoneidad a otorgar más autonomía para motivar al equipo en su conjunto.
- 2.1.41 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, indica que su servicio “sí” dispone de un sistema para evaluar las capacidades del personal.\*
- 2.1.42 Un mayor porcentaje señala que su servicio “sí” dispone de un plan de formación para el personal que se incorpora.
- 2.1.43 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, indica que “sí” tiene identificadas las necesidades de formación continuada del personal de su servicio.\*
- 2.1.44 Indica que esta en un grado mayor de acuerdo con los programas de formación continuada de su Hospital.\*
- 2.1.45 Indica que el personal facultativo de su servicio dedica, en promedio, un porcentaje mayor de horas a la docencia y a la investigación.

Los **jefes de servicio de perfil “clínico”** con sus respuestas al cuestionario se han distinguido de las de los demás perfiles de jefes de servicio en los siguientes aspectos:

- 2.1.46 Valoran que los condicionamientos legales limitan en un grado menor sus iniciativas al frente del servicio.\*



- 2.1.47 Valoran que la dificultad para acceder a la tecnología adecuada limita en un grado menor sus iniciativas al frente del servicio.\*
- 2.1.48 Consideran que tienen un grado de autoridad menor para tomar decisiones que afecten al personal en relación a la organización del trabajo.\*
- 2.1.49 Creen en menor grado que realmente les corresponde la responsabilidad de planificar la actividad del servicio.
- 2.1.50 Atribuyen menor utilidad al establecimiento de objetivos en relación a la satisfacción del cliente.
- 2.1.51 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, indica que "sí" cree en una gratificación personalizada.\*
- 2.1.52 Requieren una menor cantidad de información sobre el número de reclamaciones verbales y escritas para controlar los procesos del servicio.
- 2.1.53 Consideran que comunicarse a menudo con el personal implicado dentro del servicio puede facilitar en menor medida la consecución de los objetivos,
- 2.1.54 Consideran que revisar los protocolos de actuación puede facilitar en menor medida la consecución de los objetivos.
- 2.1.55 Se identifican en un grado mayor con la situación "trasladar la toma de decisiones en una persona de su confianza".\*
- 2.1.56 Al adoptar una solución valoran en menor grado quienes se verán beneficiados o perjudicados esa solución.
- 2.1.57 Al adoptar una solución valoran en menor medida el grado de aceptación de ésta por parte del resto de la organización.
- 2.1.58 Al adoptar una decisión valoran en menor medida el impacto que ésta tendrá sobre el paciente.
- 2.1.59 Al adoptar una solución solicitan en menor medida la opinión de personas que trabajan en la organización.\*
- 2.1.60 Al evaluar las posibles soluciones tienen en menor consideración los beneficios que aportan cada una de ellas a los pacientes.
- 2.1.61 Al evaluar las posibles soluciones tienen en menor consideración las dificultades de su implantación para los pacientes.
- 2.1.62 Tras tomar una decisión planifican en menor medida qué es lo que tienen que decir y a quién.
- 2.1.63 Tras tomar una decisión planifican en menor medida el orden personalizado de recepción de la información.
- 2.1.64 Indican que estudian previamente en menor medida el medio más apropiado para que el mensaje a transmitir sea entendido.\*
- 2.1.65 Estudian en menor medida el modo para que evitar que las barreras a la comunicación afecten a la eficiencia de su comunicación en el servicio.

- 2.1.66 Indican que dedicar tiempo a elaborar informes internos les impide gestionar su tiempo en un grado menor.\*
- 2.1.67 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, “no” supervisa minuciosamente el trabajo de sus colaboradores, en comparación con los demás perfiles.
- 2.1.68 Consideran que el absentismo de algunos compañeros puede incidir en menor medida en la falta de motivación del servicio.
- 2.1.69 Consideran que la elevada rotación del personal técnico puede incidir en menor medida en la falta de motivación del servicio.
- 2.1.70 Consideran que la falta de competencia del personal puede incidir en menor medida en la falta de motivación del servicio.
- 2.1.71 Indican que tienen un menor grado de capacidad de intervención en la mejora o consecución del sentimiento de ser respetado por los compañeros para motivar al personal del servicio.
- 2.1.72 Indican que utilizan en menor grado la discusión global y permanente de temas para motivar al equipo del servicio en su conjunto.
- 2.1.73 Indican que atribuyen menor idoneidad a otorgar más autonomía para motivar al equipo en su conjunto.
- 2.1.74 Señalan que el personal de su servicio debería dedicar un menor número de horas al mes a la formación continuada.\*
- 2.1.75 Indica que el personal facultativo de su servicio dedica, en promedio, un porcentaje menor de horas a la docencia y a la investigación.

Los **jefes de servicio de perfil “exclusivamente clínico”** con sus respuestas al cuestionario se han distinguido de las de los demás perfiles de jefes de servicio en los siguientes aspectos:

- 2.1.76 Valoran que los condicionamientos legales limitan en un grado mayor sus iniciativas al frente del servicio.\*
- 2.1.77 Valoran que la dificultad para acceder a la tecnología adecuada limita en un grado mayor sus iniciativas al frente del servicio.\*
- 2.1.78 Consideran que establecer cuales son los estándares de trabajo durante el proceso asistencial depende en menor grado de su capacidad de decisión.\*
- 2.1.79 Consideran que tienen un grado de autoridad menor para tomar decisiones sobre el personal administrativo.
- 2.1.80 Consideran que tienen un grado de autoridad mayor para tomar decisiones sobre el personal facultativo.\*
- 2.1.81 Consideran que tienen un grado de autoridad menor para tomar decisiones sobre el personal subalterno.\*
- 2.1.82 Muestra un grado menor de acuerdo con que la planificación del servicio ha sido suficientemente discutida y consensuada por todos los agentes involucrados.\*

- 2.1.83 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, señala que “no” tiene priorizados los objetivos del servicio.\*
- 2.1.84 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, indica que “sí” cree en una gratificación personalizada.\*
- 2.1.85 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, cree que los datos que le solicita la dirección del centro “no” son los adecuados para reflejar la actividad del servicio.
- 2.1.86 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, indica que “sí” obtiene información a través de informes del personal de enfermería.
- 2.1.87 Indican ante unos datos inesperados tienen una menor capacidad para detectar los motivos por los que se producen.
- 2.1.88 Indican que ante unos datos no esperados tienen una menor capacidad para evitar que sigan produciéndose.
- 2.1.89 Indican que ante unos datos no esperados tienen una menor capacidad para corregirlos.
- 2.1.90 Indican que tiene un conocimiento menor de las técnicas estadísticas como herramienta de apoyo a la toma de decisiones.
- 2.1.91 Indican que estudian previamente en menor medida el medio más apropiado para que el mensaje a transmitir sea entendido.\*
- 2.1.92 Valoran en menor grado que la falta de claridad en el mensaje es una barrera a la comunicación efectiva en el servicio.
- 2.1.93 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, cree que “sí” es más rápido realizar personalmente el trabajo antes que explicar a los demás como lo quieren hecho.\*
- 2.1.94 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, “no” supervisa minuciosamente el trabajo de sus colaboradores, en comparación con los demás perfiles.
- 2.1.95 Consideran que el absentismo de algunos compañeros puede incidir en mayor medida en la falta de motivación del servicio.
- 2.1.96 Indican que tienen un menor grado de capacidad de intervención en la mejora o consecución del sentimiento de ser respetado por los compañeros para motivar al personal del servicio.
- 2.1.97 Indica que el personal facultativo de su servicio dedica, en promedio, un porcentaje menor de horas a la docencia y a la investigación.
- Los **jefes de servicio de perfil “gestor”** con sus respuestas al cuestionario se han distinguido de las de los demás perfiles de jefes de servicio en los siguientes aspectos:
- 2.1.98 Valoran que los condicionamientos legales limitan en un grado mayor sus iniciativas al frente del servicio.\*
- 2.1.99 Valoran que la dificultad para acceder a la tecnología adecuada limita en un grado mayor sus iniciativas al frente del servicio.\*

- 2.1.100 Consideran que establecer cuales son los estándares de trabajo durante el proceso asistencial depende en un grado mayor de su capacidad de decisión.\*
- 2.1.101 Consideran que tienen un grado de autoridad mayor para tomar decisiones sobre el personal facultativo.\*
- 2.1.102 Consideran que tienen un grado de autoridad menor para tomar decisiones sobre el personal de enfermería.\*
- 2.1.103 Creen que el alcance de la planificación del servicio debería ser menor al expresado por los demás perfiles.
- 2.1.104 Creen en que en mayor grado que realmente les corresponde la responsabilidad de planificar la actividad del servicio.
- 2.1.105 Atribuyen mayor utilidad al establecimiento de objetivos en relación a la satisfacción del cliente.
- 2.1.106 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, indica que los objetivos que pacta con la dirección del centro "no" han sido alcanzados con anterioridad.\*
- 2.1.107 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, indica que "no" cree en una gratificación personalizada.\*
- 2.1.108 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, "no" obtiene información a través de informes del personal de enfermería.
- 2.1.109 Indican que estudian previamente en mayor medida el medio más apropiado para que el mensaje a transmitir sea entendido.\*
- 2.1.110 Valoran en menor grado que la falta de claridad en el mensaje es una barrera a la comunicación efectiva en el servicio.
- 2.1.111 Valoran en menor grado que la vía de comunicación incorrecta es una barrera a la comunicación efectiva en el servicio.
- 2.1.112 Indican que dedicar tiempo a elaborar informes internos les impide gestionar su tiempo en un grado mayor.\*
- 2.1.113 Un porcentaje mayor en comparación con los demás perfiles, indica que "no" controla regularmente las tareas delegadas.\*
- 2.1.114 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, indica que "sí" supervisa minuciosamente el trabajo de sus colaboradores.
- 2.1.115 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás perfiles, considera que el acceso a la docencia y a la investigación "no" es un privilegio de determinados facultativos.

## 2.2 Variable independiente: Tipología de servicio del encuestado.

Características de los distintos grupos de encuestados según la tipología de servicio.

Encuestados que son **jefes de servicios quirúrgicos** con sus respuestas al cuestionario se han distinguido de las de los demás grupos de encuestados según su tipología en los siguientes aspectos:

- 2.2.1 Un mayor porcentaje indica que su organización "sí" realiza de forma rutinaria un control de gestión de su servicio.\*
- 2.2.2 Señalan que han de consultar en menor medida a su superior jerárquico las decisiones referentes a la organización de los recursos humanos.
- 2.2.3 Consideran que la escasez de personal cualificado limita en menor medida sus iniciativas al frente del servicio.
- 2.2.4 Consideran que la incorrecta distribución de los espacios físicos es una menor limitación a sus iniciativas al frente del servicio.\*
- 2.2.5 Consideran que sus propias limitaciones son una menor limitación a sus iniciativas al frente del servicio.\*
- 2.2.6 Señalan que depende en mayor medida de su capacidad de decisión establecer cuándo debe hacerse el trabajo en el servicio.\*
- 2.2.7 Señalan que depende en mayor medida de su capacidad de decisión establecer quién debe el trabajo en el servicio.\*
- 2.2.8 Indican que tienen un menor grado de autoridad para tomar decisiones sobre el personal de enfermería.\*
- 2.2.9 Indican que tienen una menor capacidad de decisión sobre el personal en aspectos relativos a la movilidad.
- 2.2.10 Indican que tienen una mayor capacidad de decisión sobre el personal en aspectos relativos a los incentivos.\*
- 2.2.11 Consideran que son responsables en mayor grado de la planificación actual del servicio.\*
- 2.2.12 Un porcentaje mayor considera que "no, es necesario" compartir su responsabilidad en la planificación del servicio con otros jefes de servicio, en comparación con los demás grupos de encuestados.\*
- 2.2.13 Atribuyen una mayor utilidad al establecimiento de objetivos en el área relativa a la calidad.
- 2.2.14 Indican que para controlar los procesos del servicio requieren una mayor cantidad de información relativa al planning diario individual de los miembros del equipo.
- 2.2.15 Indican que para controlar los procesos del servicio requieren una mayor cantidad de información relativa a los productos en stock.

- 2.2.16 Consideran que aumentar los incentivos puede facilitar en mayor medida la consecución de los objetivos.\*
- 2.2.17 Indican que al afrontar un problema se plantean en menor medida la precisión en la delimitación del mismo.
- 2.2.18 Indican que al afrontar un problema se plantean en mayor medida si el problema recae en su área de responsabilidad.\*
- 2.2.19 Indican que tienen un menor grado de conocimiento del árbol de decisiones como técnica para la toma de decisiones.
- 2.2.20 Indican que tienen un menor grado de conocimiento de la tormenta de ideas como técnica para la toma de decisiones.
- 2.2.21 Un mayor porcentaje indica que al delegar alguna de sus funciones “no” delimita claramente sus límites de decisión.\*
- 2.2.22 Indican que las posibilidades de desarrollo profesional pueden motivar en mayor grado al personal de su servicio.
- 2.2.23 Indican que participar en la formulación de criterios de incentivación puede motivar en mayor grado al personal de su servicio.
- 2.2.24 Indican que tienen una mayor capacidad de intervención personal para la mejorar las posibilidades de desarrollo profesional para motivar al personal de su servicio.
- 2.2.25 Indican que tienen una mayor capacidad de intervención personal para mejorar la participación en la formulación de criterios de incentivación para motivar al personal de su servicio.
- 2.2.26 Indican que el personal facultativo de su centro dedica una menor proporción de su tiempo total a actividades de docencia e investigación.
- Encuestados que son **jefes de servicios centrales y de apoyo** con sus respuesta al cuestionario se han distinguido de las de los demás grupos de encuestados según su tipología en los siguientes aspectos:
- 2.2.27 Consideran que la dificultad para acceder a la tecnología adecuada limita en mayor medida sus iniciativas al frente del servicio.
- 2.2.28 Indican que tienen una menor capacidad de decisión sobre el personal en aspectos relativos a los incentivos.\*
- 2.2.29 Un mayor porcentaje indica que atiende “a veces” las sugerencias del personal en relación a la planificación de su servicio.\*
- 2.2.30 Un mayor porcentaje indica que “no” pacta sus objetivos anuales con la dirección del centro.\*
- 2.2.31 Un mayor porcentaje señala que en su servicio en el caso de cumplir los objetivos “no” se obtiene ninguna gratificación.\*
- 2.2.32 Consideran que en su servicio los costes requieren un mayor grado de control.
- 2.2.33 Indican que para controlar los procesos del servicio requieren una mayor cantidad de información relativa a los productos en stock.



- 2.2.34 Un mayor porcentaje indica que “no” obtiene información a través del personal de enfermería para controlar los procesos.\*
- 2.2.35 Consideran que comunicarse a menudo con el personal implicado externo al servicio puede facilitar en mayor medida la consecución de los objetivos.
- 2.2.36 Consideran que aumentar los incentivos puede facilitar en menor medida la consecución de los objetivos.\*
- 2.2.37 Indican que al afrontar un problema se plantean en menor medida si el problema recae en su área de responsabilidad.\*
- 2.2.38 Indican que las posibilidades de desarrollo profesional pueden motivar en menor grado al personal de su servicio.
- 2.2.39 Indican que participar en la formulación de criterios de incentivación puede motivar en menor grado al personal de su servicio.
- 2.2.40 Indican que tienen una menor capacidad de intervención personal para la mejorar las posibilidades de desarrollo profesional para motivar al personal de su servicio.
- 2.2.41 Indican que tienen una menor capacidad de intervención personal para mejorar la participación en la formulación de criterios de incentivación para motivar al personal de su servicio.
- 2.2.42 Un mayor porcentaje indica que “sí” tiene identificadas las necesidades de formación continuada del personal de su servicio.

Encuestados que son **jefes de servicios de salud mental** con sus respuestas al cuestionario se han distinguido de las de los demás grupos de encuestados según su tipología en los siguientes aspectos:

- 2.2.43 Un mayor porcentaje indica que su organización “no” realiza de forma rutinaria un control de gestión de su servicio.\*
- 2.2.44 Señalan que han de consultar en mayor medida a su superior jerárquico las decisiones referentes a la organización de los recursos humanos.
- 2.2.45 Consideran que la dificultad para acceder a la tecnología adecuada limita en menor medida sus iniciativas al frente del servicio.
- 2.2.46 Indican que tienen un mayor grado de autoridad para tomar decisiones sobre el personal de enfermería.\*
- 2.2.47 Consideran que son responsables en menor grado de la planificación actual del servicio.\*
- 2.2.48 Un mayor porcentaje indica que atiende “siempre” las sugerencias del personal en relación a la planificación de su servicio.
- 2.2.49 Atribuyen una menor utilidad al establecimiento de objetivos en el área relativa a la calidad.
- 2.2.50 Consideran que en su servicio los costes requieren un menor grado de control.

- 2.2.51 Indican que para controlar los procesos del servicio requieren una menor cantidad de información relativa al planning diario individual de los miembros del equipo.
- 2.2.52 Indican que para controlar los procesos del servicio requieren una menor cantidad de información relativa a los productos en stock.
- 2.2.53 Consideran que comunicarse a menudo con el personal implicado externo al servicio puede facilitar en menor medida la consecución de los objetivos.
- 2.2.54 Consideran que aumentar los incentivos puede facilitar en menor medida la consecución de los objetivos.\*
- 2.2.55 Indican que al afrontar un problema se plantean en mayor medida la precisión en la delimitación del mismo.
- 2.2.56 Indican que tienen un mayor grado de conocimiento del árbol de decisiones como técnica para la toma de decisiones.
- 2.2.57 Indican que tienen un mayor grado de conocimiento de la tormenta de ideas como técnica para la toma de decisiones.
- 2.2.58 Indican que el revisar correo irrelevante les impide en menor grado gestionar su tiempo.
- 2.2.59 Un mayor porcentaje indica que normalmente “no” se lleva trabajo a casa.\*
- 2.2.60 Consideran que la cultura inmovilista del responsable puede incidir en menor medida en la falta de motivación del servicio.
- 2.2.61 Consideran que los conflictos interpersonales pueden incidir en menor medida en la falta de motivación del servicio.
- 2.2.62 Un mayor porcentaje indica que “no” tiene identificadas las necesidades de formación continuada del personal de su servicio.
- 2.2.63 Consideran que el personal de enfermería debería dedicar una menor cantidad de su tiempo a la formación continuada.
- Encuestados que son **jefes de servicios de especialidades clínicas** con sus respuestas al cuestionario se han distinguido de las de los demás grupos de encuestados según su tipología en los siguientes aspectos:
- 2.2.64 Consideran que la escasez de personal cualificado limita en mayor medida sus iniciativas al frente del servicio.
- 2.2.65 Indican que tienen una mayor capacidad de decisión sobre el personal en aspectos relativos a la movilidad.
- 2.2.66 Consideran que en su servicio los costes requieren un mayor grado de control.
- 2.2.67 Indican que el revisar correo irrelevante les impide en mayor grado gestionar su tiempo.
- 2.2.68 Consideran que la cultura inmovilista del responsable puede incidir en mayor medida en la falta de motivación del servicio.

- 2.2.69 Consideran que los conflictos interpersonales pueden incidir en mayor medida en la falta de motivación del servicio.
- 2.2.70 Indican que las posibilidades de desarrollo profesional pueden motivar en mayor grado al personal de su servicio.
- 2.2.71 Indican que tienen una mayor capacidad de intervención personal para la mejorar las posibilidades de desarrollo profesional para motivar al personal de su servicio.
- 2.2.72 Consideran que el personal de enfermería debería dedicar una mayor cantidad de su tiempo a la formación continuada.
- 2.2.73 Indican que el personal facultativo de su servicio dedica una mayor proporción de su tiempo total a actividades de docencia e investigación.

### 2.3 Variable independiente: Tipología de Comunidad Autónoma de los encuestados.

Características de los grupos de encuestados en función de si la comunidad autónoma donde ejercen su función directiva gestiona las competencias de sanidad desde antes o después de 1994.

Los **jefes de servicio de Comunidades Autónomas con competencias en Sanidad desde después de 1994** con sus respuestas al cuestionario se han distinguido de las de los demás jefes de servicio en los siguientes aspectos:

- 2.3.1 Un mayor porcentaje indica que "no" tiene una descripción de su puesto de trabajo donde aparecen deberes y responsabilidades.
- 2.3.2 Consideran que tienen un mayor grado de autoridad para tomar decisiones sobre el personal administrativo de su servicio.
- 2.3.3 Consideran que tienen un menor grado de autoridad paraciones sobre el personal en aspectos relativos a la contratación.
- 2.3.4 Consideran que tienen un menor grado de autoridad para tomar decisiones sobre el personal en aspectos relativos a la movilidad.
- 2.3.5 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, indica que en su centro "sí" existe contrato de gestión.
- 2.3.6 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, indica que "sí" pacta sus objetivos anuales con la dirección del centro.
- 2.3.7 Atribuyen menor utilidad al establecimiento de objetivos en el área de actividad asistencial.
- 2.3.8 Atribuyen menor utilidad al establecimiento de objetivos en el área de productividad.
- 2.3.9 Atribuyen menor utilidad al establecimiento de objetivos en el área de seguridad.
- 2.3.10 Atribuyen menor utilidad al establecimiento de objetivos en el desarrollo de nuevas actividades.

- 2.3.11 Atribuyen menor utilidad al establecimiento de objetivos en el área satisfacción del cliente.
- 2.3.12 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, indica que en el caso de cumplir los objetivos "sí" se recibe alguna gratificación.
- 2.3.13 Consideran que la calidad percibida requiere unos controles de menor prioridad.
- 2.3.14 Consideran que los costes requieren unos controles de menor prioridad.
- 2.3.15 Consideran que ante unos resultados no esperados tienen una menor capacidad para corregirlos.
- 2.3.16 Un mayor porcentaje indica que "no" ha tenido que rectificar nunca sus objetivos por causa de un cambio en la política sanitaria del Hospital / Centro.
- 2.3.17 Entienden que evitar el perfeccionismo es una medida que puede facilitar en menor grado la consecución de los objetivos del servicio.
- 2.3.18 Indican que al adoptar una solución valoran en menor medida quienes se verán beneficiados o perjudicados por la solución finalmente adoptada.
- 2.3.19 Indican que al adoptar una solución valoran en menor medida el impacto que esta tendría sobre el paciente.
- 2.3.20 Señalan que tras adoptar una decisión planifican en menor medida el medio de comunicación de esa decisión.
- 2.3.21 Consideran que el dedicarse a atender a visitantes no esperados les impide gestionar su tiempo en un grado menor.
- 2.3.22 Entienden que los beneficios económicos por actividades no asistenciales aportan un mayor nivel de motivación al personal del servicio.
- 2.3.23 Consideran que la discusión global y permanente de los temas en el servicio es una medida más idónea para motivar al equipo del servicio en su conjunto.

Los **jefes de servicio de Comunidades Autónomas con competencias en Sanidad desde antes de 1994** con sus respuestas al cuestionario se han distinguido de las de los demás jefes de servicio en los siguientes aspectos:

- 2.3.24 Un mayor porcentaje indica que "sí" tiene una descripción de su puesto de trabajo donde aparecen deberes y responsabilidades.
- 2.3.25 Consideran que tienen un menor grado de autoridad para tomar decisiones sobre el personal administrativo de su servicio.
- 2.3.26 Consideran que tienen un mayor grado de autoridad para tomar decisiones sobre el personal en aspectos relativos a la contratación.
- 2.3.27 Consideran que tienen un mayor grado de autoridad para tomar decisiones sobre el personal en aspectos relativos a la movilidad.
- 2.3.28 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, indica que "siempre" aborda los objetivos de su servicio de acuerdo a la priorización establecida.\*

- 2.3.29 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, indica que en su centro "no" existe contrato de gestión.
- 2.3.30 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, indica que "no" pacta sus objetivos anuales con la dirección del centro.
- 2.3.31 Atribuyen mayor utilidad al establecimiento de objetivos en el área de actividad asistencial.
- 2.3.32 Atribuyen mayor utilidad al establecimiento de objetivos en el área de productividad.
- 2.3.33 Atribuyen mayor utilidad al establecimiento de objetivos en el área de seguridad.
- 2.3.34 Atribuyen mayor utilidad al establecimiento de objetivos en el desarrollo de nuevas actividades.
- 2.3.35 Atribuyen mayor utilidad al establecimiento de objetivos en el área satisfacción del cliente.
- 2.3.36 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, indica que en el caso de cumplir los objetivos "no" se recibe ninguna gratificación.
- 2.3.37 Consideran que la calidad percibida requiere unos controles de mayor prioridad.
- 2.3.38 Consideran que los costes requieren unos controles de mayor prioridad.
- 2.3.39 Consideran que ante unos resultados no esperados tienen una mayor capacidad para corregirlos.
- 2.3.40 Un mayor porcentaje indica que "sí" ha tenido que rectificar alguna vez sus objetivos por causa de un cambio en la política sanitaria del Hospital / Centro.
- 2.3.41 Entienden que evitar el perfeccionismo es una medida que puede facilitar en mayor grado la consecución de los objetivos del servicio.
- 2.3.42 Indican que al adoptar una solución valoran en mayor medida quienes se verán beneficiados o perjudicados por la solución finalmente adoptada.
- 2.3.43 Indican que al adoptar una solución valoran en mayor medida el impacto que esta tendría sobre el paciente.
- 2.3.44 Señalan que tras adoptar una decisión planifican en mayor medida el medio de comunicación de esa decisión.
- 2.3.45 Consideran que el dedicarse a atender a visitantes no esperados les impide gestionar su tiempo en un grado mayor.
- 2.3.46 Entienden que los beneficios económicos por actividades no asistenciales aportan un menor nivel de motivación al personal del servicio.
- 2.3.47 Consideran que la discusión global y permanente de los temas en el servicio es una medida menos idónea para motivar al equipo del servicio en su conjunto.

## 2.4 Variable independiente: Tipología de centro de los encuestados

Características de los grupos de encuestados en función del tipo de centro donde desarrollan su función directiva.

Los **jefes de servicio de centros públicos pequeños** con sus respuestas al cuestionario se han distinguido de las de los jefes de servicio de las demás tipologías de centros en los siguientes aspectos:

- 2.4.1 Señalan que la elevada carga asistencial limita en un menor grado sus iniciativas al frente del servicio.
- 2.4.2 Indican que tienen un grado de conocimiento mayor del contrato de gestión de su centro.
- 2.4.3 Indican que conocen en mayor medida los objetivos de la dirección médica de su centro.
- 2.4.4 Indican que sus objetivos se relacionan en mayor medida con los objetivos de la dirección médica.
- 2.4.5 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, "sí" sabe si el personal de gestión de su servicio tiene definidos sus propios objetivos.
- 2.4.6 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, "sí" sabe si el personal subalterno de su servicio tiene definidos sus propios objetivos.
- 2.4.7 Atribuyen una mayor utilidad al establecimiento de objetivos en el área de los costes.\*
- 2.4.8 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, indica que sus objetivos "sí" tienen índices de medida que no son arbitrarios.\*
- 2.4.9 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, indica que "ninguno" de los objetivos que pacta con la dirección del centro han sido ya alcanzados.\*
- 2.4.10 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, indica que "sí" se reserva tiempos muertos en su agenda para atender problemas no previstos.\*
- 2.4.11 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, cree que si hubiera seleccionado personalmente al equipo del servicio "no" delegaría funciones con más frecuencia.\*
- 2.4.12 Consideran que la cultura inmovilista del responsable puede incidir en mayor grado en la falta de motivación del personal del servicio.
- 2.4.13 Consideran que la falta de congruencia con los objetivos de la organización puede incidir en mayor grado en la falta de motivación del personal del servicio.

Los **jefes de servicio de centros públicos medianos** con sus respuestas al cuestionario se han distinguido de las de los jefes de servicio de las demás tipologías de centros en los siguientes aspectos:



- 2.4.14 Atribuyen una menor utilidad al establecimiento de objetivos en el área de los costes.\*
- 2.4.15 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, indica que "sí" ha tenido que modificar sus objetivos a causa de la falta de dedicación a su seguimiento.
- 2.4.16 Señalan que una vez tomada una decisión planifican en mayor medida qué es lo que deben decir y a quien.
- 2.4.17 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, indica que "sí" se reserva tiempos muertos en su agenda para atender problemas no previstos.\*
- 2.4.18 Consideran que la cultura inmovilista del responsable puede incidir en menor grado en la falta de motivación del personal del servicio.
- 2.4.19 Consideran que la falta de congruencia con los objetivos de la organización puede incidir en menor grado en la falta de motivación del personal del servicio.
- 2.4.20 Consideran que el sentimiento de ser respetado por los compañeros puede tener una mayor capacidad para motivar al personal de su servicio.
- 2.4.21 Consideran que el aumento de influencia en el entorno puede tener una mayor capacidad para motivar al personal de su servicio.\*
- 2.4.22 Indican que tienen una mayor capacidad para conseguir motivar al personal de su servicio a través de un aumento de la influencia en el entorno.
- 2.4.23 Indican que tienen una mayor capacidad para conseguir motivar al personal de su servicio fomentando el sentimiento de ser respetado por los compañeros.
- Los **jefes de servicio de grandes centros públicos** con sus respuestas al cuestionario se han distinguido de las de los jefes de servicio de las demás tipologías de centros en los siguientes aspectos:
- 2.4.24 Señalan que la elevada carga asistencial limita en mayor medida sus iniciativas al frente del servicio.
- 2.4.25 Indican que tienen un grado de conocimiento menor del contrato de gestión de su centro.
- 2.4.26 Indican que conocen en menor medida los objetivos de la dirección médica de su centro.
- 2.4.27 Indican que sus objetivos se relacionan en un grado menor con los objetivos de la dirección médica.
- 2.4.28 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, "no" sabe si el personal subalterno de su servicio tiene definidos sus propios objetivos.
- 2.4.29 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, señala que "no" cree en un sistema de gratificación grupal por servicios.
- 2.4.30 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, cree que si hubiera seleccionado personalmente al equipo del servicio "sí" delegaría funciones con más frecuencia.\*

- 2.4.31 Consideran que el aumento de influencia en el entorno puede tener una menor capacidad para motivar al personal de su servicio.\*
- 2.4.32 Indican que tienen una menor capacidad para conseguir motivar al personal de su servicio a través de un aumento de la influencia en el entorno.
- 2.4.33 Indican que tienen una menor capacidad para conseguir motivar al personal de su servicio fomentando el sentimiento de ser respetado por los compañeros.

Los **jefes de servicio de centros privados** con sus respuestas al cuestionario se han distinguido de las de los jefes de servicio de las demás tipologías de centros en los siguientes aspectos:

- 2.4.34 Un mayor porcentaje indica que su organización "no" realiza de forma rutinaria un control de gestión de sus servicios.\*
- 2.4.35 Indican que tienen un grado de conocimiento menor del contrato de gestión de su centro.
- 2.4.36 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, señala que "no" pacta sus objetivos anuales con la dirección del centro.\*
- 2.4.37 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, "no" sabe si el personal de gestión de su servicio tiene definidos sus propios objetivos.
- 2.4.38 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, indica que sus objetivos "no" tienen índices de medida que no son arbitrarios.\*
- 2.4.39 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, indica que "no" se reserva tiempos muertos en su agenda para atender problemas no previstos.\*
- 2.4.40 Un porcentaje mayor, en comparación con los demás grupos, cree que si hubiera seleccionado personalmente al equipo del servicio "no" delegaría funciones con más frecuencia.\*
- 2.4.41 Consideran que la falta de congruencia con los objetivos de la organización puede incidir en mayor grado en la falta de motivación del personal del servicio.
- 2.4.42 Consideran que el aumento de influencia en el entorno puede tener una menor capacidad para motivar al personal de su servicio.\*

## 2.5 Variable independiente: Tamaño del centro de los encuestados.

Características asociadas al tamaño del centro donde los encuestados desarrollan su función directiva, medido en número de camas según el catálogo nacional de hospitales.

A medida que aumenta el tamaño del centro, los propios encuestados señalan que:

- 2.5.1 Disminuye el grado en que comparten su responsabilidad en la planificación del servicio con la dirección médica del centro.

- 2.5.2 Disminuye el grado en que comparten su responsabilidad en la planificación del servicio con la dirección de enfermería del centro.
- 2.5.3 Disminuye el grado en que comparten su responsabilidad en la planificación del servicio con la dirección de gestión del centro.
- 2.5.4 Disminuye su grado de conocimiento del contrato de gestión del centro.
- 2.5.5 Disminuye su grado de conocimiento de los objetivos de la dirección médica del centro.
- 2.5.6 Disminuye su capacidad, ante unos resultados no esperados, para evitar que sigan produciéndose.
- 2.5.7 Disminuye el grado en que se consideran informados por sus superiores jerárquicos.
- 2.5.8 Disminuye el grado en que consideran que la falta de competencia personal afecta a la motivación del servicio.
- 2.5.9 Disminuye el grado en que utilizan la dotación de infraestructuras necesarias para motivar al personal del servicio.

A medida que aumenta el tamaño del centro de los jefes de servicio, los propios encuestados señalan que:

- 2.5.10 Aumenta el grado en que la carga asistencial es una limitación en sus iniciativas al frente del servicio.
- 2.5.11 Aumenta la cantidad de información que necesitan sobre los productos en stock para controlar los procesos.

## 2.6 Variable independiente: Tamaño del servicio.

Características asociadas al tamaño del servicio del cual los encuestados son responsables, medido según el número de personas que componen el equipo del servicio.

A medida que aumenta el tamaño del servicio, los propios encuestados señalan que:

- 2.6.1 Aumenta el grado en que creen que el absentismo de algunos compañeros puede incidir en la falta de motivación del conjunto del servicio.
- 2.6.2 Aumenta el grado en que creen que la falta de competencia profesional afecta a la motivación del servicio.

A medida que aumenta el tamaño del servicio, los propios encuestados señalan que:

- 2.6.3 Disminuye el grado en que se identifican con la situación "escoger la situación más fácil o menos costosa".
- 2.6.4 Disminuye el grado en que recurren a informar al equipo sobre el progreso en la consecución de los objetivos para motivar al equipo.

Características asociadas al tamaño del servicio del cual los encuestados son responsables, medido según el número de personas que componen el equipo del servicio.

A medida que aumenta el tamaño del servicio, los propios encuestados señalan que:

- 2.6.1 Aumenta el grado en que creen que el absentismo de algunos compañeros puede incidir en la falta de motivación del conjunto del servicio.
- 2.6.2 Aumenta el grado en que creen que la falta de competencia profesional afecta a la motivación del servicio.

A medida que aumenta el tamaño del servicio, los propios encuestados señalan que:

- 2.6.3 Disminuye el grado en que se identifican con la situación "escoger la situación más fácil o menos costosa".
- 2.6.4 Disminuye el grado en que recurren a informar al equipo sobre el progreso en la consecución de los objetivos para motivar al equipo.



# 1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO







# 1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

## 1.1 Introducción

El presente informe es el documento final del proyecto de investigación de la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica sobre La Función del Jefe de Servicio en España. Este proyecto se enmarca en las actividades de investigación de la Cátedra. Actividades que, junto con la formación, la difusión y la promoción de la excelencia, constituyen los pilares sobre los que la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica se define como un referente para los profesionales clínicos en España en el ámbito de la gestión sanitaria.

Desde la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica entendemos que el puesto de jefe de servicio es decisivo en las organizaciones sanitarias y que apenas existe información relevante sobre el conjunto de factores que articulan la jefatura de servicio en nuestro país.

Parece incuestionable la tendencia, tanto a nivel nacional como internacional, de implicar cada vez más a los profesionales clínicos en la gestión y organización de los servicios sanitarios. En la actual estructura sanitaria, el Jefe de Servicio es la figura clave entorno a la cual se estructuran los servicios. Por tanto, entendemos que es necesario conocer el marco en el que realiza sus funciones, y muy especialmente conocer su percepción sobre su función directiva. En este contexto la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica se plantea como objetivo fundamental del proyecto analizar la percepción que los jefes de servicio tienen de su propia función directiva.

Con este informe se cierra el proyecto que se ha desarrollado entorno a las respuestas que un grupo de jefes de servicio ofrecieron a un exhaustivo cuestionario de forma desinteresada. El cuestionario fue diseñado para cubrir de forma integral todas las áreas que afectan de un modo u otro a la jefatura de servicio: desde la definición de objetivos, hasta la gestión del tiempo, pasando por la planificación estratégica y la dirección de personas.

La dirección de la Cátedra Pfizer entendió que los programas de formación dirigidos a jefes de servicio y responsables clínicos, que se venían organizando, suponían una fuente de información potencialmente muy valiosa sobre la realidad de la jefatura de servicio. De este modo, la conceptualización del proyecto de investigación aprovechó esa oportunidad y se diseñó un extenso cuestionario en el que los propios jefes de servicio debían relatar, a través de sus respuestas, tanto su labor dentro de la organización sanitaria, como las opiniones que ésta le suscitaba.

En 2003, ante la calidad de la información recopilada en las respuestas al cuestionario y ante el interés mostrado por los propios jefes de servicio, la Cátedra optó por publicar un informe preliminar elaborado a partir de la simple codificación y tratamiento de las respuestas de los jefes de servicio encuestados. Ahora tras analizar estadísticamente las respuestas se presenta este informe final que culmina la investigación destinada a conocer el modo en que los jefes de servicio en España entienden su función directiva.

En este informe se presentan los resultados obtenidos del análisis de las respuestas de un grupo de 116 jefes de servicio a un cuestionario formado por 113 preguntas. El análisis de estas respuestas ha tomado una doble forma: por un lado se ha reali-

zado una descripción exhaustiva de todas las respuestas de los jefes de servicio encuestados y por otro se ha realizado un análisis estadístico a partir de esas respuestas con el objetivo de comprender algunos condicionantes de las opiniones expresadas por los propios encuestados.

El análisis de esas opiniones expuestas por los jefes de servicio encuestados se ha llevado a cabo siempre con la precaución de no entender el conjunto de las respuestas como las de una muestra representativa de la población total de jefes de servicio del Sistema Nacional de Salud. El hecho de que los encuestados accedieran al cuestionario en función de su participación en la actividades formativas dirigidas a jefes de servicio de la Cátedra Pfizer, únicamente permite entender los resultados expuestos en este informe como una aproximación a la complejidad del objeto estudiado: la jefatura de servicio. Esta aproximación ha de suponer los cimientos sobre los que construir en el futuro una investigación más detallada sobre los aspectos más relevantes aquí identificados.

El informe que concluye la investigación se estructura entorno a tres partes claramente diferenciables. En primer lugar se presentaran brevemente los aspectos técnicos y metodológicos que han sustentado el proyecto, incluyendo el muestreo, el cuestionario y el análisis estadístico. En segundo lugar se describirán de forma exhaustiva las respuestas de los jefes de servicio encuestados a la totalidad del cuestionario que articula la investigación. Finalmente, el tercer apartado procederá a detallar aquellos aspectos más relevantes que el análisis estadístico de las mismas respuestas ha permitido observar.

## **1.2 Metodología**

Las características metodológicas de este proyecto de investigación sobre la jefatura de servicio vienen principalmente condicionadas por dos aspectos ya apuntados. Por un lado la ausencia de experiencias previas significativas, en el caso español, que orientaran la dirección del proyecto de investigación y, por otro, el proceso de selección de los encuestados. A continuación, en esta misma sección se presentarán tres tipos de información. En primer lugar se describirá brevemente la muestra de jefes de servicio encuestados, en segundo lugar se expondrán las características más relevantes, desde el punto de vista metodológico, de las preguntas que componían el cuestionario. Finalmente se procederá con mayor detalle a exponer las características de la investigación estadística realizada sobre las respuestas de los jefes de servicio que componen la muestra.

### **1.2.1 Descripción de la muestra**

Este proyecto forma parte de las actividades de investigación de la Cátedra Pfizer y se ha sustentado, en parte, en otra de las dimensiones de la cátedra, los programas de formación en gestión clínica.

Los jefes de servicio, cuyas repuestas se presentan en este informe, han asistido a alguno de los cursos de introducción a la gestión clínica que la Cátedra Pfizer viene realizando desde el año 2000.

Inicialmente, el cuestionario se entregaba a los asistentes a los cursos para que lo devolvieran por correo, una vez cumplimentado. A partir de mediados de 2002, se pasó a solicitar el cuestionario al final del curso. Esto ha hecho aumentar considerablemente el número de cuestionarios cumplimentados en los últimos meses del año 2002. Por consiguiente, el modo en que los encuestados han sido escogidos no puede considerarse de ningún modo fruto de un muestreo estadístico.

Este estudio en ningún momento busca representar la opinión del universo de jefes de servicio en España, si no que únicamente presentará la opinión de los 116 jefes de servicio encuestados. Las respuestas e informaciones contenidas en este informe deben, por tanto, matizarse y valorarse de acuerdo a esta limitada representatividad estadística.

El último aspecto a ser comentado, antes de pasar a la propia descripción del conjunto de la muestra, hace referencia a una deficiencia en el diseño del cuestionario. Éste, a pesar de ser minucioso en cuanto a los contenidos relativos a la actividad directiva de los encuestados, cubría con poca profundidad aspectos poblacionales relevante a efectos de la investigación, como podría ser: la edad y el sexo o la experiencia y formación específica en gestión.

A continuación describimos mediante tres factores el conjunto de la muestra:

- Especialidad médica de los jefes de servicio
- Clasificación de los centros a los que pertenecen los encuestados
- Comunidad Autónoma de procedencia de los jefes de servicio

### **Especialidad médica**

Los jefes de servicio que han respondido al cuestionario proceden de 20 especialidades distintas, como se puede apreciar en la tabla que sigue a continuación. Como la misma tabla muestra, los 116 encuestados no se distribuyen proporcionalmente entre éstas, sino que algunas especialidades cuentan con un mayor número de representantes. Los jefes de servicio de urología son el grupo con una mayor representación, 22 encuestados. Las especialidades de psiquiatría, cardiología y nefrología cuentan también con una nutrida representación, en todos los casos con más de diez jefes de servicio cada una. Un grupo de ocho especialidades cuenta con un único representante entre los jefes de servicio que respondieron al cuestionario. Finalmente, uno de los clínicos encuestados no indicó la especialidad a la que corresponde al cumplimentar el cuestionario.

**Tabla 0.1 Especialidad médica de los jefes de servicio encuestados**

Especialidades	Nº de jefes de servicio	%
Urología	22	19,13%
Psiquiatría	18	15,65%
Nefrología	18	15,65%
Cardiología	16	13,91%
Neurología	9	7,83%
Medicina Intensiva	6	5,22%
Neumología	5	4,35%
Farmacología Hospitalaria	4	3,48%
Hematología	3	2,61%
Cirugía	2	1,74%
Microbiología	2	1,74%
Oncología	2	1,74%
Análisis clínicos	1	0,87%
Anestesia	1	0,87%
Cirugía torácica	1	0,87%
Cuidados críticos y urgencias	1	0,93%
Enfermedades infecciosas	1	0,87%
Farmacología	1	0,87%
Medicina Interna	1	0,87%
Psicogeriatría	1	0,87%
Total	115	100%

Casos no disponibles

(1)

Puesto la mayor parte de las actividades académicas de la cátedra se organizan por especialidades resulta lógico que algunas hayan contribuido con un mayor número de jefes de servicio a la muestra. Esto se debe a razones ajenas al objeto del proyecto de investigación, simplemente se han celebrado un mayor número de ciertos cursos de gestión clínica en el ámbito de la Cátedra Pfizer.

### Clasificación de los centros de los jefes de servicio

La siguiente tabla presenta la información relativa al tamaño del centro en el que los jefes de servicio ejercen su función asistencial y directiva. Dada la gran disparidad de tamaños de centros se ha optado por describir a los encuestados agrupados en cuatro categorías basadas en el número de camas. El primer grupo lo forman aquellos jefes de servicio cuyos hospitales actúan en el sector público y son de tamaño pequeño -cuentan con un número de camas inferior a 300. El segundo grupo, correspondiente a centros públicos de tamaño mediano, está compuesto por los

encuestados que disponen en su centro de un número de camas comprendido entre 301 y 700 camas. Los centros de aquellos encuestados que disponen de más de 700 camas forman el tercer grupo que corresponde a los grandes centros públicos. La última categoría recoge aquellos jefes de servicio cuya labor se desarrolla en centros privados. Se ha decidido separar esta categoría, puesto que el número de camas de los centros privados no aporta la misma información a cerca del tamaño y relevancia del mismo que en el caso de los centros públicos.

**Tabla 0.2 Clasificación de los centros de los encuestados según el número de camas**

Tipos de centros	Nº de jefes de servicio	%
Centros públicos pequeños	16	13,55%
Centros públicos medianos	37	33,64%
Grandes centros públicos	42	38,18%
Centros privados	15	13,64%
Total	110	100%

Casos No disponibles

(6)

### Comunidad autónoma de procedencia del jefe de servicio

La tabla presentada a continuación muestra la distribución de los jefes de servicio de acuerdo a la comunidad autónoma en la que trabajan. En ésta, destaca claramente cómo algunas comunidades han aportado mayor número de clínicos al grupo de encuestados. Estas comunidades autónomas son las siguientes: Cataluña y Andalucía con 22 encuestados cada una, Madrid con 15 y Valencia que cuenta con 11 jefes de servicio encuestados. La sobre representación de estas comunidades autónomas guarda hasta cierto punto relación con el peso relativo de su población respecto a la del conjunto del estado.

**Tabla 0.3 Jefes de servicio clasificados en función de la comunidad autónoma de procedencia.**

Comunidades Autónomas	Nº de jefes de servicio	%
Cataluña	23	20,54%
Andalucía	23	20,54%
Madrid	15	13,39%
Valencia	11	9,82%
Canarias	7	5,65%
Galicia	6	5,36%
Castilla-León	5	4,46%
Castilla-La Mancha	5	4,46%
Asturias	4	3,57%
Navarra	3	2,68%
Aragón	2	1,79%
Murcia	2	1,79%
País Vasco	2	1,79%
Extremadura	1	0,89%
Cantabria	1	0,89%
La Rioja	1	0,89%
Total	112	100%

Casos no disponibles

(4)

### 1.2.2 Descripción del Cuestionario:

El cuestionario que los 116 jefes de servicio encuestados han cumplimentado consta de un total de 113 preguntas. Estas preguntas están agrupadas en 10 áreas o capítulos:

1. Análisis del servicio
2. Gestión del servicio
3. Planificación
4. Gestión por objetivos
5. Control
6. Toma de decisiones
7. Comunicación
8. Gestión del tiempo / Delegación de funciones
9. Motivación
10. Formación continuada. Docencia. Investigación

No todas las preguntas del cuestionario están formuladas de un mismo modo. En el cuestionario se encuentran cuatro tipos de preguntas distintas:

- Preguntas cerradas de formato dicotómico. En estas preguntas el encuestado tiene la opción de responder sí o no. El cuestionario dispone de preguntas individuales dicotómicas y de baterías de cuestiones en este formato.



- Preguntas cerradas ordinales y nominales. En ellas el encuestado ha de responder ajustando su respuesta a una escala de respuestas o a un número limitado de posibilidades. La mayoría de esta tipología presenta un formato de respuestas en escala Likert, con valores que van 1 a hasta 5. En este tipo de preguntas también encontramos preguntas individuales y preguntas agrupadas en tandas.
- Preguntas de respuesta numérica. En este tipo de pregunta cuantitativa los encuestados deben indicar un valor numérico en su respuesta. Se trata, por ejemplo, de preguntas en las que la respuesta ha de ser un número de personas, un número de horas o un porcentaje.
- Preguntas abiertas en las que el jefe de servicio es libre de responder como quiera a la pregunta. Este tipo de pregunta cualitativa en la mayoría de los casos aparece relacionada con alguna pregunta cerrada anterior ya sea dicotómica o de escala.

### 1.2.3 Análisis estadístico:

El análisis estadístico ha consistido en el escrutinio de las más de 300 variables derivadas de las 113 preguntas del cuestionario siguiendo la misma estructura que organizaba el propio cuestionario con el fin de presentar aquellas que ofrecen una información relevante. Para las preguntas incluidas en el análisis se resaltan dos tipos de información. Por un lado, las relaciones estadísticamente significativas, es decir aquellas surgidas de las respuestas de los encuestados al guardar relación con características de los propios encuestados. De estas se puede afirmar que no se deben al azar de las respuestas sino que obedecen a algún patrón o característica de los propios encuestados. Por otro lado, las relaciones entre las respuestas que aun cuando no puede ser confirmada su significación estadística, dada la información que revelan, merecen ser destacadas.

Para efectuar el análisis estadístico, como resulta obvio, se ha utilizado, fundamentalmente, la misma base de datos de jefes de servicio descrita en la sección anterior. Más del 90% de jefes de servicio encuestados que forman parte de la base de datos manipulada estadísticamente son los mismos cuyas respuestas son descritas en la sección correspondiente al análisis descriptivo, pero se optó por ampliar y depurar ligeramente la muestra para efectuar el análisis estadístico. Tras la publicación del Informe Preliminar del Proyecto de Investigación se tuvo la posibilidad de ampliar y perfeccionar la muestra de jefes de servicio encuestados antes de efectuar el análisis estadístico. De este modo el número total de jefes de servicio encuestados ha sido ampliado hasta 116. Se han incluido un total de 10 nuevos encuestados a la vez que se han excluido dos encuestados, por la baja calidad de sus respuestas. A pesar de esta ligera modificación en la muestra, en este informe se procederá al estudio estadístico de las respuestas asumiendo la descripción de las respuestas ya publicada en el informe preliminar y que aquí se presenta en el apartado correspondiente al análisis descriptivo de la función directiva de los jefes de servicio.

A continuación se presentan las variables independientes que han sido utilizadas para efectuar el análisis estadístico. En este proyecto de investigación sobre la función de los jefes de servicio en España las variables dependientes, vienen configuradas por las respuestas de los jefes de servicio al cuestionario, es decir la percepción que los jefes de servicio tienen de su función directiva.

### 1.2.3.1 Variables independientes

En toda investigación experimental a través de las variables independientes se busca entender o clarificar las diferencias observadas en el objeto de estudio. En este caso con las variables independientes se pretende comprender mejor las diferencias que se aprecian en las respuestas al cuestionario por parte de los jefes de servicio.

El cuestionario completado por los jefes de servicio era de unas dimensiones formidables, ya que buscaba cubrir todos los aspectos de la función directiva de un jefe de servicio. Como ya se ha comentado en el apartado anterior, a pesar de su formato exhaustivo existía una desproporción en el cuestionario entre el detalle con el que se cubrían los aspectos como la gestión por objetivos, la motivación, o la toma de decisiones, respecto a los aspectos poblacionales.

Las variables, que serán usadas como variables independientes, no formaban directamente parte del cuestionario, sino que procedían de la base de datos de asistencia a los cursos de gestión clínica donde los cuestionarios eran entregados a los jefes de servicio. Estas variables, cubren los siguientes aspectos:

- Especialidad médica del encuestado
- Tamaño del Centro (a partir del número de camas)
- Tipo de Centro (público o privado)
- Comunidad Autónoma del Centro

Ya se ha constatado que existe una gran dispersión en cuanto a la especialidad médica y a la comunidad autónoma de procedencia de los encuestados y por tanto no puedan ser usadas directamente como variables independientes. Esto se debe a que los encuestados cumplimentaron el cuestionario desinteresadamente al tomar parte en las actividades docentes de la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica y no como resultado de un muestreo representativo.

Para no perder esta información se ha optado por agrupar los encuestados en conjuntos homogéneos que permiten representar coherentemente algunos aspectos de ambas variables. Así por ejemplo, en el caso de la especialidad médica de los encuestados, véase la anterior **Tabla 0.1**, hasta 20 especialidades representadas en un grupo de 116 encuestados. De entre las especialidades sólo seis cuentan con más de cinco jefes de servicio y hasta nueve únicamente aportan a un jefe de servicio a la base de datos. De este modo, resulta metodológicamente equivocado intentar aislar relaciones entre las respuestas del cuestionario y, por ejemplo, la especialidad del servicio de los encuestados.

A continuación se presentan las variables independientes agrupadas en dos categorías por un lado aquellas obtenidas directamente del cuestionario, o de la base de datos de jefes de servicio de los asistentes a los cursos de gestión clínica de la Cátedra Pfizer, agrupadas bajo el epígrafe variables independientes directas. Por otra parte, las variables independientes indirectas o sintéticas que han sido construidas a partir de cálculos efectuados sobre las respuestas de los jefes de servicio encuestados.

## Variables independientes directas

El grupo de las variables independientes directas está formado por aquellas que provienen de la información directamente obtenida de las respuestas de los jefes de servicio en el cuestionario o de la base de datos relativa a los jefes de servicio que han asistido a los cursos ofrecidos en la Cátedra Pfizer.

### a) Especialidad

Esta variable independiente está referida a la especialidad médica del servicio del encuestado. De este modo los encuestados son clasificados a partir de la tipología de servicio y no de la especialidad médica del propio encuestado.

La inclusión de esta variable permitirá analizar si existen diferencias en las percepciones y actividades de dirección y de gestión que estén asociadas a la naturaleza del servicio. Cabe esperar, por proponer un ejemplo, que los servicios de psiquiatría difieran en gran medida de los de urología, no solo en los contenidos de los procesos de la atención a sus respectivos pacientes sino también en su gestión.

Como hemos comentado en la sección anterior la gran dispersión en las especialidades de los encuestados hace difícil el estudio de las diferencias en la gestión entre cada una de las especialidades. Para minimizar este problema, se han agrupado las especialidades de los servicios en cuatro grupos homogéneos:

**Tabla 0.4 Variable independiente: grupos de jefes de servicio según el tipo de servicio**

Comunidades Autónomas	Nº de jefes de servicio	%
Servicios Centrales y Apoyo	16	13,91%
Servicios Quirúrgicos	25	21,74%
Especialidades Clínicas	55	47,83%
Servicios de Salud Mental	19	16,52%
Total	115	100%

Casos no disponibles

(1)

En cada uno de ellos se han intentado agrupar los servicios de acuerdo a las características de los procesos terapéuticos propios de cada uno de ellos. Con esta agrupación se está asumiendo que esta similitud en los procesos terapéuticos puede darse también en las características de su gestión y, por tanto, en las percepciones de los jefes de servicio respecto a su función y actividad directiva.

### b) Tamaño del Centro Hospitalario

El tamaño de la organización en la que se enmarca el servicio es un factor que puede influir decisivamente en la gestión que se realiza del mismo. En el caso de los servicios hospitalarios, ante la manifiesta falta de delimitación por parte de las autoridades sanitarias de cuáles son las responsabilidades de los puestos de jefe de servicio, el tamaño del centro podría afectar aspectos tales como la capacidad de negociación con otros directivos, el grado de corporativismo dentro y fuera del servicio, etcétera.

Ante la falta de una clasificación unívoca y actualizada de los centros hospitalarios españoles, que pondere todos los aspectos que permitieran una clasificación categórica de los encuestados según su centro, se ha optado por tomar el número de camas como indicador. El tamaño del centro hospitalario en el que está inscrito el servicio de cada uno de los encuestados se ha establecido en base al número de camas. Los datos relativos a esta variable independiente provienen del Catálogo Nacional de Hospitales gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. A cada uno de los jefes de servicio se le ha asignado el número de camas recogido en el catálogo para su centro hospitalario.

La variable referida al tamaño del hospital se utiliza en dos formatos distintos a lo largo del análisis de las respuestas de los encuestados. Por un lado como variable continua numérica, es decir a cada jefe de servicio se le asigna el número de camas de que consta su centro hospitalario. Por otro lado se recurre a una variable categórica de 4 grupos:

**Tabla 0.5 Variable independiente: tipo de centro según número de camas y propiedad de acuerdo con el Catálogo Nacional de Hospitales.**

Tipo de centro	Nº de jefes de servicio	%
Centros públicos pequeños, de hasta 300 camas	16	14,55%
Centros públicos medianos, de 301 hasta 700 camas	37	33,64%
Grandes centros públicos, de más de 700	42	38,18%
Centros privados	15	13,64%
Total	110	100%

Casos no disponibles

(6)

En esta categorización se optó por aislar los centros privados, de gestión y propiedad privada, según el catálogo nacional de hospitales, por dos razones. En primer lugar, con la separación de centros públicos y privados se añade una dimensión fundamental al análisis que es el estudio de las diferencias que se producen en la dirección de servicios entre los centros públicos y privados, si es que se produce alguna.

En segundo lugar, el tamaño del centro, es decir el número de camas, no informa del mismo modo sobre los centros privados que sobre los centros públicos en muchos de los componentes del centro, como por ejemplo la disponibilidad de medios tanto humanos, como materiales o tecnológicos; las posibilidades en la gestión de personal; las posibilidades de modificación en los modelos de gestión del mismo, etcétera.

### c) Comunidad Autónoma del Centro del Jefe de Servicio

El sistema sanitario español, a diferencia de otros sistemas sanitarios europeos, ha experimentado un paulatino proceso de descentralización. Actualmente todas las Comunidades Autónomas gestionan sus propias competencias sanitarias. De este modo, los centros hospitalarios en la actualidad se rigen en buena parte por legislación

e impulso político autonómico. Los servicios de los hospitales han visto en mayor o menor grado como esta descentralización ha afectado tanto a su entorno, el hospital, como al propio servicio, regulación laboral. Por esta razón se ha decidido integrar la Comunidad Autónoma de cada servicio dentro de los factores que pueden incidir en las diferencias entre las percepciones y actividades de los jefes de servicio en España. La **Tabla 0.3** presentada en el apartado donde se describía la muestra de los jefes de servicio encuestados ofrece el desglose de los jefes de servicio encuestados en función de la comunidad autónoma donde se encuentra su centro de trabajo.

Debido a la ausencia de un muestreo, no se ha producido una selección representativa de encuestados por comunidades autónomas. Por esto, y para no descartar completamente este factor de incidencia en las respuestas de los encuestados se han agrupado los jefes de servicio en dos conjuntos. Se han clasificado a los jefes de servicio encuestados según si sus respectivas Comunidades Autónomas recibieron las competencias en materia de sanidad antes o después de 1994 (año de la última transferencia antes de la disolución del INSALUD). Así, por un lado están las comunidades del régimen general que recibieron las transferencias en materia de Sanidad en el año 2002 y por otro lado aquellas que accedieron a las competencias en materia de Sanidad hasta 1994.

- Comunidades Autónomas que cuentan con competencias en gestión sanitaria previas a 1994:

Cataluña, País Vasco, Navarra, Andalucía, Galicia, Comunidad Valenciana y las Islas Canarias.

- Comunidades Autónomas que cuentan con competencias en gestión sanitaria desde 2002:

Asturias, Aragón, Islas Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia.

**Tabla 0.6 Variable independiente: Grupos de jefes de servicio según las competencias de sanidad de su comunidades autónomas**

	Nº de jefes de servicio	%
Transferidas después de 1994	37	33,33
Transferidas antes de 1994	74	66,67
Total	111	100

Casos no disponibles

(5)

#### **Variables independientes indirectas o sintéticas:**

Bajo el epígrafe de variables independientes indirectas o sintéticas incorporamos aquellas dos variables que nos pueden ser de gran utilidad para entender los elementos diferenciadores entre las respuestas de los jefes de servicio. Como variables independientes se han considerado dos: el tamaño del servicio y la tipología de jefe de servicio según las respuestas que los encuestados han dado cuando se les ha preguntado sobre sus actividad al frente del servicio.

Como se ha comentado, la principal característica diferenciadora de estas variables respecto a las recogidas en el apartado anterior es que estas están construidas directamente a partir de algunas de las respuestas de los jefes de servicio recogidas en el cuestionario. A través de la simple suma de cinco respuestas, o de un complejo procedimiento estadístico, se han confeccionado valores de estas dos variables para cada uno de los encuestados.

Estas variables presentan beneficios e inconvenientes respecto a las anteriores. El principal beneficio es la superación de los inconvenientes derivados de la ya mencionada ausencia de muestreo. Al no depender del proceso de selección de los encuestados sino de las respuestas directamente no se produce un desequilibrio en la distribución de las mismas, como por ejemplo en el caso de las especialidades médicas; así como tampoco en una excesiva dispersión entre las distintas categorías, como en el caso de la variable relativa a las comunidades autónomas de procedencia de los encuestados. Esta superación se debe también a que las valoraciones de las dos variables sintéticas son coherentes para todos los tipos de jefes de servicio, independientemente de la especialidad o centro en el que trabajen o en que residencia este el centro hospitalario.

Estos beneficios no han de obviar algunos problemas que surgen de utilizar este tipo de variables independientes. El más destacado de estos problemas proviene de las relaciones de causalidad equivocadas. Al tratarse estas respuestas del cuestionario como variables independientes no se ha de asumir directamente como origen de causalidad de las variables dependientes puesto que ambas provienen de las respuestas de un mismo encuestado.

#### a) Tamaño del servicio

El tamaño del servicio es claramente un factor que incide en las prácticas de gestión del mismo por parte de su responsable así como en las percepciones que tiene este de sus responsabilidades y de su entorno. Resulta obvio que la gestión de un servicio compuesto por un pequeño equipo de trabajadores y un volumen de pacientes reducidos diferirá en muchos aspectos de un gran servicio que a demás de actividad asistencial dedica muchos esfuerzos a la investigación y a la docencia de postgrado.

Puesto que en el cuestionario no se incluían preguntas relativas a aspectos económicos o materiales del servicio que sirvieran para cuantificar el tamaño del servicio se ha recurrido a los cinco apartados de la pregunta 1.11 del cuestionario. En ella se pedía a los encuestados que indicaran el número de personas que componían su equipo de trabajo según cinco categorías profesionales: personal facultativo, personal de enfermería, personal administrativo, personal subalterno y otro tipo de personal.

Para obtener un indicador sobre el tamaño de los servicios decidimos calcular el número de trabajadores que componen cada uno de las categorías para aproximar el número total de trabajadores del equipo de cada uno de los encuestados. De este modo obtenemos una variable independiente numérica que permite, hasta cierto punto, comparaciones, salvando, en parte, obstáculos como son las diferencias entre especialidades o en el tamaño de centro. Al tiempo que se recurre a una variable explicativa numérica que facilita el análisis estadístico en una investigación con una muestra reducida, como el caso que nos ocupa.

A pesar de las buenas cualidades de esta variable sintética presenta un inconveniente relacionado con la redacción de la pregunta del cuestionario y otro con la delimitación del tamaño del servicio. En primer lugar, la redacción de la pregunta se formulaba refiriendo al “tipo de personal que compone tu equipo de trabajo”, refiriéndose al del jefe de servicio encuestado. De este modo algunos de los jefes de servicio pueden haber discriminado entre trabajadores por no considerar que formaban parte de “su equipo” bien fuera porque nominalmente no formaran parte del servicio o bien porque no colaboran en el trabajo en “equipo” bajo la óptica del encuestado. En segundo lugar, el concepto de tamaño del servicio es claramente más amplio que sencillamente el número de trabajadores que hay en él. Otros aspectos como el volumen del presupuesto, los recursos materiales o la tecnología disponible deberían considerarse al evaluar el tamaño del servicio. Sin embargo esta información no está a disposición de la investigación y por tanto se ha considerado que el tamaño del equipo supone una correcta aproximación, a efectos de este estudio, del tamaño de un servicio.

Aunque estos dos factores resultan importantes se ha decidido seguir adelante con esta variable e incluirla en el grupo de variables independientes en el análisis de las percepciones de los jefes de servicio sobre su función directiva.

#### b) Perfiles de jefe de servicio según su actividad

No todos los jefes de servicio abordan de la misma manera su labor al frente del servicio. Como ya ha sido mencionado, la jefatura de servicio no es una posición con obligaciones y responsabilidades definidas de forma universal en la sanidad española. En buena medida cada jefe de servicio asigna esas responsabilidades a su puesto, a menudo en función de los requerimientos del centro, de la tradición del servicio y otras restricciones impuestas. Pero también a partir de su estilo y los conocimientos de que dispone para afrontar los distintos aspectos englobados la jefatura de servicio: la vertiente de gestión, la asistencial, la docencia, etc.

La creación de una variable sintética permite comprobar hasta que punto distintos perfiles de jefes de servicio, según el modo en que abordan la dirección del servicio, entienden y perciben de forma distinta su función directiva. Para crear la variable sintética se utilizan las respuestas de los jefes de servicio a una pregunta sobre las actividades que consumen el tiempo de su jornada laboral.

Para ello se asigna a cada uno de los jefes de servicio encuestados a un perfil, que tienen características homogéneas en cuanto a su actividad. Estos perfiles han sido definidos a través de la aplicación de la técnica de análisis de conglomerados a las respuestas de los jefes de servicio encuestados a la pregunta 2.1 del cuestionario:

**Pregunta 2.1.** ¿Podrías indicar, aproximadamente, qué porcentaje de tu jornada laboral típica dedicas a las siguientes actividades? Actividades:

- Actividades de gestión clave en el funcionamiento,
- Actividades de asistencia,
- Actividades docentes,
- Actividades de investigación,
- Actividades burocráticas no relevantes,
- Otras actividades



**Tabla 0.7 Resumen de estadísticos del porcentaje de la jornada laboral dedicado a las principales actividades de un jefe de servicio**

	Media	Desv. típica	Mínimo	Máximo	Casos Válidos	Casos Perdidos
Actividades de gestión claves en el funcionamiento	24,23%	15,96	0%	70%	114	2
Actividades de asistencia	44,90%	21,07	0%	90%	114	2
Actividades docentes	9,97%	6,47	0%	30%	114	2
Actividades de investigación	8,39%	7,84	0%	40%	114	2
Actividades burocráticas poco relevantes	10,62%	11,41	0%	75%	114	2

El análisis de conglomerados es una técnica estadística de clasificación que en este caso ha clasificado a los jefes de servicio de acuerdo a cinco grupos o conglomerados. Dentro de cada uno de estos grupos se encuentran jefes de servicio con respuestas similares a la batería de preguntas acerca de su actividad diaria.

Estos conglomerados agrupan grupos homogéneos de encuestados en función de sus actividades diarias. En la siguiente tabla vemos el promedio del porcentaje de tiempo que dedican en su jornada laboral a cada una de las actividades los jefes de servicio de ese grupo, estas medias son los denominados “centros de los conglomerados” y a partir de estos centros se puede interpretar cada uno de los conglomerados desde un punto de vista analítico.

La **Tabla 0.8** presenta los promedios de las respuestas a la pregunta original de los encuestados de cada uno de los grupos. En ella se observa como en cada uno de los cinco conglomerados se identifican patrones de actividad claramente definidos y por tanto definen distintos perfiles de jefatura de servicio.

**Tabla 0.8 Porcentaje del tiempo dedicado por los jefes de servicio de cada conglomerado a las actividades: Centros de los conglomerados (media).**

	Conglomerados de jefes de servicios				
	1º	2º	3º	4º	5º
Actividades de gestión claves en el funcionamiento	48,77%	18,75%	22,06%	20,29%	10,17%
Actividades de asistencia	26,15%	25,18%	50,65%	24,41%	71,02%
Actividades docentes	8,85%	6,61%	10,16%	17,65%	7,63%
Actividades de investigación	7,50%	5,54%	7,61%	19,71%	4,73%
Actividades burocráticas poco relevantes	7,77%	36,79%	9,84%	10,88%	5,83%
Nº de jefes de servicio en cada conglomerado	(26)	(7)	(31)	(17)	(32)

El primer grupo, en promedio, dedica casi la mitad de su tiempo a la gestión de aspectos clave para el funcionamiento del servicio. Es destacable que este grupo dedica más del doble de su tiempo a actividades de gestión que todos los demás grupos. Así mismo este grupo dedica un cuarto de su tiempo a actividades de asistencia.

El segundo grupo de encuestados tiene como principal actividad labores de carácter burocrático a las que dedican por término medio un 36,79%. Este grupo, dedica también, un 25,18% a la asistencia médica y un 18,75% a la gestión de actividades clave. Dado el muy reducido número de jefes correspondientes a este grupo será excluido para que no incida en la calidad estadística de los análisis.

El tercer grupo lo forman 31 encuestados cuyo patrón de actividades se aproxima claramente a la media del conjunto de todos los encuestados. Su principal actividad es la asistencia médica, a la que dedican de media algo más de la mitad de su tiempo, el 50,65%. Las actividades de gestión comprenden un 22,06% del tiempo mientras que la docencia y la investigación en conjunto representan otro 17,77% de la jornada típica.

El siguiente grupo, el cuarto, es el que distribuye de forma más homogénea el tiempo del que dispone. Ninguna de las actividades ocupa en promedio más del 30% del tiempo ni menos del 10%. Este grupo destaca especialmente por invertir claramente más que cualquier otro a actividades de docencia, el 17,65% del tiempo, y de investigación, el 19,71%. También destaca los niveles relativos de dedicación que para este grupo tienen para la asistencia médica y la gestión de su servicio, un 24,41% y un 20,29. Es por tanto el grupo en que estas dos actividades aparecen con un promedio de dedicación más similar.

Finalmente, el quinto grupo se configura como el de mayor concentración en una sola actividad, la asistencia médica. Los jefes de servicio que componen este grupo dedican por término medio a esta actividad un 70% de su jornada diaria, dejando algo más del 10% de su tiempo para la gestión.

Para simplificar la referencia a lo largo del informe a los cinco grupos recién identificados se ha decidido asignar a cada uno de estos grupos a un perfil de actividad. Estos "perfiles" no pretenden capturar todas las dimensiones apreciadas en cada uno de los grupos, y mucho menos establecer ningún juicio de valor sobre los grupos de encuestados que los componen. Tienen pues un fin identificativo y simplificador. Los perfiles asignados a cada uno de los conglomerados están recogidos junto a cada uno de ellos en la **Tabla 0.9**.

**Tabla 0.9 Perfiles asignados los conglomerados**

Conglomerado	Nº de jefes Perfil	de servicio
1º	"Gestor"	26
2º	"Burocrático"	7
3º	"Clínico"	31
4º	"Docente e Investigador"	17
5º	"Exclusivamente clínico"	32
<b>Casos válidos</b>		<b>113</b>
<b>Casos perdidos</b>	<b>(3)</b>	

La técnica de análisis de conglomerados aplicada para identificar los conglomerados o perfiles se fundamenta en parte en un proceso subjetivo de discriminación de otras distribuciones de conglomerados, que serían matemáticamente correctos. La clasificación expuesta es la que manteniendo un número relativamente bajo de perfiles permitía una interpretación de cada uno de ellos en relación al objetivo de estudio, la función directiva de los jefes de servicio. Así con esta clasificación se puede observar como buena parte de los encuestados compaginan en su actividad diaria las tres vertientes de la jefatura de servicio, la dimensión clínica, la de gestión y la académico-científica.

A modo de conclusión de este apartado dedicado a la descripción de las variables independientes hay que mencionar que se han realizado contrastes estadísticos entre las propias variables independientes. Siendo conscientes del considerable potencial para la correlación entre éstas, se han contrastado entre si todas las variables independientes presentadas y no se ha podido identificar en la muestra utilizada la existencia de ninguna relación estadísticamente relevante entre ellas.

### 1.2.3.2 Técnicas estadísticas

En esta última sección introductoria se presenta de forma concisa aquellas técnicas estadísticas utilizadas para efectuar el análisis de las respuestas de los jefes de servicio encuestados, a la luz de las variables independientes recién descritas. Se ha recurrido a tres técnicas sencillas para el análisis de las relaciones entre las variables: Análisis de varianza (ANOVA), análisis de contingencia (tablas de contingencia) y análisis de regresión.

El análisis de varianza es una técnica que permitirá comparar los promedios de las respuestas de grupos de jefes de servicio encuestados. En esta técnica se estudian las diferencias que se producen entre las categorías de una variable independiente en los promedios de una variable dependiente numérica o de escala. Por ejemplo se comprobará si los jefes de servicio de los distintos tipos de servicio (servicios de especialidades quirúrgicas, especialidades clínicas o salud mental) valoran de forma diferenciada el grado en que la dificultad de acceso a la tecnología adecuada es una limitación en su labor como jefe de servicio.

Para presentar los resultados relevantes de cada análisis de varianza se ha optado por simplificar toda la presentación en una tabla de estadísticos descriptivos de la variable dependiente sometida ANOVA. En ésta se presentaran los promedios, desviaciones típicas y número de encuestados para cada uno de los grupos a la pregunta estudiada. En aquellos casos en que la relación sea estadísticamente relevante se reflejará el valor del estadístico relevante y su significación estadística (Estadístico F para los grupos de varianzas homogéneas y estadístico Brown-Forsythe para aquellas variables que no han superado el test de homogeneidad de varianza). Para concretar entre que grupos se materializan las diferencias estadísticas se ha recurrido a dos contrastes "post hoc" de las diferencias estadísticas. Estos contrastes se han realizado bajo los criterios de Gabriel y Hochberg.

El análisis de contingencia permite estudiar la relación existente entre dos variables cuyas posibles opciones son categorías. Por ejemplo esta técnica permitirá estudiar si hay diferencias en el número de jefes de servicio de los cuatro tipos de centro que tienen identificadas las necesidades de formación continuada de su servicio.

Los resultados de los análisis de esta técnica se presentarán en un formato de tabla de contingencia o tabla de doble entrada. En cada una de las casillas se presentaran el número de jefes de servicio que corresponde a esa combinación así como el porcentaje que representan sobre el total de jefes encuestados (por ejemplo, 8 jefes de servicio de centros privados, el 48%, dice que si tiene identificadas las necesidades de formación).

De igual modo que en el análisis de varianza se ha optado por simplificar la presentación de los resultados recurriendo sólo a la tabla de doble entrada con el número de casos y el porcentaje por fila de cada una de las casillas. En cada caso el estudio estadístico de las relaciones entre las dos variables se ha efectuado a partir de los estadísticos Chi-Cuadrado de Pearson, Phi y V de Cramer. En aquellas relaciones estadísticamente significativas se presentan los valores y significación de los correspondientes estadísticos. Para la identificación de entre que categorías se han materializado las relaciones significativas se ha recurrido al cómputo de los residuos ajustados y corregidos de cada una de las celdas de la tabla de contingencia.

Finalmente, el análisis de regresión es la técnica que ha arrojado un menor grado de significación estadística, dadas las limitaciones formales de la muestra. Con la regresión lineal aquí utilizada se evalúa la relación entre dos o más variables numéricas siendo una de ellas dependiente y las demás independientes. Por ejemplo el análisis de regresión permite establecer si existe alguna relación entre el grado en que los jefes de servicio conocen los objetivos de la dirección médica de su centro respecto al el número de camas que tiene su hospital o en relación al número de personas que componen su servicio.

A diferencia de las demás técnicas utilizadas, la regresión no se presenta con una tabla autoexplicativa sino a partir de los estadísticos y parámetros fundamentales que presentan la relación entre las variables. Para cada modelo de regresión analizada se ha recurrido a una tabla con los coeficientes de relación lineal del modelo, los estadísticos de independencia (Estadístico F) y una tabla con los parámetros de la función de regresión.



## 2. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO







## 2. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA PERCEPCIÓN DE LOS JEFES DE SERVICIO SOBRE SU FUNCIÓN DIRECTIVA

En esta parte del Informe sobre la función directiva de los jefes de servicio en España se describen con detalle las respuestas de un grupo de jefes de servicio encuestados al exhaustivo cuestionario sobre esa función directiva, que desarrollan en sus respectivos servicios.

Antes de pasar a presentar las respuestas de los encuestados la sección que sigue a continuación describe el modo en que serán descritas las respuestas, puesto que, como se ha mencionado en el apartado correspondiente a la descripción del cuestionario, los encuestados se han enfrentado a cuatro tipologías de preguntas. Las respuestas a cada uno de los tipos de preguntas seguirá el mismo patrón a lo largo de todo el cuestionario:

- Las respuestas a preguntas dicotómicas se presentan primero, mostrando las frecuencias y porcentajes de respuesta sí y no. En segundo lugar, a las preguntas individuales les seguirá un diagrama de sectores con los porcentajes. Por el contrario, las baterías de cuestiones dicotómicas serán representadas por un diagrama de barras comparando los porcentajes de respuestas afirmativas y negativas al conjunto de cuestiones de la batería.
- Las preguntas cerradas también presentarán primero una tabla con las frecuencias y los porcentajes de respuesta para cada categoría. Además, en el caso de que se trate de una pregunta en forma de escala, otra tabla presentará los indicadores estadísticos de las respuestas a esa pregunta: media, moda, mediana y desviación típica. La representación gráfica de estas preguntas dependerá de si se trata de una pregunta individualizada o de una batería de éstas. En las primeras un diagrama de barras representará el porcentaje de respuestas a cada una de las categorías de las respuestas. En el caso de las baterías éstas serán representadas por un gráfico de barras mostrando la media de las respuestas a cada uno de los apartados de la batería de las preguntas.
- Las preguntas con respuesta numérica se presentan en primer lugar por un resumen estadístico de las respuestas que constará de: media, moda, mediana, desviación típica, máximo y mínimo. Seguidamente, cada una de las preguntas se acompaña de un histograma para visualizar la distribución de las respuestas de los encuestados.
- Las preguntas de formato abierto se presentan introduciendo una tabla con todas las respuestas apuntadas por los encuestados. En estas tablas se incluirá junto a cada una de las respuestas la especialidad y la comunidad autónoma de procedencia del encuestado.

Aquellas preguntas del cuestionario que incluyen al final de una batería de cuestiones un apartado abierto en el que los jefes de servicio podían indicar otro factor o aspecto incluyen una tabla adicional. Estas tablas adicionales siguen el mismo formato que el de las preguntas abiertas.

Las tablas con las frecuencias y porcentajes, así como los gráficos y resúmenes estadísticos, están elaborados a partir de las respuestas válidas. Así, todos los porcentajes recogidos en cada uno de los apartados son los porcentajes de respuestas válidas de 108 encuestados y por tanto no incluyen una categoría de no sabe/ no contesta. Por esta razón el número total de jefes de servicio que responden a cada pregunta podrá ser inferior a 108, el número de encuestados.

Finalmente cabe destacar que la descripción de las respuestas de los encuestados se seguirá el mismo orden en el que se desarrolla el cuestionario, agrupándolas también por capítulos. Al comienzo de cada capítulo se presenta un resumen con las áreas temáticas más relevantes analizadas en él.





## 2.1 ANÁLISIS DEL SERVICIO





## 2.1. ANÁLISIS DEL SERVICIO

Con esta pregunta el cuestionario buscaba que los propios jefes de servicio reflexionaran acerca de las responsabilidades que su cargo comporta. Como la relación completa de respuestas permite apreciar, **tabla 1.1**, los encuestados entendieron de forma diversa el sentido de la pregunta. Un grupo mayoritario de los clínicos interpretó sus áreas de responsabilidad en sentido genérico, refiriéndose en sus respuestas a responsabilidades generales como son: la gestión, la asistencia, la docencia y la investigación. Otro grupo de los encuestados entendió que las áreas en las que tiene responsabilidad directa a las que la pregunta se refería consistían en los distintos aspectos concretos asistenciales de su servicio y, en consecuencia, detallan aquellas actividades asistenciales que se desarrollan en su servicio.

**Pregunta 1.1 ●**  
 ¿Cuáles son las áreas en las que tiene responsabilidad directa y hasta qué punto la conoce?

**Tabla 1.1 Áreas en las que los jefes de servicio tienen responsabilidad directa y grado de conocimiento de éstas (1=Nada, 5=Total).**

Jefe de servicio	Especialidad y CCAA del encuestado	Área	Grado	Área	Grado	Área	Grado	Área	Grado	Área	Grado	
1	Análisis Clínicos	MA	Organización	5	Calidad	5	Gestión	2	Gestión de	2		
2	Anestesia	CT	Qurófano	4	Reanimación	3	Hospital del día	2	Unidad del dolor	5	Preoperatorios	4
3	Cardiología	CM	Organización	4	Asistencia	4	Docencia	4	Investigación	3		
4	Cardiología	MA	Asistencial	4	Gestión	3	Docencia	4	Investigación	3		
5	Cardiología intensivos	AN	Cuidados	5	Urgencias	3						
6	Cardiología	AN	Hospitalización	5	Consultas externas	4	Hemodinámica	3	Registros externos	4		
7	Cardiología	IC	Asistencial	4	Investigación	5	Docencia	4	Gestión	2		
8	Cardiología	GA	Cardiología	4	Marcapasos	4						
9	Cardiología	AR	Hospitalización	5	Consulta externa	5	Hemodinámica	5	Electrofisiología-	3		
10	Cardiología	CM	Gestión unidad cardiología	4	Dirección unidad cardiología	5	Calidad unidad cardiología	3	RRHH	2	Recursos materiales	3
11	Cardiología	MA	Asistencial	5	Organizativa	4	Gestión	2	RRHH	1	Control	3
12	Cardiología	VA	Clínica	5	Clínica quirúrgica	4	Prueba esfuerzo	3	Hemodinámica	2	Ecocardiografía	2
13	Cardiología	VA	Hospitalización	4	Consultas externas	4	Urgencias	4				
14	Cardiología	AS	Cardiología	4								
15	Cardiología	VA	Hospitalización	4	Consulta externas	4	Exploraciones no consultas	4	Hemodinámica	3	Electro	3
16	Cardiología	AN	Cardiología clínica	3	Rehabilitación cardíaca	4						
17	Cardiología	GA	Planificación recursos	3	Organización asistencial	3						
18	Cardiología	MA	Cardiología	4	Trasplante cardíaco	4						
19	Cirugía	IC	Cirugía torácica	5								
20	Cirugía	CA	Qurófano	4	Dispensario	4	Hospitalización	4	Admisiones	4		
21	Cirugía Torácica	MU	Asistencial	5	Docente	3	Investigadora	4	Gestión	3		



**Tabla 1.1 Áreas en las que los jefes de servicio tienen responsabilidad directa y grado de conocimiento de éstas (1=Nada, 5=Total).(Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y CCAA del encuestado		Área		Grado		Área		Grado		Área		Grado	
22	Cuidados Críticos y Urgencias	CA	Cuidados críticos	5	Urgencias	5								
23	Enfermedades Infecciosas	AN	Enfermedades Infecciosas	4										
24	Farmacia	MA	Dirección Gestión	3	Gestión clínica de farmacoterapia	3	Preparación	3	Dispensación	4	Información	4		
25	Farmacia Hospitalaria	MA	Gestión	5	Farmacoterapia	5	RRHH	3						
26	Farmacia Hospitalaria	CA	Gestión de personal	4	Gestión de compras	5	Gestión de stocks	5	Utilización racional formación	5				
27	Farmacia Hospitalaria	CA	Gerencia	4	Gestión de compras	4	Dispensación	4						
28	Farmacia Hospitalaria	LR	Gestión RRHH y materiales; servicio	4	Técnica	4	Clínico asistencial	4	Asesora	4	Docente investigadora	4		
29	Ginecología y Obstetricia	-	Organización del trabajo	2	Aplicación de responsabilidades sobre facultativos y enfermeras	3								
30	Medicina Intensiva	AN	Asistencial	4										
31	Medicina Intensiva	VA	Medicina Intensiva	5										
32	Medicina Intensiva	IC	Contratación	2	Formación personal	2	Lista de espera	3						
33	Medicina Interna	AN	Asistencial	4	Gestión clínica	4	Equipamiento	3	RRHH	4				
34	Microbiología	NA	Investigación clínica	5	Consultas externas	5	Hospitalización	5	Laboratorio	5	Docencia	5		
35	Microbiología	VA	Selección métodos de trabajo	4	Utilización recursos materiales	3	Estilo en la relación otros servicios	3						
36	Nefrología	CA	Servicios	4	RRHH	3	Presupuesto	5	Actividades	5	Tecnología	4		
37	Nefrología	MU	Nefrología	5										
38	Nefrología	CM	Asistencial	5	Recursos materiales	4	Docencia	4	Investigación	3	Gestión	2		
39	Nefrología	VA	Asistencial	5	Docente	4	Investigadora	4	Gestión organización	3				
40	Nefrología	CA	Nefrología	5										
41	Nefrología	CA	Asistencial	4	Docente	4	Investigación	4						
42	Nefrología	PV	Gestión de servicios	5	Consulta pretrasplante	4	Consulta diálisis	4	Consulta general	3	Área de hospitalización	3		
43	Nefrología	AN	Hemodiálisis	4	Diálisis peritoneal	4	TX renal	3	IR Crónica	4	Nefrología	3		
44	Nefrología	MA	Asistencia	4	Investigación	4	Docencia	4	Gestión	3	Mejoras de Calidad	3		
45	Nefrología	NA	Consultas externas	4	Hospitalización	5	Hospital dedía	4	Diálisis	4	Urgencias	3		
46	Nefrología	AN	Asistencial	5	Docente	5	Investigadora	5	Gestión	4				
47	Nefrología	CL	Jefe sección nefrológica	4										

**Tabla 1.1 Áreas en las que los jefes de servicio tienen responsabilidad directa y grado de conocimiento de éstas (1=Nada, 5=Total).(Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y CCAA del encuestado		Área		Grado		Área		Grado		Área		Grado		Área		Grado	
48	Nefrología	AN	Asistencia nefrológica integral para una población de 500.000 habitantes exceptuando trasplante renal	3														
49	Nefrología	EX	Planta	4	Hemodiálisis	4	Diálisis peritoneal	4	Transplante	4	Consulta externa	4						
50	Nefrología	CA	Hemodiálisis	4	Diálisis peritoneal	4	Hospitalización	4	Consultas externas	4	Urgencias nefrológicas	4						
51	Neumología	IC	Asistencial															
52	Neumología	MA	Asistencial	4	Docencia	4	Investigación	4	Gestión	4								
53	Neumología	NA	Hospitalización	4	Consulta	5	Urgencias	2	Patología respiratoria y de sueño	4	Atención respiratoria domiciliar	3						
54	Neumología	MA	Asistencial	5	Docencia	4	Investigación	3	Gestión	3								
55	Neumología	CA	Unidad de hospital de día (Departamento de neumología)	5	Área de consultas externas	4												
56	Neurología	AN	Gestión	2	Comunicación	3	Control	3	Toma de decisiones	4	Formación continua	4						
57	Neurología	CA	Organización del dispensario	5	Protocolización	3	Horarios (tiempos) consulta	4	Permisos a facultativos	4	Rotación personal	5						
58	Neurología	CA	Asistencial	5	Organización	4	Gestión	2										
59	Neurología	GA	Atención ambulatoria	4	Atención Hospitalaria	4	Técnicas Exploración	4										
60	Neurología	CA	Formación	4	Gestión	2	RRHH	3	Administración	2								
61	Neurología	MA	Unidad de trastornos cognitivos	4														
62	Neurología	VA	Hospitalización	4	Consultas	4												
63	Neurología	AR	Neurología	3	Patologías cerebrovasculares	4												
64	Neurología	AN	Hospitalización	4	Consultas externas	3	Pruebas funcionales	4										
65	-	AN	Asistencial	5	Hospitalización	5	Consulta	5										
66	-	-	Asistencial	5	Técnica	5	Socio-familiar	4										
67	Oncología	MA	Asistencia	4	Docencia	3	Investigación clínica	4	Gestión clínica	2	Investigación básica	2						
68	Oncología	VA	Organización asistencial	4	Organización científica	4	Organización docencia	4	Organización personal auxiliar	3								
69	Psicogeriatría	CA	Gestión	3	Asistencial	4												
70	Psiquiatría	AN	Salud mental (psiquiatría)	4														

**Tabla 1.1 Áreas en las que los jefes de servicio tienen responsabilidad directa y grado de conocimiento de éstas (1=Nada, 5=Total).(Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y CCAA del encuestado	Área	Grado	Área	Grado	Área	Grado	Área	Grado	Área	Grado	
71	Psiquiatría	AS	Gestión de personal	4	Clinica	4						
72	Psiquiatría	PV	Hospitalización adultos	4	Hospitalización infarto-juvenil	4	Interconsultas	4	Urgencias	4	Consulta externa	4
73	Psiquiatría	IC	Dirección programa	4	Rehabilitación psicosocial	3	Programa intervención familiar esquizofrenia	4				
74	Psiquiatría	CA	Urgencias	4	Hospitalización de agudos	4	Interconsultas	2				
75	Psiquiatría	CA	Organización del trabajo	3	Formación continuada	4	Vacaciones y permisos	3				
76	Psiquiatría	AS	Hospitalización	5	Urgencias	3	H. de día	2				
77	Psiquiatría	MA	Docencia	4	Investigación	4	Asistencia	4	Gestión	4		
78	Psiquiatría	MA	Atención ambulatoria	5	Urgencias ambulatorias	5	Urgencias judiciales	4				
79	Psiquiatría	CA	Gestión asistencial (actividad clínica)	3	Gestión humana	3						
80	Psiquiatría	CA	Hospitalización convencional psiquiátrica	5	Hospitalización parcial (Hosp. de día) psiqui.	5	Hospitalización a domicilio psiquiátrica	3				
81	Psiquiatría	CM	Organización de tareas	4	Asignación puestos y tareas	4	Docencia					
82	Psiquiatría	AN	Hospitalización	4	Asistencia comunitaria	4	Infantil	4				
83	Sección	-	Urología de Andrología	3	Andrología general	4						
84	UCI Quirúrgica	CA	Asistencial	5	Investigación	4	Docencia	4	Gestión	4		
85	Urología	CL	Consultas externas	4	Hospitalización	4	Urgencias	4	Hospital de día	4	Quirófano y endoscopias	4
86	Urología	GA	Gestión de incentivos	2	Distribución tareas	3						
87	Urología	CM	Asistencial	4	Docente	4	Preventiva	4				
88	Urología	VA	Consultas externas	4	Quirúrgica	5	Planta hospitalaria	4	Financiera-Compras	2	Administrativa	3
89	Urología	VA	Consultas externas	5	Hospitalización	5	Quirúrgica	5	Exploraciones comple.	4	De tratamiento no quirúrgico	5
90	Urología	CA	Clinica	5	Organización	3	RRHH	2				
91	Urología	MA	Consultas	5	Hospitalización	5	Quirúrgica	5	Exploraciones comple.	4	Urgencias	5
92	Urología	AS	Asistencial	5	Organizativa	3						
93	Urología	CL	Consultas externas	5	Quirófano	4	Planta urología	4	Urgencias guardias	4		
94	Urología	CL	Planificación general	4	Área quirúrgica	4	Consultas	4	Hospitalización	4		

**Tabla 1.1 Áreas en las que los jefes de servicio tienen responsabilidad directa y grado de conocimiento de éstas (1=Nada, 5=Total).(Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y CCAA del encuestado	Área	Grado	Área	Grado	Área	Grado	Área	Grado	Área	Grado	
95	Urología	AN	Gestión Clínica	4	Gestión Personal	2	Gestión asistencial	5				
96	Urología	CA	Urología básica	5	Andrología	5	Neurourología	5	Oncología urológica; trasplante renal			
97	Urología	AN	Lista de espera	5	Intervenciones quirúrgicas	5	Consulta externa	5	Planta	5	Sala ecografía	5
98	Urología	-	Actividad asistencial	5	Objetivos del servicio	5	Objetivos comunes hosp.	4				
99	Urología	-	Hospitalización	4	Quirófanos	4	Consultas externas	4	Urgencias	4	Exploraciones especiales	4
100	Urología	AN	Asistencia	4	Formación	4	Calidad	4	Presupuesto	4	Planificación organización	4

Esta pregunta pretende conocer si el elemento que vincula al profesional con la organización, la definición del puesto de trabajo, es conocido por los jefes de servicio. La **tabla 1. 2** muestra que cerca de dos tercios de los encuestados, no disponen de una descripción de las tareas y responsabilidades que comporta su puesto al frente del servicio.

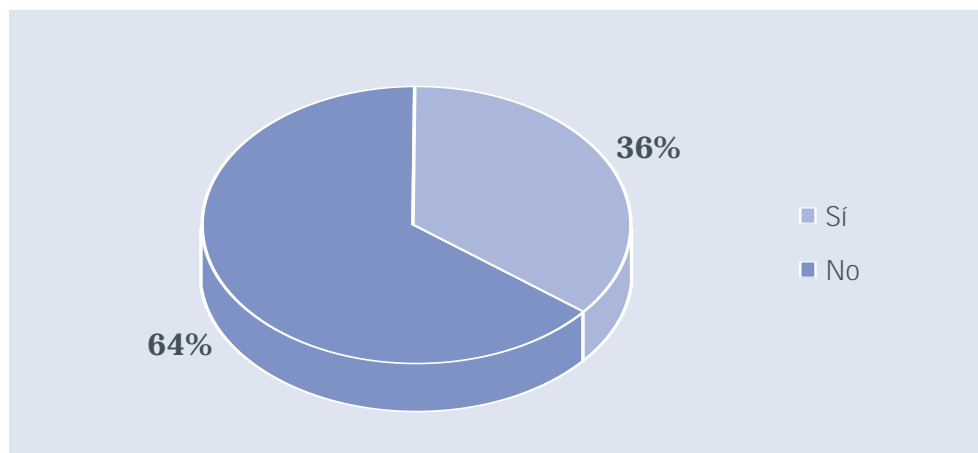
### Pregunta 1.2

¿Tiene una descripción de su trabajo en la que aparezcan deberes y responsabilidades?

**Tabla 1.2 Número de jefes de servicio que disponen de una descripción de su trabajo donde aparecen deberes y responsabilidades**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Tienes una descripción de tu trabajo en que aparezcan deberes y responsabilidades?	37	35,4%	66	64,9%	103

**Gráfico 1.1 Representación del porcentaje de jefes de servicio que disponen de una descripción en la que aparecen deberes y responsabilidades.**



### ● **Pregunta 1.3**

¿Podría hacer un esquema de la organización jerárquica de su servicio?

Teniendo estos factores en cuenta se ha optado por presentar todas las respuestas que han ofrecido los encuestados, especificando, para cada uno especialidad y comunidad autónoma.

Los distintos enfoques con que los encuestados han respondido a la pregunta, induce a pensar que ésta no estaba adecuadamente redactada. La pregunta, como indica el enunciado, solicitaba del encuestado que realizara un esquema de la organización jerárquica del servicio. Las casillas para responder proponían que se ordenara de mayor a menor jerarquía y también la responsabilidad de cada cargo. Algunos de los jefes de servicio sólo respondieron asignando un número a cada cargo de los propuestos. Otros, indicando el número de personas que ostentan cada cargo, mientras que algunos más elaboraron un esquema jerárquico a parte.

La falta de unidad, al interpretar el sentido de la pregunta, hace que este apartado no recoja ninguna de las respuestas ofrecidas por los encuestados puesto que, en primer lugar, debería seleccionar una interpretación de las propuestas como correcta y rechazaría las demás, induciendo por ello a confusión. Al mismo tiempo, la representación, en forma de tablas y gráficos de las respuestas, resultaría muy poco clara y su inclusión introduciría un elemento de confusión más que una información precisa.

Las respuestas a esta pregunta, recogidas en las **tablas 1.3 y 1.4**, permiten apreciar la gran diversidad en los contenidos asistenciales de los servicios de los encuestados. De la **tabla 1.3** se extrae un mínimo común denominador de la mayoría de los servicios. El 90% de ellos cuentan con actividad asistencial asociada a las consultas externas y a la hospitalización. Un porcentaje ligeramente menor cubre también la atención de urgencias, el 86%. La atención de pacientes en hospital de día es una actividad propia de algo más del 58% mientras que sólo el 24% de los servicios de los encuestados incluye entre sus áreas de actividad la atención domiciliaria

### ● **Pregunta 1.4**

¿Podría identificar las áreas de actividad asistencial de su servicio?

**Tabla 1.3 Áreas de actividad asistencial identificadas por los jefes de servicio.**

	Sí	No	Total
Consultas externas	95	10	105
	90,5%	9,52%	100%
Hospitalización	103	31	06
	97,2%	2,83%	100%
Urgencias	89	14	103
	86,4%	13,6%	100%
Hospital de día	59	42	101
	58,4%	41,6%	100%
Atención domiciliaria	24	73	97
	24,7%	75,3%	100%

Ante la opción de apuntar otras áreas de actividad asistencial de su servicio, 60 jefes de servicio han completado su respuesta con otras actividades. Como era previsible, entre los aspectos apuntados como más destacados, encontramos la referencia a las actividades quirúrgicas en aquellos servicios que las realizan, y, también, técnicas diagnósticas o de tratamiento usadas por cada una de las especialidades.

**Tabla 1.4 Otras áreas de actividad asistencial del servicio identificadas por los jefes de servicio.**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Áreas
1	Cardiología CM	Pruebas complementarias
2	Cardiología MA	Diagnóstico invasivo y no invasivo, intervenciones
3	Cardiología IC	Consultas extra-hospitalarias
4	Cardiología GA	Pruebas especiales
5	Cardiología AR	Pruebas complementarias: ECO, electrofisiología y cardiología intervencionista
6	Cardiología AS	Hemodinámica
7	Cardiología VA	Exploraciones como centro de referencia
8	Cardiología AN	Exploraciones
9	Cardiología GA	Pruebas diagnósticas
10	Cardiología MA	40 trasplantes cardíacos al año
11	Cirugía IC	Quirófano
12	Cirugía CA	Quirófano
13	Cirugía Torácica MU	Quirófanos
14	Enfermedades Infecciosas AN	Consultas telefónicas
15	Farmacia Hospitalaria CA	Elaboración de fórmulas magistrales
16	Farmacia Hospitalaria LR	Otros centros
17	Ginecología y Obstetricia -	Paritorio, quirófano
18	Medicina Intensiva VA	Especialidad de medicina intensiva mal definida, varía según hospitales y regiones
19	Medicina Intensiva IC	Otras áreas de actividad el 10% del tiempo
20	Microbiología NA	Investigación y docencia
21	Microbiología VA	Área de salud
22	Nefrología MU	Trasplante y diálisis
23	Nefrología CM	Hemodiálisis y diálisis peritoneal
24	Nefrología VA	Hemodiálisis
25	Nefrología CA	Procedimientos ambulatorios y central de enfermería
26	Nefrología PV	Interconsultas
27	Nefrología AN	Diálisis
28	Nefrología MA	Unidad de diálisis
29	Nefrología AN	2 Unidades de hemodiálisis

**Tabla 1.4 Otras áreas de actividad asistencial del servicio identificadas por los jefes de servicio. (Cont)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado		Áreas
30	Nefrología	CL	Diálisis
31	Nefrología	AN	Hemodiálisis e interconsultas
32	Nefrología	CA	Hemodiálisis y diálisis peritoneal
33	Neumología	IC	Quirófano
34	Neumología	MA	Endoscopias y pruebas funcionales
35	Neumología	MA	Técnicos
36	Neumología	CA	Laboratorio del sueño, fisioterapia y endoscopia
37	Neurología	CA	Programas de formación y comunicación con médicos de familia
38	Neurología	CA	Unidad de demencias (reciente creación)
39	Neurología	GA	Técnicas de diagnóstico
40	Neurología	VA	Pruebas
41	Neurología	AR	Docente universitaria
42	Neurología	AN	Pruebas funcionales
43	-	AN	Interconsultas
44	Oncología	MA	Investigación y docencia
45	Psiquiatría	AS	Rehabilitación
46	Psiquiatría	CA	Centro de día, CEI, Pisos asistidos
47	Psiquiatría	PV	Interconsultas con hospital general
48	Psiquiatría	CA	Interconsultas
49	Psiquiatría	AS	Interconsulta hospitalaria
50	Psiquiatría	MA	Derivaciones y justificación a centros de larga estancia. Apoyo a servicios sociales
51	Psiquiatría	CA	Atención comunitaria y centro de salud
52	Psiquiatría	AN	Apoyo de consultoría a la Asistencia Primaria
53	Urología	GA	Litotricia y urodinámica
54	Urología	CM	Biopsias, urodinámicas, lestoscopias, etc.
55	Urología	IC	Exploraciones especiales
56	Urología	VA	Quirúrgica
57	Urología	MA	Quirófanos, exploraciones complementarias
58	Urología	AS	Las urgencias consisten en un médico de guardia localizable desde las 15h. El hospital de día no se utiliza salvo para aplicar citostáticos
59	Urología	AN	Consultas extrahospitalarias, urodiagnosis, extracciones renales
60	Urología	-	Urodinámica y ecografía



La **tabla 1.5** muestra cómo más del 70% de los encuestados entienden que se realiza una labor de control sobre su gestión al frente del servicio. Así mismo el 27% de los jefes de servicio considera que su organización no controla su gestión del servicio de forma rutinaria.

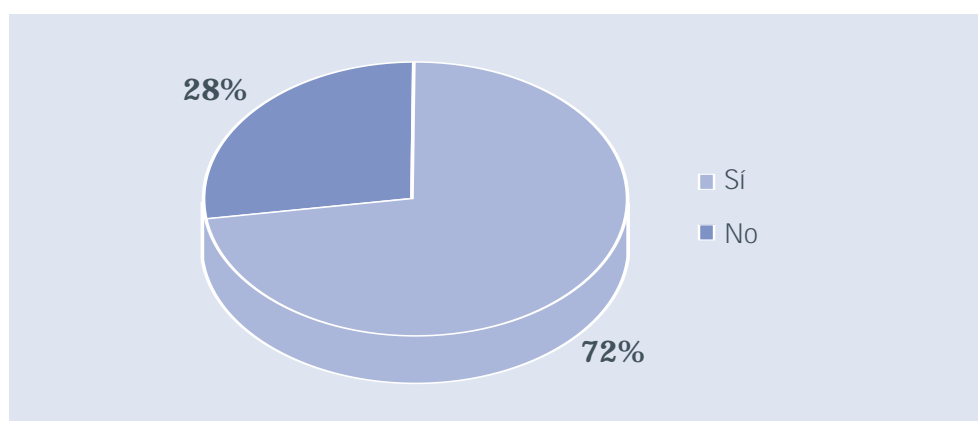
### Pregunta 1.5 ●

¿Realiza la organización, de forma rutinaria, un control de gestión de su servicio?

**Tabla 1.5 Número de jefes de servicio que manifiestan que su organización realiza de forma rutinaria un control de gestión de su servicio.**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Realiza la organización de forma rutinaria un control de gestión de tu servicio?	76	72.4%	29	27.6%	106

**Gráfico 1.2 Representación de la proporción de jefes de servicio cuya organización realiza un control de gestión de su servicio.**



La **tabla 1.6** recoge las respuestas a la cuestión relativa a la frecuencia del control de gestión que realiza la organización sobre la labor del jefe de servicio. Observando la periodicidad de ese control, se aprecia que no existe un único patrón de supervisión. Aún siendo mayoritaria la revisión mensual de la gestión, 43'5%, no deja de destacar que casi un 30% de los jefes de servicio apunta que ese control se realiza cada seis o doce meses (5,9% y 23,5%, respectivamente).

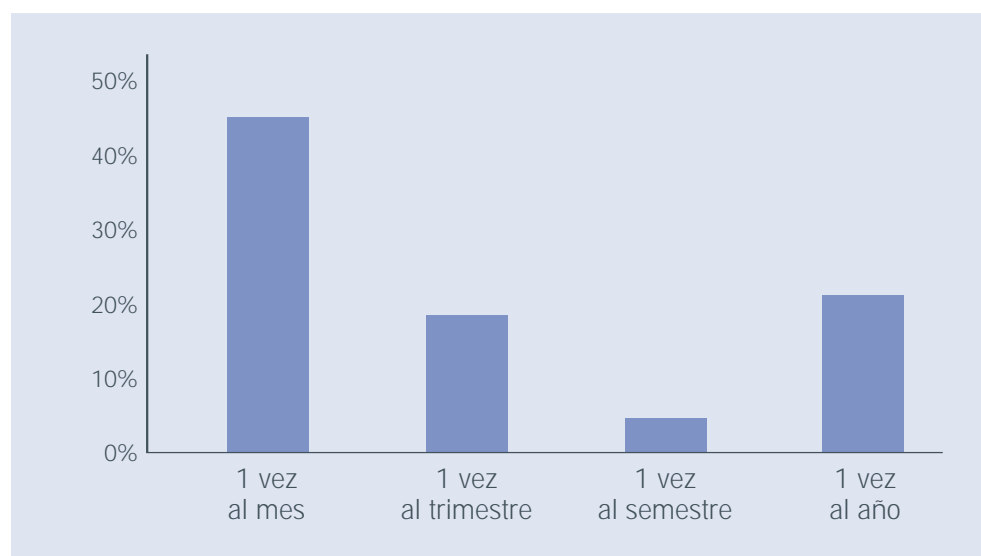
### Pregunta 1.6 ●

En caso afirmativo, ¿cada cuánto tiempo?

**Tabla 1.6 Frecuencia con la que la organización realiza el control de gestión del servicio.**

	N	%
1 vez al mes	37	43.5%
1 vez al trimestre	18	21,2%
1 vez al semestre	5	5.9%
1 vez al año	20	23.5%
Total	80	100%

**Gráfico 1.3 Representación de la frecuencia del control de gestión del servicio por parte de la organización.**



**Pregunta 1.7**

¿En qué medida necesita consultar a su superior jerárquico las decisiones referentes a los aspectos mencionados antes de adoptarlas?

Los jefes de servicio encuestados muestran con sus respuestas diferentes niveles de autonomía, en función del área sobre la que estén decidiendo. Las decisiones relativas a aspectos de la organización asistencial, se toman, frecuentemente, por los jefes de servicio, sin contrastar su decisión con sus superiores. Por el contrario, las decisiones sobre los recursos materiales disponibles requieren de la confirmación de los superiores según la mayoría de los entrevistados. En lo que refiere a la organización de los recursos humanos, se perfilan dos grupos diferenciados entre los encuestados, uno aparentemente más autónomo en sus decisiones en esta área, y otro, más numeroso, que depende, para las decisiones en esta área, de otros niveles de la organización.

La **tabla 1.7** muestra, por un lado, a una mayoría del 74% que dice consultar “poco” o “nada” en referencia a los aspectos asistenciales. Por otro lado, un 68% de los jefes de servicio consultan con sus superiores “bastante” o “mucho” aspectos de provisión de material o equipamiento. La organización de los RRHH muestra una doble tendencia: un 51% declara que consulta “bastante” o “mucho” con sus superiores, mientras que un 39% dice hacerlo “poco” o “nada”. Esta dualidad en el conjunto de los encuestados, no parece estar relacionada con ninguna de las características de los mismos.

**Tabla 1.7 Grado en el que los jefes de servicio necesitan consultar a su superior jerárquico antes de adoptar distintas decisiones.**

Decisiones	Nada	Poco	Medio	Bastante	Mucho	Total
Referentes a la organización de los RRHH	14 13%	28 25,9%	11 10,2%	13 12%	42 38,9%	108 100%
Referentes a la organización asistencial	35 32,4%	45 41,6%	11 10,2%	14 13%	3 2,8%	108 100%
Referentes a provisión de material o equipo	4 3,7%	12 11,1%	19 17,6%	35 32,4%	38 35,2%	108 100%

La pregunta permitía identificar “otras” decisiones. Del total de encuestas, 12 han apuntado algunas decisiones más allá de las que el cuestionario proponía, según recoge la **tabla 1.8**.

**Tabla 1.8 Otros tipos de decisiones que los jefes de servicio necesitan consultar a sus superiores jerárquicos antes de adoptarlas.**

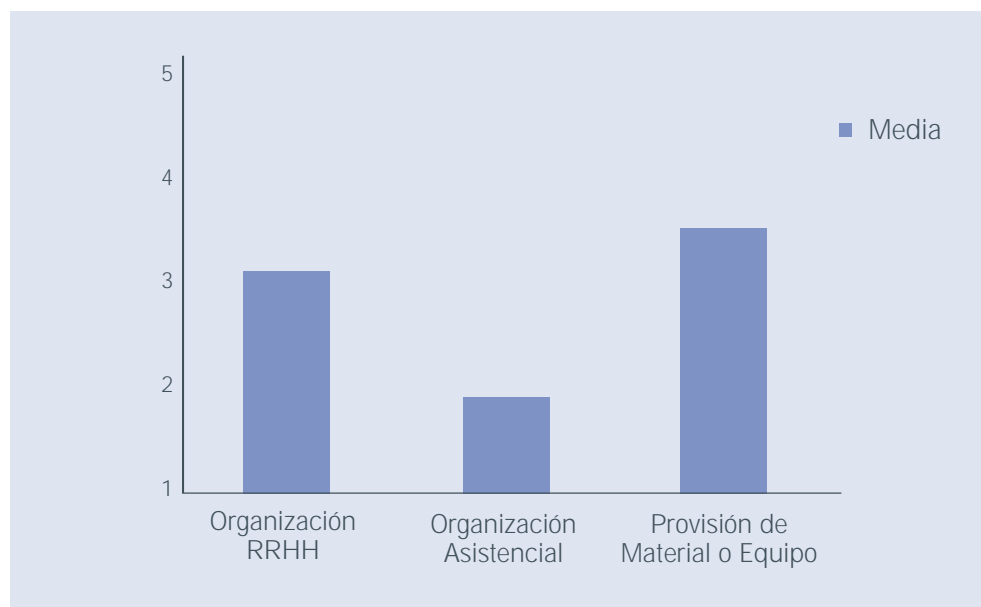
Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Decisiones y grado de consulta a los superiores
1	Análisis clínicos MA	Calidad (poco)
2	Cirugía IC	Docencia (nada) y investigación (nada)
3	Medicina Intensiva VA	Caso que hacen los directivos hospitalarios (poco) y decisiones que toma a las propuestas realizadas (nada)
4	Medicina Interna AN	Permisos (poco) y modificaciones en actuación asistencial (poco)
5	Nefrología VA	Adecuación de personal (bastante)
6	Nefrología PV	Docencia (nada) e investigación (nada)
7	Neurología CA	Permisos a facultativos (poco) y formación clínica (mucho)
8	Neurología GA	Relación con atención primaria (nada) y con otros centros-servicios (nada)
9	Neurología CA	Modificación organigrama (bastante); motivación personal (medio)
10	- AN	A la demanda de RRHH (bastante) y a la demanda de recursos materiales (bastante)
11	Oncología VA	Prácticamente no existe independencia en ningún ámbito
12	Psiquiatría CA	Docencia (poco) y formación continuada (poco)

Las medias de las respuestas, recogidas en la tabla de estadísticos, **tabla 1.9** y el gráfico de barras, **gráfico 1.4**, permiten observar como existe una menor necesidad de consulta con los superiores acerca de los aspectos asistenciales.

**Tabla 1.9 Estadísticos de las respuestas de la pregunta 1.7**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Organización RRHH	108	0	3,380	4	5	1,527
Organización Asistencial	108	0	2,120	2	2	1,091
Provisión de Material o Equipo	108	0	3,843	4	5	1,137

**Gráfico 1.4 Representación de la media del grado en que los jefes de servicio deben consultar a su superior jerárquico antes de adoptar distintas decisiones (1=nada, 5=mucho).**



### Pregunta 1.8

Teniendo en cuenta que por organizar se entiende: decidir el contenido y responsabilidades de los puestos de trabajo, asignar personas a puestos y priorizar la actividad, ¿qué grado de impacto tienen en la organización de su servicio los siguientes agentes?

La **tabla 1.10** deja ver que los jefes de servicio parecen distinguir entre agentes internos y externos al servicio. Al ser cuestionados acerca de la incidencia de distintos agentes en la organización del servicio, manifiestan que los agentes externos (el conjunto de direcciones del centro y las direcciones médica y de enfermería por separado) tienen un impacto bastante similar, y es “poco” o “nada”.

Por el contrario, los encuestados otorgan un papel crucial a los agentes internos del servicio: los profesionales del equipo y al propio jefe de servicio. Los encuestados se ven como el principal “organizador” del servicio. Un 89% considera que su impacto es “bastante” o “mucho” en el servicio, muy por encima de los demás agentes, tanto externos como internos.

**Tabla 1.10 Grado en el que distintos agentes influyen en la organización del servicio**

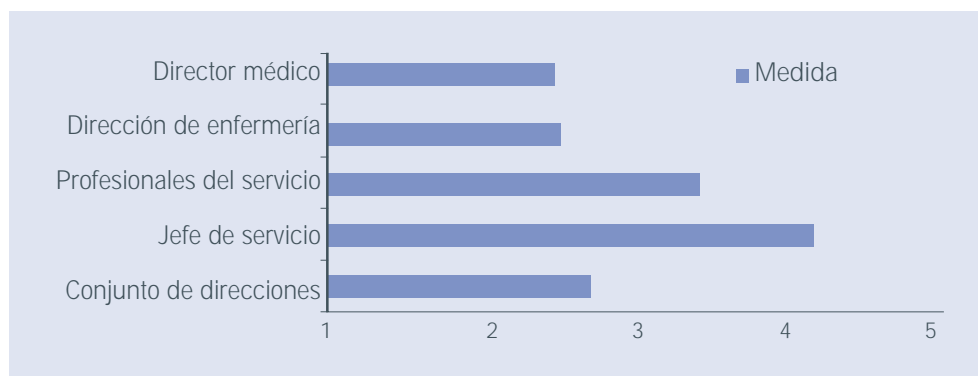
Agentes	Nada	Poco	Medio	Bastante	Mucho	Total
Director médico	25	37	19	17	9	107
	23,4%	34,6%	17,8%	15,9%	8,4%	100%
Dirección de enfermería	24	32	26	17	8	107
	22,4%	29,9%	24,3%	15,9%	7,5%	100%
Conjunto de profesionales adscritos	5	10	31	46	14	106
	4,7%	9,4%	29,2%	43,4%	13,2%	100%
Tú mismo/a	-	3	8	51	45	107
	-	2,8%	7,5%	47,7%	42,1%	100%
El conjunto de direcciones de la institución	14	34	35	10	13	106
	13,2%	32,1%	33%	9,4%	12,3%	100%

**Tabla 1.11 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 1.8**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Director médico	107	1	2,514	2	2	1,247
Dirección de enfermería	107	1	2,561	2	2	1,215
Conjunto de profesionales adscritos	106	2	3,509	4	4	0,998
Tú mismo/a	107	1	4,290	4	4	0,727
El conjunto de direcciones de la institución	106	2	2,755	3	3	1,178

Al representar gráficamente las medias de las respuestas a la escala 1=Nada, 5=Mucho se aprecia con claridad la enorme diferencia en los niveles de impacto en el servicio de los distintos responsables del centro. Según los encuestados, el jefe de servicio es un punto y medio más importante, en este aspecto, que la dirección médica, la dirección de enfermería, o el conjunto de las direcciones. Así mismo, también se considera que el papel del jefe de servicio es más relevante que el de los profesionales adscritos al centro, aunque en algo menos de un punto.

**Gráfico 1.5 Representación de la media del grado en que distintos agentes pueden influir en la organización del servicio, según los jefes de servicio (1=Nada, 5=Del todo).**



Esta sección presenta las respuestas de los jefes de servicio a una batería de 14 preguntas. En ellas se les hacía considerar el grado de limitación que les suponían los factores mencionados a las iniciativas que podrían desarrollar desde la jefatura de su servicio.

La **tabla 1.12** recoge las frecuencias de esas respuestas a la escala propuesta. Los encuestados indican como factores más restrictivos, en primer lugar, la estructura y cultura de la organización en la que operan, en segundo lugar, la elevada carga asistencial y, en tercer lugar, el presupuesto asignado.

### Pregunta 1.9

¿Hasta qué punto limitan sus iniciativas los siguientes factores?

**Tabla 1.12 Grado en el que distintos factores limitan las iniciativas de los jefes de servicio**

Factores	Nada	Poco	Medio	Bastante	Mucho	Total
La actitud de su jefe inmediato	11 10,5%	31 29,5%	35 33,3%	17 16,2%	11 10,5%	105 100%
La actitud de otros gestores	12 11,2%	37 34,6%	28 26,2%	21 19,6%	9 8,4%	107 100%
La actitud de los subordinados	2 1,9%	26 24,1%	34 31,5%	40 37%	6 5,6%	108 100%
La política y los procedimientos	7 6,7%	20 19,2%	28 26,9%	34 32,7%	15 14,4%	104 100%
La estructura y cultura de la organización	1 0,9%	16 14,8%	23 21,3%	45 41,7%	23 21,3%	108 100%
Los condicionamientos legales	10 9,3%	32 29,6%	23 21,3%	26 24,1%	17 15,7%	108 100%
Los acuerdos sindicales	11 10,4%	38 35,8%	27 25,5%	19 17,9%	11 10,4%	106 100%
El escaso número de personal cualificado	11 10,4%	31 29,2%	23 21,7%	31 29,2%	10 9,4%	106 100%
La escasez de recursos	2 1,9%	21 19,6%	33 30,8%	36 33,6%	15 14%	107 100%
La dificultad para acceder a una tecnología adecuada	6 5,7%	34 32,1%	29 27,4%	28 26,4%	9 8,5%	106 100%
La incorrecta distribución de los espacios físicos	3 2,8%	34 31,5%	24 22,2%	26 24,1%	21 19,4%	108 100%
Las propias limitaciones del encuestado (habilidades, conocimientos experiencia o actitudes)	9 8,3%	48 44,4%	33 30,6%	12 11,1%	6 5,6%	108 100%
La elevada carga asistencial	- -	19 17,6%	31 28,7%	37 34,3%	21 19,4%	108 100%
El presupuesto asignado	6 5,8%	23 22,3%	24 23,3%	26 25,2%	24 23,3%	103 100%

Únicamente seis de los jefes de servicio encuestados han querido añadir otros factores a la lista propuesta. Estos factores son recogidos a continuación, en la **tabla 1.13**.

**Tabla 1.13. Otros factores que limitan las iniciativas de los jefes de servicio**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Factores (grado)
1	Análisis clínicos MA	Calidad (poco)
1	Medicina Intensiva VA	Indiferencia de directivos (mucho), política sanitaria respecto a especialidad (mucho)
2	Nefrología PV	Pésima gestión dirección (mucho), falta de competencia en dirección (mucho)
3	Neurología GA	La falta de visión y perspectiva de los directivos (mucho); el conformismo de los directivos (mucho)
4	Neurología AR	Entorno hospitalario (bastante), disponibilidad propia (Bastante)
5	Psicogeriatría CA	Coordinación con enfermería (poco), coordinación con áreas básicas de salud (poco)
6	Urología -	Falta definición puesto de trabajo

La tabla de estadísticos, **tabla 1.14**, junto con el gráfico de barras, **gráfico 1.6**, que representa las medias de las respuestas de los encuestados, facilita la comparación agregada de la opinión de los encuestados. Esta opinión se presenta mucho más concentrada que en algunas preguntas analizadas anteriormente.

**Tabla 1.14 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 1.9**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
La actitud de su jefe inmediato	105	3	2,867	3	3	1,136
La actitud de otros gestores	107	1	2,794	3	2	1,139
La actitud de los subordinados	108	0	3,204	3	4	0,935
La política y los procedimientos	104	4	3,288	3	4	1,138
La estructura y cultura organizacional	108	0	3,676	4	4	1,003
Los condicionamientos legales	108	0	3,074	3	2	1,243
Los acuerdos sindicales	107	1	2,794	3	2	1,188
La escasez de personal cualificado	106	2	2,981	3	2	1,179
La escasez de recursos	107	1	3,383	3	4	1,015
Acceso a una tecnología adecuada	106	2	3,000	3	2	1,078
La distribución de los espacios físicos	108	0	3,259	3	2	1,179
Las propias limitaciones del encuestado	108	0	2,611	2	2	0,984
La elevada carga asistencial	108	0	3,556	4	4	0,998
El presupuesto asignado	103	5	3,379	3	4	1,230

La diferencia que hay entre los factores más y menos limitativos es ligeramente superior a un punto (la media de “las propias habilidades” es 2,61, mientras que la media de “la estructura y cultura de la organización sanitaria” es de 3,66). La dispersión –desviación típica- de los datos se mantiene en niveles similares en la mayoría de los casos. Esto es así a excepción de los dos factores menos limitativos, donde



la dispersión es menor, lo cual indica un mayor grado de acuerdo entre los encuestados respecto a esos factores.

**Gráfico 1.6 Representación de la medida del grado en el que distintos factores limitan las iniciativas de los jefes de servicio (1=Nada, 5=Mucho).**



**Pregunta 1.10**

¿En qué medida depende de su capacidad de decisión el establecer durante el proceso asistencial los temas mencionados?

Este apartado presenta el grado de capacidad de decisión que los encuestados se atribuyen en relación con la organización del proceso asistencial. De forma agregada, **tabla 1.15**, los jefes de servicio entienden que su capacidad de decisión es bastante alta en todas las facetas organizativas de la asistencia de su servicio. El único aspecto asistencial que presenta algunas diferencias es la selección de estándares de referencia. En este apartado, el conjunto de los jefes de servicio se muestra ligeramente menos confiado en sus capacidades, aunque siguen entendiendo mayoritariamente que se encuentra dentro de su ámbito de decisión.

**Tabla 1.15 Grado en el que depende de la capacidad de decisión de los jefes de servicio el establecer, los aspectos indicados durante proceso asistencial.**

Aspectos	Ninguna	Poca	Media	Alta	Totalmente	Total
Qué trabajo ha de hacerse	4	11	21	50	20	106
	3,8%	10,4%	19,8%	47,2%	18,9%	100%
Cuándo ha de hacerse	2	11	27	53	13	106
	1,9%	10,4%	25,5%	50%	12,3%	100%
Cómo debe hacerse	1	15	30	46	14	106
	0,9%	14,2%	28,3%	43,4%	13,2%	100%
Quién ha de hacerlo	1	6	25	56	17	105
	1%	5,7%	23,8%	53,3%	16,2%	100%
Cuáles son los estándares de referencia	2	17	37	38	8	102
	2%	16,7%	36,3%	37,3%	7,8%	100%

En esta ocasión, ante la opción de apuntar otras respuestas sólo cinco de los encuestados han considerado que algún aspecto del proceso asistencial de su servicio no era recogido por la lista del cuestionario. Sus respuestas se recogen en la **tabla 1.16**.

**Tabla 1.16 Otros aspectos del proceso asistencial que dependen de la capacidad de decisión de los jefes de servicio**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Factores (grado)
1	Medicina Intensiva VA	El trato al paciente y su calidad asistencial (totalmente)
2	Nefrología PV	Autocrítica (mucho)
3	Neurología CA	Espacios (mucho)
4	Neurología GA	Qué tipo de trabajo debe hacerse (mucho)
5	Psiquiatría AN	Resto de ESM Andalucía (mucho)

Ya que los valores medios de las respuestas son muy similares y que su dispersión es baja en todos los casos, se puede notar que la mayoría de los clínicos encuestados entiende de forma muy parecida su capacidad de decisión sobre todos los aspectos del proceso asistencial, **tabla 1.17**. Esta capacidad de decisión es media-alta, según la escala mencionada en el cuestionario, en todos los parámetros propuestos.

**Tabla 1.17 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 1.10.**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Qué trabajo ha de hacerse	106	2	3,670	4	4	1,021
Cuándo ha de hacerse	106	2	3,604	4	4	0,902
Cómo debe hacerse	106	2	3,538	4	4	0,928
Quién ha de hacerlo	105	3	3,781	4	4	0,820
Cuáles son los estándares de referencia	102	6	3,324	3	4	0,914

**Gráfico 1.7 Representación de la media del grado en que depende de los jefes de servicio el establecer distintos aspectos durante el proceso asistencial (1=Ninguna, 5=Totalmente).**



### ● Pregunta 1.11

Señale el tipo de personal que compone su equipo de trabajo.

Este apartado recoge un conjunto de preguntas que buscaban identificar la composición del equipo humano bajo la responsabilidad del jefe de servicio.

También este apartado presenta el número total de personas que trabajan en el servicio. Los indicadores relativos a personal administrativo, personal subalterno y otro tipo de personal tenderán a sub-representar el número exacto, puesto que diversos encuestados indicaban que o bien compartían ese tipo de personal, o, sencillamente no mencionaban a ninguna persona de ese personal en su equipo.

Como se puede observar en la **tabla 1.18**, según el valor de la mediana, los servicios de los encuestados se componen de 27 trabajadores -8 facultativos, 15 miembros del personal de enfermería y 1 administrativo. Hemos tomado como referente central de la muestra la mediana de las respuestas, ya que los valores promedios no nos informan adecuadamente de las medidas centrales de dicha muestra, dada la alta dispersión de las respuestas. Las medias de esas tipologías de personal se ven afectadas por los elevados valores de algunos casos atípicos.

A partir de estos resultados, se puede apreciar que los servicios cuentan aproximadamente con dos enfermeros por cada facultativo y un único administrativo para el conjunto del servicio.

**Tabla 1.18 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 1.11.**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Nº aprox. de personas que componen el servicio	107	1	32,085	27	24	23,191	2	131
Nº aprox. de personal facultativo	106	2	8,745	8	5	6,002	1	40
Nº aprox. de personal de enfermería	106	2	16,792	15	0	16,968	0	101
Nº aprox. de personal administrativo	106	2	1,679	1	1	1,223	0	6
Nº aproximado de personal subalterno	107	1	3,790	1	0	7,723	0	60
Nº aprox. de otro tipo de personal	107	1	1,333	0	0	3,073	0	16

Tal y como se muestra en la **tabla 1.19**, un grupo de 36 jefes de servicio incluido en la opción de "otras" categorías de personas no especificadas en el cuestionario. De entre los tipos de personal indicados destacan dos grupos, por un lado el personal cualificado no facultativo o de enfermería, bien sean técnicos de equipamiento o bien sean psicólogos, asistentes sociales o educadores. Por otro lado encontramos personal que el jefe de servicio comparte con otros servicios y personal que no considera dependiente de él mismo.

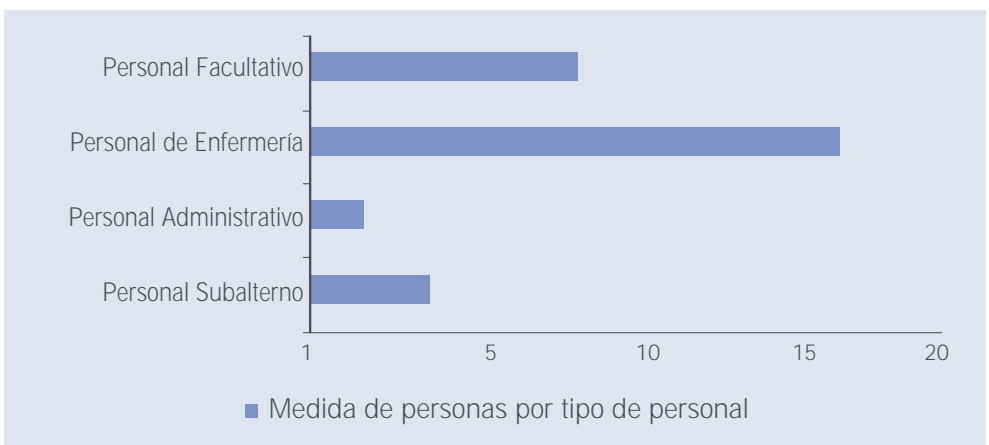
**Tabla 1.19 Otro tipo de personal que forman los equipos de trabajo de los jefes de servicio.**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Tipo de personal
1	Análisis Clínicos MA	Limpieza (0.10)
2	Cardiología CM	Auxiliares 10, Becarios 2
3	Cardiología VA	Enfermeros compartidos 16
4	Cardiología GA	MIR 2
5	Cardiología MA	Becarios 2
6	Cirugía Torácica MU	No tiene personal propio, es compartido
7	Farmacia Hospitalaria MA	Auxiliar enfermería 8
8	Farmacia Hospitalaria CA	Auxiliar de farmacia 6
9	Farmacia Hospitalaria LR	Limpiadora 1
10	Medicina Intensiva VA	Celador 1
11	Nefrología CM	Mantenimiento 2 y limpiadora 1
12	Nefrología CA	Técnicos Hemodiálisis 3
13	Nefrología MA	Técnicos 1
14	Nefrología CA	Mantenimiento 2 y limpieza 3
15	Neurología AN	Becarios 15
16	Neurología CA	Educadora 1, jefes clínicos 3 entre los 12 facultativos
17	Neurología CA	Neuropsicóloga 1 y asistente social a tiempo parcial 1
18	Neurología GA	Becarios 1
19	Neurología MA	Becarios 2, personal para ensayos clínicos 4
20	Neurología AR	Becario 1-2
21	Neurología AN	Psicólogo clínico 1, residentes 2
22	- AN	No dependen administrativamente ni jerárquicamente de mi
23	Oncología MA	Supervisores ATS 2 y residentes 3
24	Oncología VA	Becarios 3
25	Psicogeriatría CA	Trabajador social 3
26	Psiquiatría AN	Trabajador Social 1
27	Psiquiatría AR	Asistente social 2
28	Psiquiatría PV	Asistentes sociales 2
29	Psiquiatría CA	Psicólogos 1
30	Psiquiatría CA	Trabajador Social 1
31	Psiquiatría AN	3 Trabajadores sociales; 3 terapeutas ocupacionales; 3 monitores
32	Urología CM	6 auxiliares
33	Urología IC	Hay enfermeras y subalternos, pero no dependen de mi

**Tabla 1.19 Otro tipo de personal que forman los equipos de trabajo de los jefes de servicio. (Cont.)**

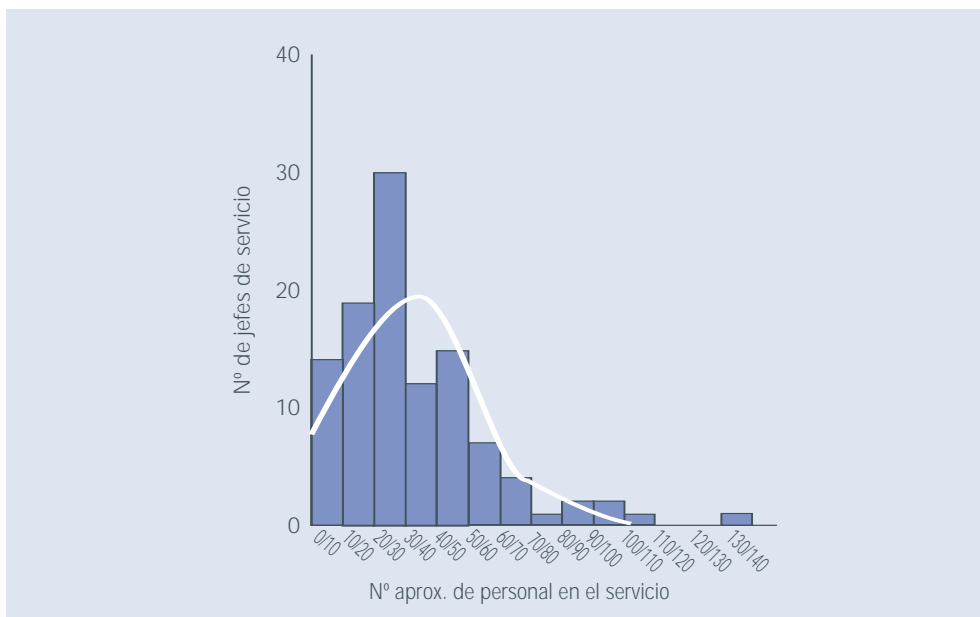
Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Tipo de personal
34	Urología MA	El personal de enfermería, administrativo, etc. no depende organizativamente de mí, aunque sí que soy yo quien les da las instrucciones frecuentes en el desempeño de sus funciones
35	Urología -	Auxiliar enfermería de consultas 1; Auxiliar enfermería de exploraciones especiales 1

**Gráfico 1.8 Representación de la media de personas por tipo de personal que componen el equipo de trabajo del jefe de servicio.**



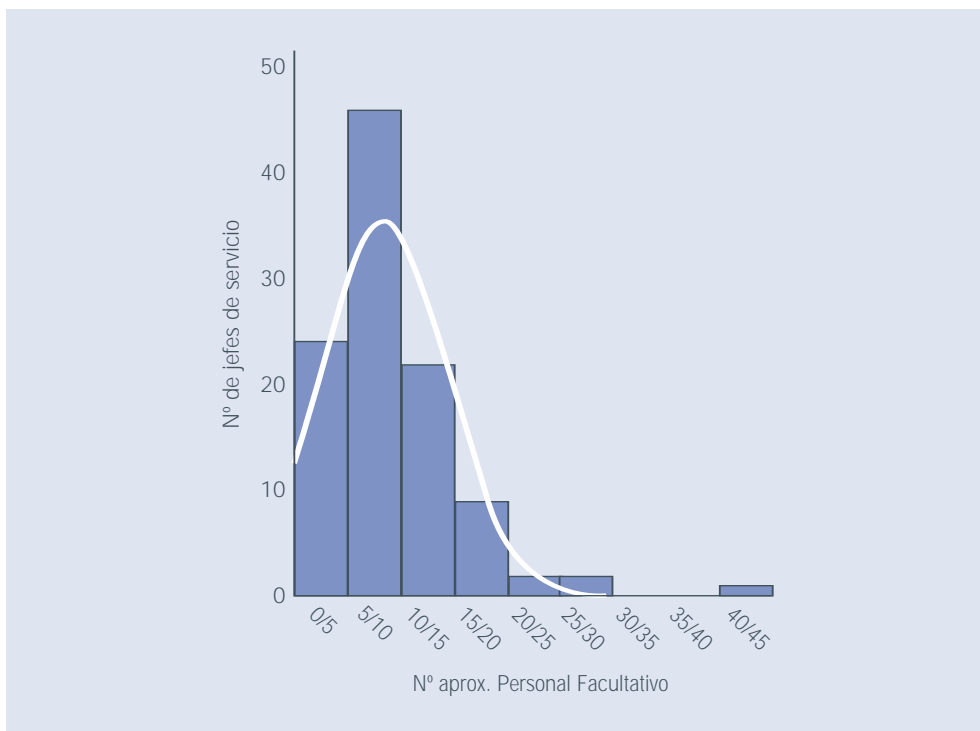
La alta dispersión en algunas categorías de personal requiere la observación individualizada de las distribuciones para apreciar el conjunto de las respuestas. La distribución de estos casos puede ser apreciada en los histogramas correspondientes a cada tipo de personal. Estos gráficos permiten apreciar una considerable variabilidad entre los servicios respecto al personal que los compone. Una variabilidad que no afecta a todos los tipos de personal por igual. El "personal subalterno" y "otro tipo de personal" presentan distribuciones similares con baja dispersión y algunos casos atípicos con valores extremadamente divergentes respecto a los demás valores, que concentran un 80% de los casos entre 0 y 3 trabajadores.

**Gráfico 1.9** Número total de personas que componen el servicio.



El total de personas que compone los servicios ha sido construido a partir de las respuestas a las otras categorías. El **gráfico 1.9** describe la diferencia en número de trabajadores entre los servicios de los encuestados, sin duda ésta es derivada de las distintas especialidades que forman la muestra. El grupo mayoritario de los servicios se compone de entre 10 y 30 personas. Éstos contrastan con los casos extremos: un grupo de pequeños servicios con 5 miembros y servicios con 100 o más personas.

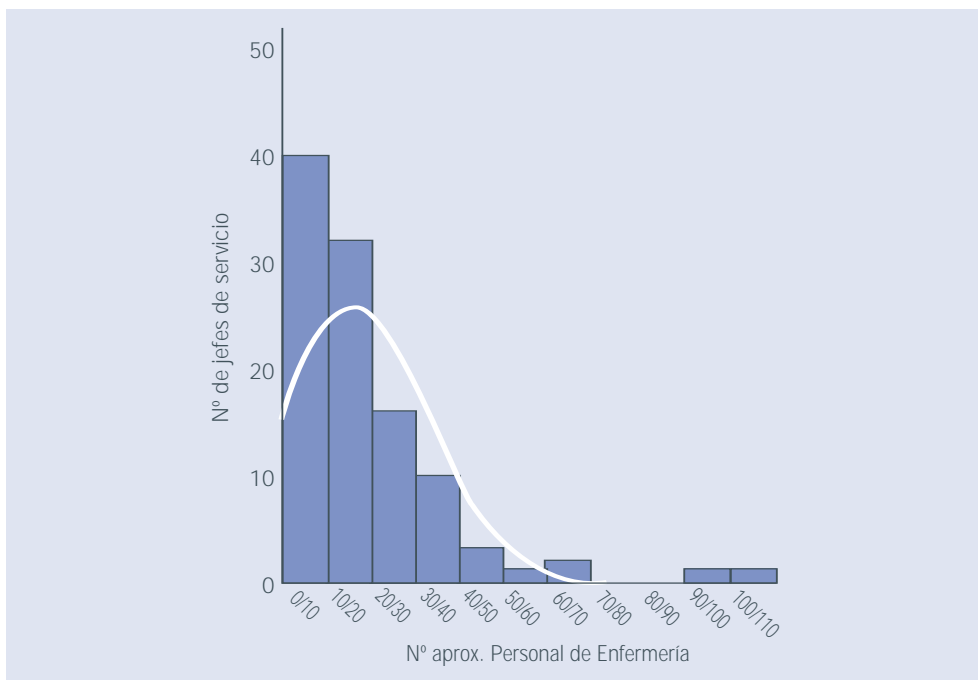
**Gráfico 1.10** Personal Facultativo.





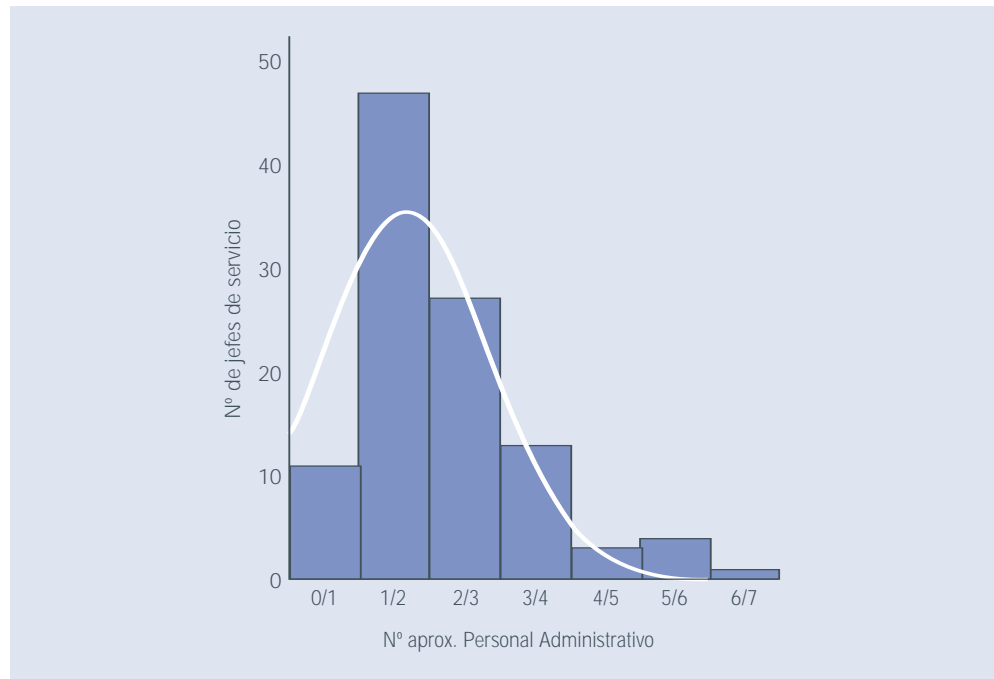
El histograma permite apreciar como los servicios de los encuestados cuentan habitualmente con un número que va de 1, el mínimo recogido en la **tabla 1.18**, y 15 facultativos. Cabe destacar ese servicio que dispone de entre 40 y 45 miembros del personal facultativo.

**Gráfico 1.11 Personal de Enfermería.**



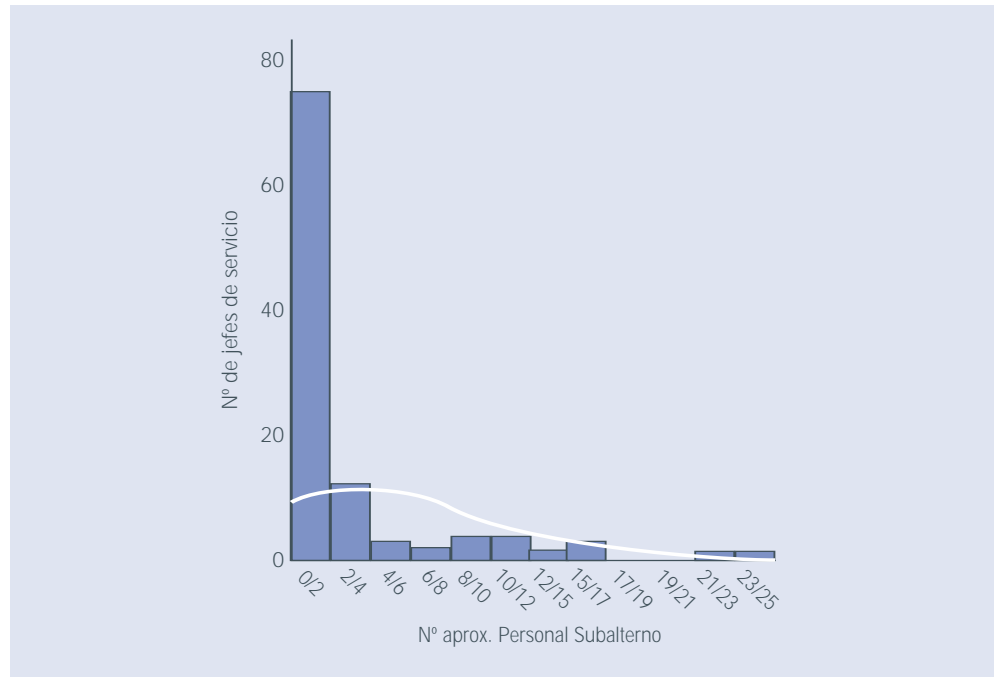
En el caso del personal de enfermería, **gráfico 1.11**, la distribución de las respuestas de los jefes de servicio permite observar como la gran mayoría de los servicios se sitúa en el rango que va de 0 a 20 enfermeros. Destacan los dos casos atípicos que apuntan a números superiores a 90 miembros de ese personal de enfermería.

**Gráfico 1.12 Personal Administrativo.**



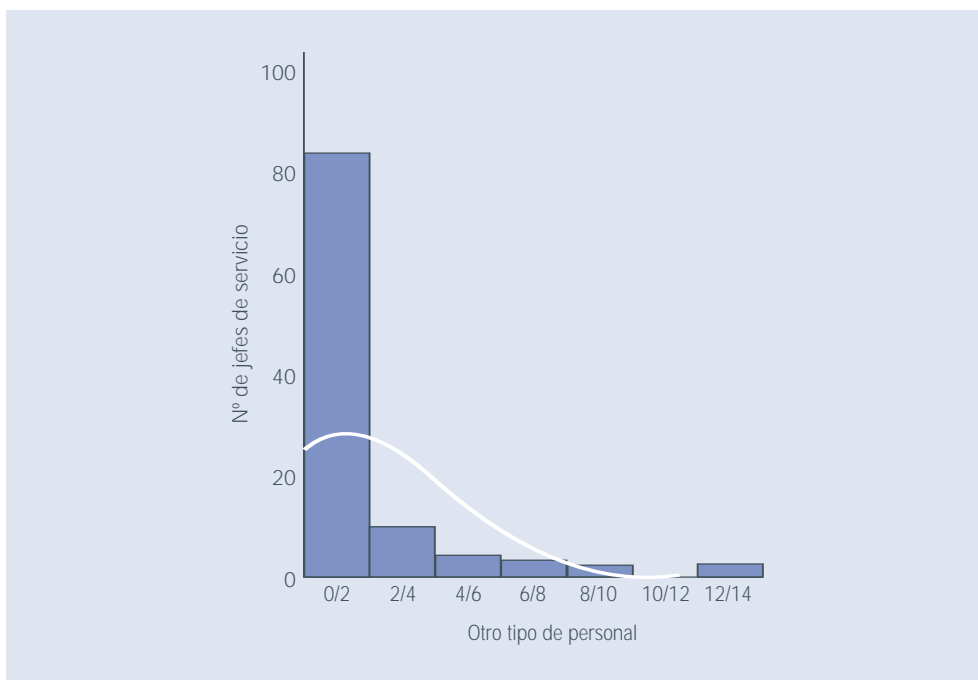
En el caso del personal administrativo, el **gráfico 1.12** permite apreciar como la mayoría se sitúa en los rangos que van de 0 hasta 4. Unos pocos clínicos cuentan con más de 4 administrativos para dar apoyo en las tareas no de gestión del servicio.

**Gráfico 1.13 Personal Subalterno.**



La distribución del personal subalterno presenta el patrón más extremo de todos los tipos de personal, **gráfico 1.13**. La inmensa mayoría de las respuestas se sitúan en el rango que va de 0 hasta 4, pero entre los casos atípicos se observa una dispersión considerable. La mayoría de éstos se comprende los rangos que van desde 4 hasta 17 trabajadores subalternos mientras que dos clínicos indican que su servicio cuenta con más de 20 de este tipo de trabajadores.

**Gráfico 1.14 Otro tipo de Personal.**



La distribución del número de miembros del equipo que pertenecen a otro tipo de personal presenta un formato muy similar al del personal administrativo aunque en este caso los valores extremos no están tan alejados del resto de los casos (**gráfico 1.14**).

Este último apartado recoge una batería de preguntas que refieren a la autoridad de los jefes de servicio sobre los distintos tipos de personal. Estas respuestas se presentan en las **tablas 1.20 y 1.21**

Los jefes de servicio, al ser preguntados acerca de su autoridad sobre el personal que trabaja en su servicio, señalan diferencias en función del tipo de personal. Según se aprecia en la tabla, los jefes de servicio se sienten autorizados a decidir sobre los facultativos de su equipo, puesto que un 61% considera que tiene una autoridad "alta" o "muy alta" en ese campo. Por el contrario, se muestran mucho menos autorizados sobre el personal de enfermería y subalterno. En ambos casos, más de un 60% de los encuestados consideran que "no" tiene autoridad, o que tienen "poca" o "muy poca". La autoridad sobre el personal administrativo muestra el mayor grado de disparidad, ya que más de un 10% de los encuestados se sitúa en cada categoría, a excepción del nivel "muy alto", en el que sólo un 2,8% se sitúa.

**Pregunta 1.12**

¿Tiene autoridad para tomar decisiones sobre algunos de los siguientes estamentos?



**Tabla 1.20** Grado en el que los jefes de servicio tienen autoridad para toma decisiones sobre distintos estamentos.

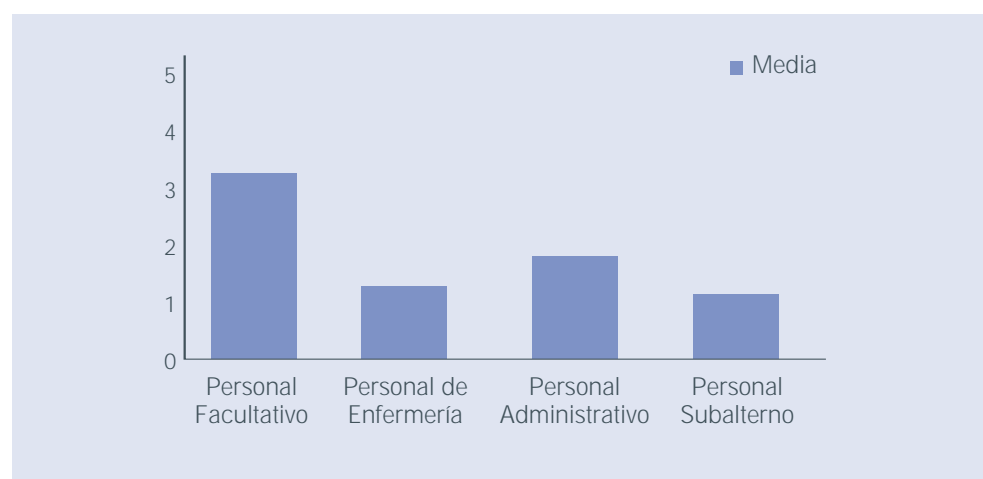
Estamentos	No	Muy poco	Poco	Medio	Alto	Muy alto	Total
Personal facultativo	1	1	8	32	45	20	108
	0,9%	0,9%	7,5%	29,9%	42,1%	18,7%	100%
Personal de enfermería	18	15	35	27	11	-	108
	17%	14,2%	33%	25,5%	10,4%	-	100%
Personal administrativo	13	15	20	22	33	3	107
	12,3%	14,2%	18,9%	20,8%	31,1%	2,8%	100%
Personal subalterno	23	20	21	21	9	2	107
	24%	20,8%	21,9%	21,9%	9,4%	2,1%	100%

Los estadísticos, **tabla 1.21**, de estas preguntas muestran como el alto grado de autoridad sobre los facultativos es compartido por una mayor proporción de los encuestados, las respuestas presentan una baja dispersión. En cambio, para los demás tipos de personal las respuestas muestran una más alta desviación típica.

**Tabla 1.21** Estadísticos de las respuestas a la pregunta 1.12.

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Personal facultativo	107	1	3,673	4	4	0,959
Personal de enfermería	106	2	1,981	2	2	1,227
Personal administrativo	106	2	2,528	3	4	1,442
Personal subalterno	96	12	1,781	2	0	1,386

**Gráfico 1.15** Representación de la media del grado en que los jefes de servicio tienen autoridad para tomar decisiones sobre distintos estamentos (0=No, 5=Mucho).



### Pregunta 1.13 ●

¿Sobre qué conceptos y en qué grado?

Con esta pregunta se pretende profundizar en aquellos aspectos concretos de la gestión de los RRHH en los que los encuestados tienen autoridad para decidir. Como se puede apreciar en la **tabla 1.22**, de las respuestas de los jefes de servicio se desprende que el único campo en el que tienen un grado elevado de capacidad de decisión es en la organización del trabajo. Más de un 50% de los jefes de servicio considera que su capacidad es nula o “muy poca” en los aspectos relativos a la contratación, la movilidad y los incentivos. Esta baja capacidad de gestión del personal se vuelve prácticamente nula al tratarse de los salarios. Respecto a éstos un 93% de los encuestados apunta que “no” tiene autoridad para decidir a este respecto (un 5% entiende que “muy poco”); un único encuestado apunta que tiene una “alta” capacidad respecto a los salarios.

**Tabla 1.22 Conceptos y grado sobre los que los jefes de servicio tienen autoridad para tomar decisiones sobre los estamentos de su servicio.**

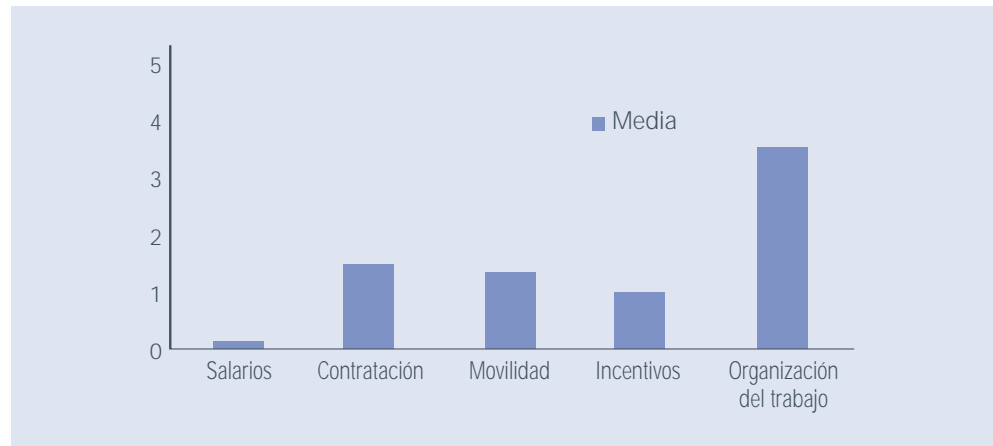
Conceptos	No	Muy poco	Poco	Medio	Alto	Muy alto	Total
Salarios	101	6	--	-	1	-	108
	93,5%	5,6%		-	0,9%	-	100%
Contratación	44	13	15	14	16	6	108
	40,7%	12%	13,9%	13%	14,8%	5,6%	100%
Movilidad	46	11	12	18	16	4	107
	43%	10,3%	11,2%	16,8%	15%	3,7%	100%
Incentivos	51	21	16	13	4	2	107
	47,7%	19,6%	15%	12,1%	3,7%	1,9%	100%
Organización del trabajo	1	1	8	26	49	23	108
	0,9%	0,9%	7,4%	24,1%	45,4%	21,3%	100%

**Tabla 1.23 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 1.13.**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Salarios	108	0	0,093	0	0	0,444
Contratación	108	0	1,657	1	0	1,698
Movilidad	107	1	1,617	1	0	1,675
Incentivos	107	1	1,103	1	0	1,324
Organización del trabajo	108	0	3,759	4	4	0,965

El **gráfico 1.16** muestra la diferencia en la capacidad de decisión sobre la organización respecto a todos los demás aspectos. Al mismo tiempo muestra la insignificante responsabilidad que dicen tener los encuestados respecto los salarios del personal de su servicio.

**Gráfico 1.16 Representación de la media del grado en que los jefes de servicio tienen autoridad para tomar decisiones sobre distintos estamentos de su servicio (0=No, 5=Muy Alto).**









## 2.2 GESTIÓN DEL SERVICIO





## 2.2. GESTIÓN DEL SERVICIO/TRABAJO

Esta segunda parte del cuestionario pretende establecer cómo los jefes de servicio distribuyen el tiempo en su jornada laboral entre las distintas responsabilidades que comporta su cargo. Se tratará de conocer más en detalle cómo administran el tiempo que dedican a gestionar su servicio.

A través de dos preguntas se abordan los siguientes temas:

- Gestión del tiempo en la jornada laboral tipo del jefe de servicio
- Gestión del tiempo específico dedicado a actividades de gestión

En la **tabla 2.1** se presentan los estadísticos descriptivos que agregan los porcentajes de la jornada laboral que los jefes de servicio dedican a las actividades propuestas en el enunciado de la pregunta. La actividad asistencial es la que concentra un porcentaje medio más alto, a la que, por término medio, dedican un 45% de su jornada laboral. Al mismo tiempo, la asistencia cuenta con la mayor variabilidad (desviación típica), lo cual indica que es la actividad en la que se produce una mayor disparidad entre las respuestas de los encuestados. Por otro lado, las actividades de gestión consumen una media del 23% del tiempo de los jefes de servicio encuestados, lo que supone la mitad que la actividad asistencial y más del doble que las restantes actividades mencionadas.

### Pregunta 2.1

¿Podría indicar, aproximadamente, qué porcentaje de su jornada laboral típica dedica a las siguientes actividades?

**Tabla 2.1 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 2.1.**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Actividades de gestión claves en el funcionamiento	105	3	23,946	20	20	16,257	0	70
Actividades de asistencia	105	3	45,662	50	50	21,062	0	90
Actividades docentes	105	3	10,089	10	10	6,529	0	30
Actividades de investigación	103	5	8,556	5	5	7,887	0	40
Actividades burocráticas poco relevantes	102	6	10,397	9,5	5	11,159	0	75
Otras actividades	7	101	17,857	10	10	15,507	5	50

El porcentaje medio dedicado a cada una de las actividades se representa en el **gráfico 2.1**. Este gráfico permite visualizar la gran diferencia, en tiempo dedicado, que hay entre las actividades asistenciales de los jefes de servicio y el resto de sus ocupaciones.

**Gráfico 2.1 Representación de la media del porcentaje de la jornada laboral que los jefes de servicio dedican a distintas actividades.**



La **tabla 2.2** trata de aportar más información relativa a cómo los jefes de servicio invierten su jornada laboral. Presenta agrupados los jefes de servicio según la actividad a la que dedican mayor proporción de su tiempo. A simple vista, destaca que dos de las actividades sean la actividad que consume más tiempo para más del 84% de los jefes de servicio encuestados. En principio, una amplia mayoría, 61%, tiene como primera ocupación la asistencia sanitaria. Tan sólo un 23% tiene como principal dedicación de su tiempo las actividades claves de la gestión del servicio.

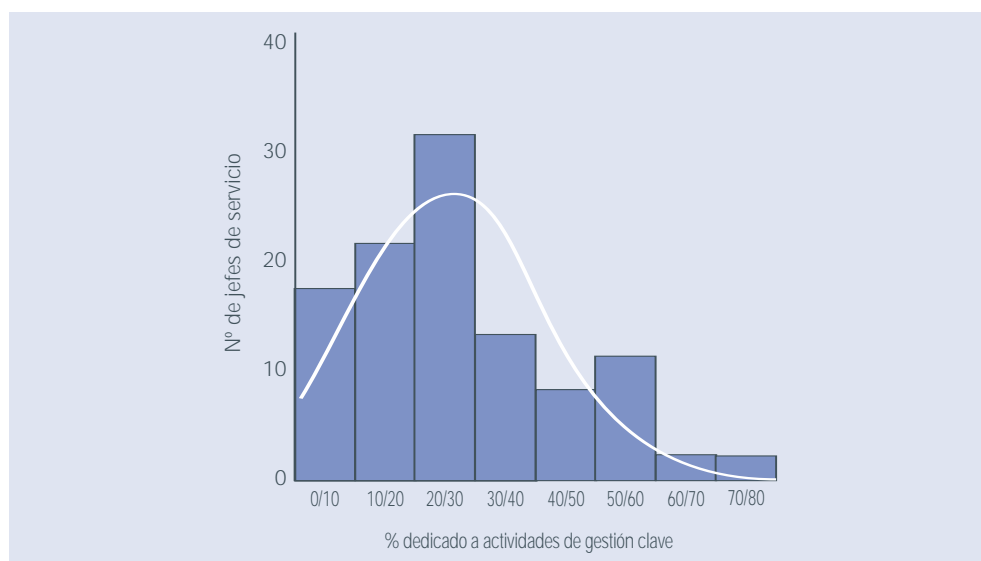
La misma **tabla 2.2** muestra el tiempo medio que cada grupo de estos jefes de servicio dedica a la actividad. Así, los 64 jefes de servicio que se dedican principalmente a actividades de asistencia, les dedican, en promedio el 59% de su tiempo. Por el contrario, los 24 jefes de servicio cuya actividad de mayor dedicación es la gestión clave, le dedican un promedio del 46%.

**Tabla 2.2. Actividades a las que los jefes de servicio dedican mayor porcentaje de su jornada laboral típica.**

	N	%	Tiempo medio
Asistencia	64	61,5%	59,13%
Gestión clave	24	23,1%	46,79%
Burocracia irrelevante	4	3,8%	51,25%
Gestión y asistencia	4	3,8%	31%
Asistencia e Investigación	3	2,9%	30%
Investigación	2	1,9%	35%
Docencia	1	1%	20%
Otra	1	1%	50%
Todas por igual	1	1%	20%
Total	104	100%	-

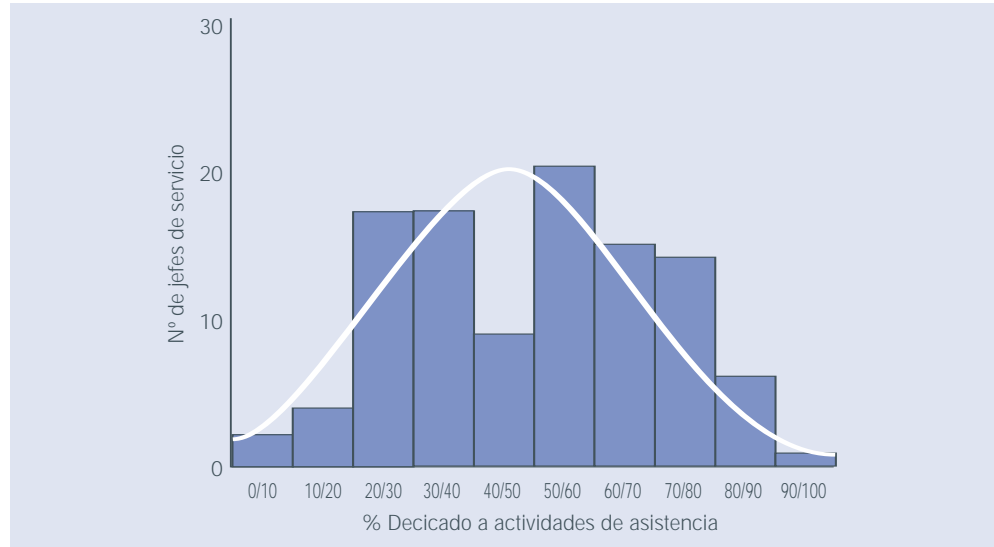
Respecto a las actividades de "gestión clave en el funcionamiento del servicio" la distribución de las respuestas está claramente desviada hacia la izquierda, como se puede ver en el **gráfico 2.2**. De este modo, se puede indicar que, mayoritariamente, los jefes de servicio tienden a dedicarles un porcentaje pequeño de su tiempo. Dejando de lado que únicamente un encuestado dice no dedicar nada de tiempo a la gestión, la mayoría de los clínicos concentra entre el 30 y el 10% de su tiempo. Sin embargo, existe un grupo considerable que le dedica más del 50% de su tiempo, llegando en algunos casos a jefes de servicio que consumen en la gestión de actividades claves más de un 70% de su jornada laboral.

**Gráfico 2.2 Porcentaje de la jornada laboral de los jefes de servicio dedicado a actividades de gestión claves en el funcionamiento.**



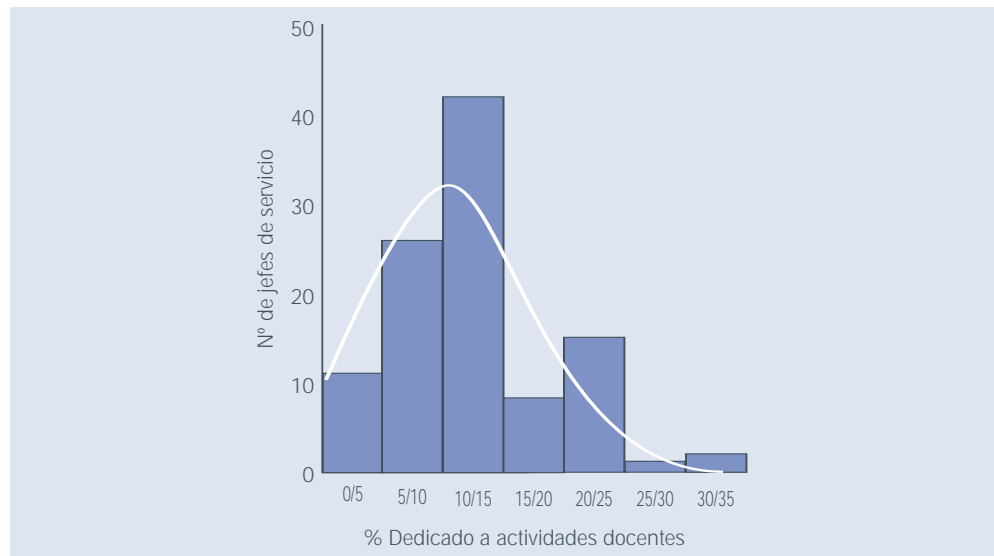
El tiempo que los jefes de servicio dedican a las distintas actividades asistenciales muestra gran variabilidad, como refleja el **gráfico 2.3**. La distribución, a pesar de contar con jefes de servicio en ambos extremos, presenta a la mayoría de los jefes de servicio agrupados en el amplio rango que va de 20% a 80% del tiempo. Dentro de este rango parecen marcarse dos grupos uno mayor que comprendería a los jefes de servicio con una dedicación a la asistencia de moderadamente alta hasta alta, del 50% al 80%. Y un segundo grupo que se dedicaría a esta tarea de forma moderada, con una dedicación que se encontraría entre el 20% y el 40%.

**Gráfico 2.3 Porcentaje de la jornada laboral de los jefes de servicio dedicado a actividades asistenciales.**



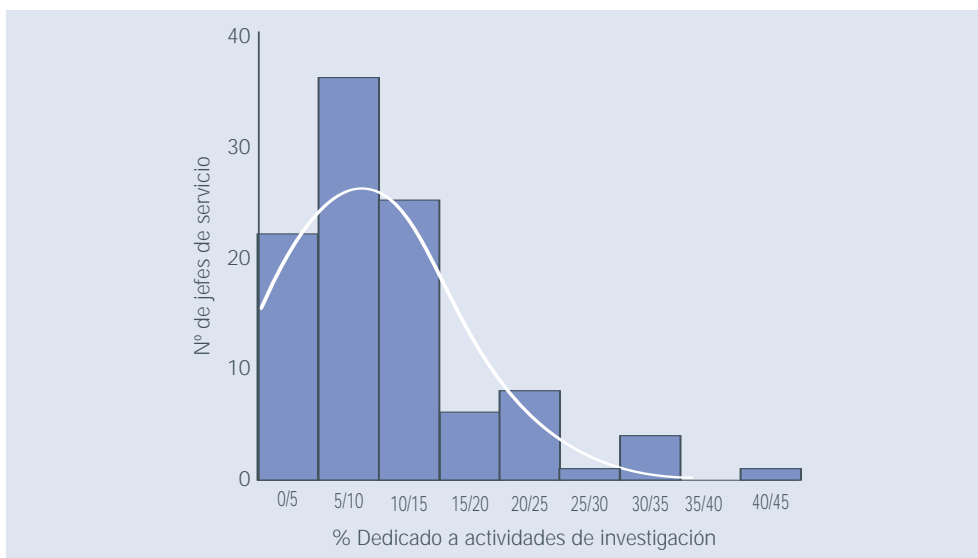
El gráfico 2.4 presenta el porcentaje de la jornada laboral que los jefes de servicio dedican a las actividades docentes. La mayoría de los jefes de servicio encuestados les dedica menos del 15% de su jornada. A pesar de ello un grupo significativo de más de 20 jefes le dedica entre el 20% y el 25% de su tiempo. Son una minoría los jefes de servicio que dedican más de ese 25% de su jornada a actividades relacionadas con la docencia.

**Gráfico 2.4 Porcentaje de la jornada laboral de los jefes de servicio dedicado a actividades docentes.**



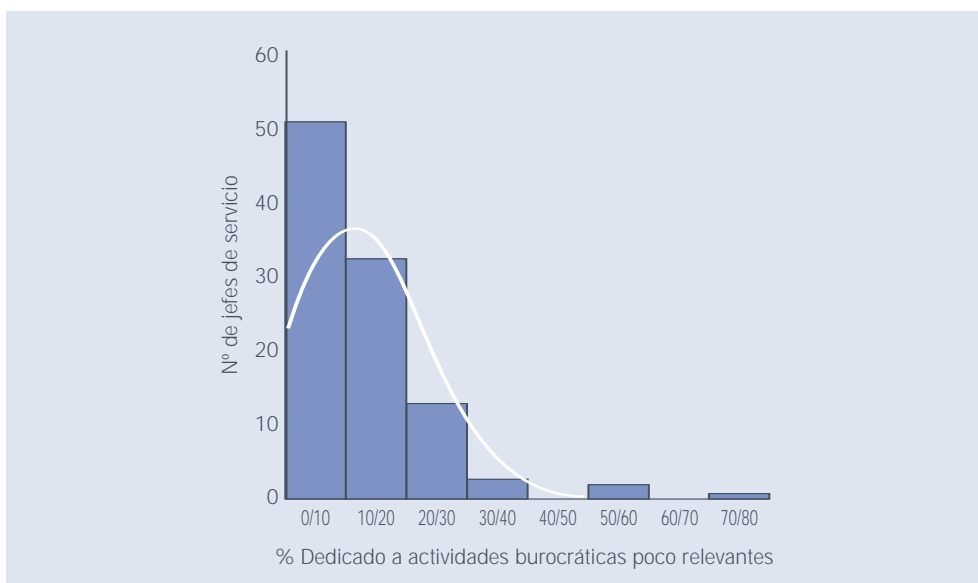
Aunque el gráfico que representa el porcentaje de la jornada laboral dedicado a investigación, **gráfico 2.5**, muestra unos rangos menores que el gráfico relativo a la docencia, el patrón de respuestas que muestran es bastante similar. La gran mayoría de los clínicos dedica menos del 15% de su jornada a investigar, mientras que un grupo menor pero destacable invierte en esa labor entre el 15% y el 35% de su tiempo.

**Gráfico 2.5 Porcentaje de la jornada laboral de los jefes de servicio dedicado a actividades de investigación.**



La mayoría de los jefes de servicio dedican poco tiempo a actividades consideradas como burocráticas o irrelevantes, como se desprende del **gráfico 2.6**. Así, se concentran principalmente sus respuestas en rangos que varían entre 0% y el 20%. Muy pocos jefes de servicio encuestados indican consumir más del 40% de su jornada típica en este tipo de actividades.

**Gráfico 2.6 Porcentaje de la jornada laboral de los jefes de servicio dedicado a actividades burocráticas.**



Finalmente, la **tabla 2.3** presenta las respuestas de aquéllos siete jefes de servicio que dedican un porcentaje de su jornada laboral a alguna actividad que no estaba recogida en el enunciado de la pregunta.

**Tabla 2.3 Otras actividades a las que los jefes de servicio dedican un porcentaje de su jornada laboral.**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Actividad (Porcentaje de la jornada típica)
1	Farmacia Hospitalaria LR	Relaciones internas y externas (10%), reuniones en comisiones del hospital (10%)
2	Medicina Intensiva -	Atención a delegados, reclamaciones, etc. (25%)
3	Nefrología MA	Gestión de la calidad (5%)
4	Nefrología NA	Atención delegados, etc. (5%)
5	Neurología GA	Proveedores (10%), relaciones públicas (5%)
6	Psicogeriatría CA	Reuniones directivos (5%), reuniones externas (5%)
7	Psiquiatría AN	Relaciones con las personas (10%)

## ● Pregunta 2.2

Del tiempo que dedica a la gestión, ¿puede decirnos que porcentaje dedica habitualmente a las siguientes actividades?

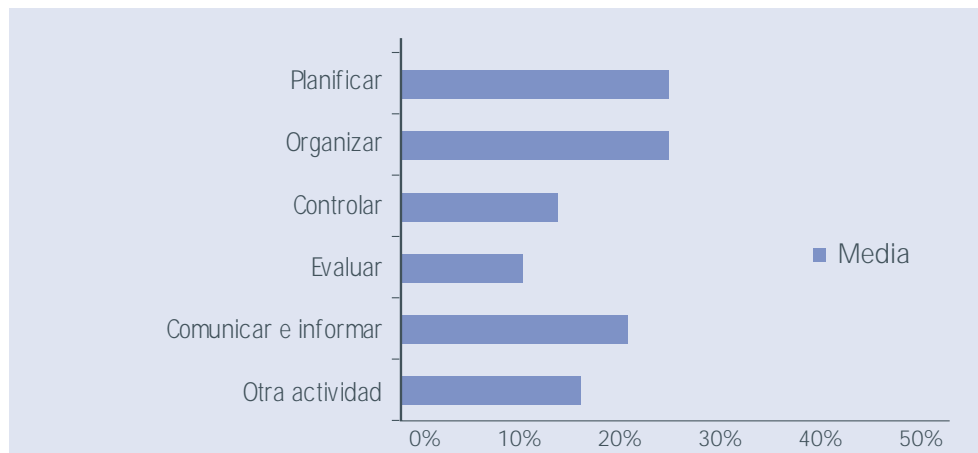
En la **tabla 2.4** se resumen los principales estadísticos de las respuestas a esta pregunta. Como se puede apreciar, el tiempo que se dedica a la “gestión de actividades clave del servicio” se distribuye de forma más homogénea entre las posibilidades planteadas en la encuesta. En este caso, no aparece ninguna actividad que domine sobre las demás, como sucedía en el caso de las actividades asistenciales sobre las demás actividades generales. Todas las actividades propuestas en el enunciado de la pregunta consumen de media al menos el 10% del tiempo de gestión y tres de ellas más del 20%. Destacan como las actividades de gestión principales, en cuanto al tiempo invertido, el planificar y organizar que aglutinan el 50% del tiempo de los jefes de servicio. Otra actividad consume un porcentaje importante de tiempo medio: comunicar e informar.

**Tabla 2.4 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 2.2.**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Planificar	103	5	25,366	20	20	13,833	5	80
Organizar	103	5	25,512	25	20	11,172	5	70
Controlar	103	5	14,824	10	10	9,555	0	60
Evaluar	102	6	11,522	10	10	6,105	0	20
Comunicar e informar	102	6	21,410	20	20	13,603	0	70
Otra actividad	10	98	16,830	17,5	10	8,409	5	30



**Gráfico 2.7 Representación de la media del porcentaje del tiempo dedicado a la gestión que los jefes de servicio dedican habitualmente a distintas actividades.**



La **tabla 2.5** presenta a los jefes de servicio agrupados por aquella actividad de gestión en la que consumen una mayor proporción de su tiempo. A diferencia de lo que sucedía con la pregunta anterior, la dispersión de las opiniones de los clínicos es mayor, por tanto no hay unanimidad en cuál es la actividad principal de gestión.

Una única actividad de gestión es la principal para más del 23% de los clínicos, las demás apenas pasan del 18%. Éste es el caso de “organizar”, que es la primera ocupación para el 23% de los jefes de servicio. Al mismo tiempo, es la actividad que cuenta con una dedicación media del 39% de su tiempo de gestión.

También resalta el hecho de que un 36,6% de los encuestados dedique el mismo tiempo a dos o más actividades, llegando un 13,6% a expresar que dedica el mismo tiempo a todas las actividades propuestas.

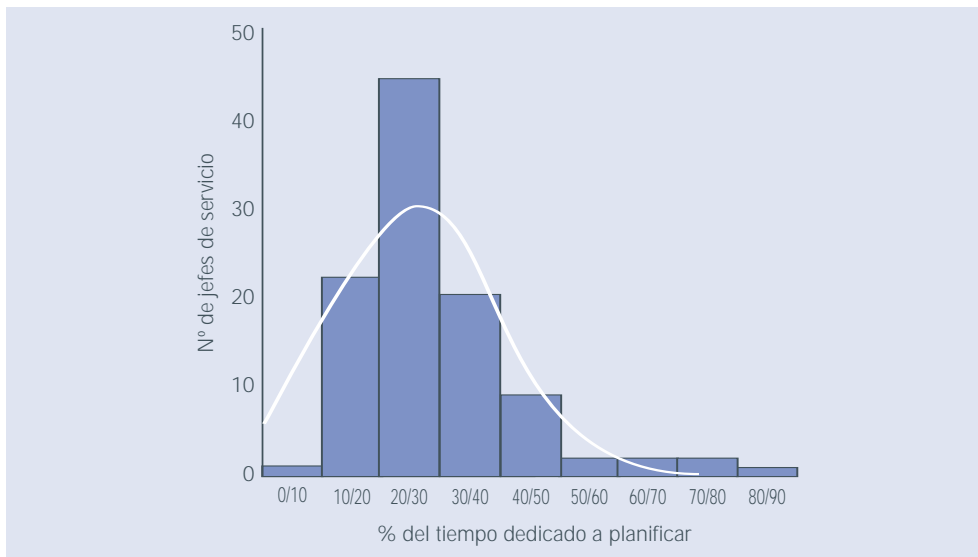
En cuanto a los tiempos medios agregados que dedican a cada una de las actividades de gestión, “organizar”, “planificar” y “comunicar e informar” aglutinan, por término medio, cerca del 40% del tiempo dedicado a gestión por los jefes clínicos

**Tabla 2.5 Actividades específicas de gestión a las que los jefes de servicio dedican mayor proporción de su tiempo dedicado a gestión.**

	N	%	Tiempo medio
Organizar	24	23,3%	39,1%
Planificar	19	18,4%	46,5%
Comunicar e informar	17	16,5%	43,5%
Todas por igual	14	13,6%	20%
Planificar y organizar	10	9,7%	31,5%
Controlar	5	4,9%	46%
Planificar, organizar y comunicar e informar	5	4,9%	25%
Organizar y controlar	2	1,9%	23,8%
Organizar y Comunicar e informar	2	1,9%	35%
Planificar, organizar y controlar	2	1,9%	25%
Controlar y Comunicar e informar	1	0,9%	30%
Comunicar e informar y otra	1	0,9%	30%
Organizar, controlar y comunicar e informar	1	0,9%	20%
Total	103	100%	-

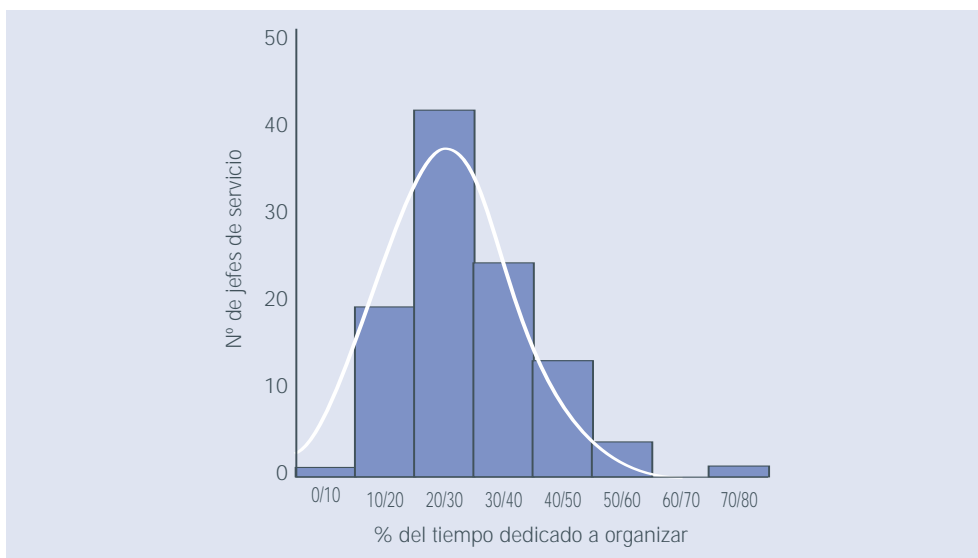
El **gráfico 2.8** muestra la distribución de los porcentajes de tiempo de gestión que dedican a planificar los jefes de servicio. En este caso vemos cómo, a pesar de la existencia de un pequeño grupo que dicen dedicar más del 50% de su tiempo de gestión a planificar, la gran mayoría le dedica entre el 10 y el 50% de ese tiempo. En este rango destacan, sobre los demás, el grupo de jefes de servicio que invierte en planificar entre el 20% y el 30% del ese tiempo.

**Gráfico 2.8 Porcentaje del tiempo de gestión dedicado a planificar por los jefes de servicio.**



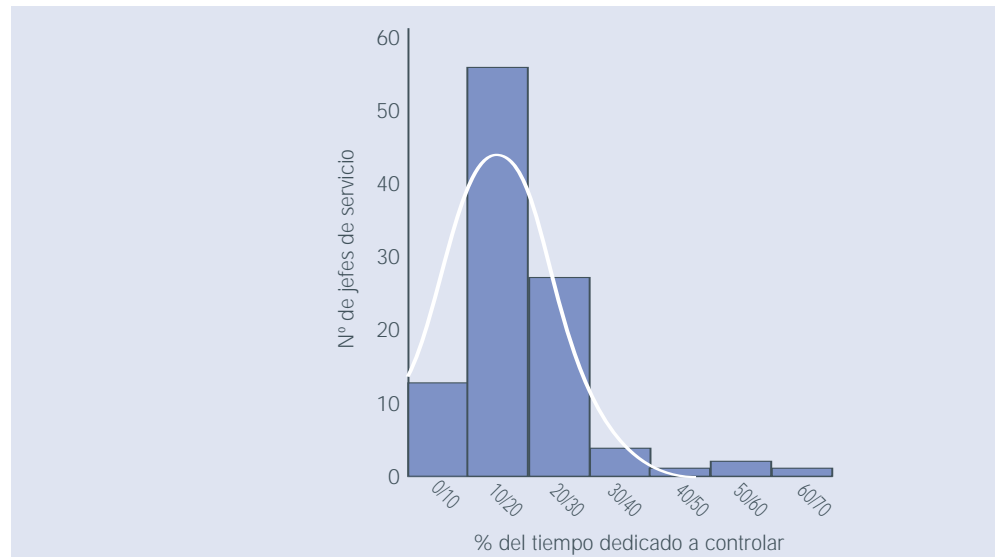
La distribución del tiempo dedicado por los clínicos a organizar se asemeja a la del tiempo invertido en planificar como se aprecia en el **gráfico 2.9**. En este caso, al ser el número de casos atípicos menor, las respuestas de los clínicos se concentran más entre los rangos que van del 10% al 50% del tiempo de gestión, reduciéndose la diferencia entre el número de encuestados que dedica del 20% al 30% del tiempo a organizar, respecto a los demás en ese rango.

**Gráfico 2.9 Porcentaje del tiempo de gestión dedicado a organizar por los jefes de servicio.**



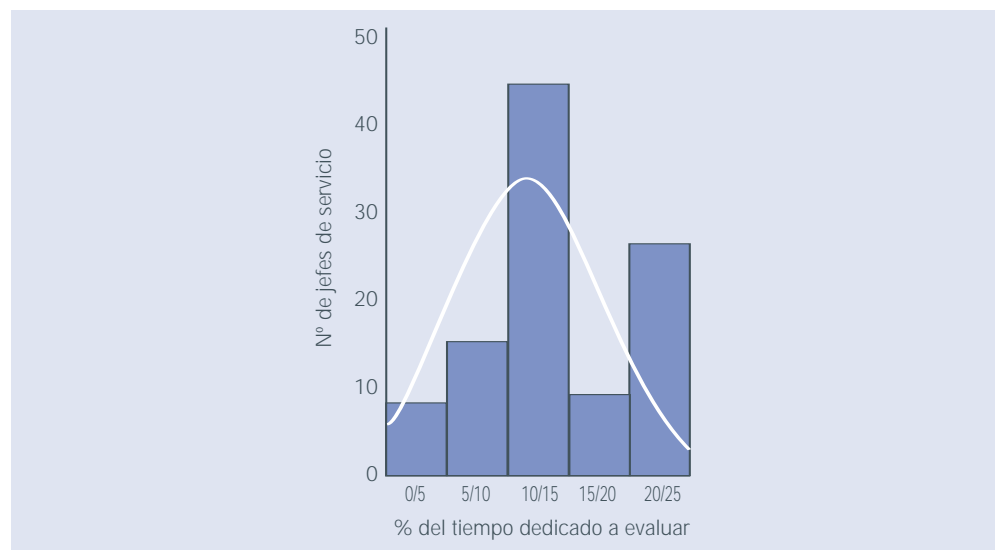
El **gráfico 2.10** muestra la distribución del porcentaje dedicado a controlar por los encuestados. La concentración, en este caso, queda patente, en los rangos comprendidos entre el 10% y el 30% y contrasta con la existencia de un grupo pequeño de clínicos con una dedicación muy grande al control del servicio, llegando incluso a pasar más del 60% de su tiempo de gestión en labores de control.

**Gráfico 2.10 Porcentaje del tiempo de gestión dedicado a controlar por los jefes de servicio.**



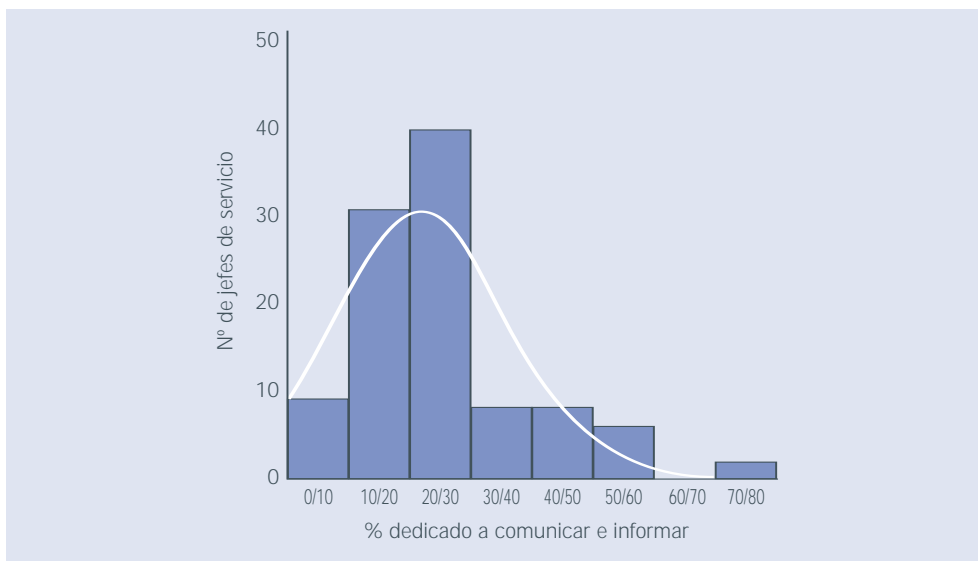
El aspecto más destacado de la representación gráfica del tiempo de gestión dedicado a evaluar, **gráfico 2.11**, en comparación con los anteriores histogramas es la ausencia de respuestas atípicas. Sin jefes de servicio que inviertan una parte considerable de su tiempo de gestión a evaluar, las respuestas se concentran en los rangos que van desde 0% hasta el 25%. Destaca, fundamentalmente, el grupo que le dedica entre el 10% y el 15% de su tiempo, así como aquéllos que lo hacen entre un 20% y un 25%.

**Gráfico 2.11 Porcentaje del tiempo de gestión dedicado a evaluar por los jefes de servicio.**



Finalmente, el **gráfico 2.12** presenta la distribución del tiempo de gestión dedicado a comunicar e informar. Muestra un patrón de distribución similar al del tiempo dedicado a organizar y a planificar, pero con una mayor concentración. En este caso, dos rangos, que comprenden del 10% al 30% del tiempo dedicado a gestión, concentran a la mayoría de los jefes de servicio. Pero tanto el rango menor, de 0% a 10 %, como los siguientes mayores, desde el 30% hasta el 60% aglutinan cada uno alrededor de 10 jefes de servicio. Así mismo, también se observan algunos jefes de servicio "atípicos" que dedican más del hasta el 80% de su tiempo de gestión a comunicar e informar.

**Gráfico 2.12. Porcentaje del tiempo de gestión dedicado a comunicar e informar por los jefes de servicio.**



La **tabla 2.6** presenta aquellas otras actividades en las que algunos jefes de servicio invierten parte de su tiempo de gestión pero que el enunciado de la pregunta no proponía. De entre las 11 propuestas, merece ser destacado que hasta tres de los jefes de servicio apuntan que dedican entre un 25% y un 30% de su tiempo de gestión a supervisar.

**Tabla 2.6 Otras actividades de gestión a las que los jefes de servicio dedican un porcentaje de su tiempo dedicado a la gestión.**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Actividad de gestión (porcentaje del tiempo en gestión)
1	Cardiología CM	Sin especificar (20%)
2	Cardiología MA	Supervisar (30%)
3	Cardiología MA	Supervisión (25%)
4	Cardiología VA	Todas actividades fuera de horario
5	Medicina Intensiva VA	Estadísticas (5%), informes (5%)
6	Nefrología PV	Incentivar (5%), motivar (10%)
7	Neurología GA	Relación dirección (15%), intercomunicar con otros servicios (10%)
8	Oncología MA	Supervisar (30%)
9	Psiquiatría MA	Sin especificar (10%)
10	Psiquiatría CA	Otras dos sin especificar (10%)
11	Psiquiatría AN	Relaciones de influencia externa (5%)







## 2.3 PLANIFICACIÓN





## 2.3. PLANIFICACIÓN

En esta parte del cuestionario se pretende conocer distintos aspectos de la planificación del servicio, tanto en lo que se refiere a las características de la planificación actual, como a la opinión que los encuestados tienen sobre la misma.

Mediante 15 preguntas, este capítulo aborda aspectos tales como:

- La opinión del jefe de servicio respecto al proceso de planificación de su servicio.
- Las características de la planificación actual
- La responsabilidad del jefe de servicio en la planificación actual
- El compartir la responsabilidad de la planificación
- Coordinación y cooperación con otros servicios

La práctica totalidad de los encuestados entiende que la planificación de su servicio es una necesidad. Como se puede ver en la **tabla 3.1**, casi un 60% lo considera “completamente” necesario mientras que tan sólo dos de los encuestados dicen que no es “nada” necesario o que lo es “poco”. Los cuatro jefes de servicio que responden de forma diferenciada no muestran ningún patrón que permita apuntar a una relación con la especialidad, el tamaño del centro en el que trabajan, o bien la comunidad autónoma en la que ejercen.

### Pregunta 3.1

¿Hasta qué punto cree en la necesidad de planificar su trabajo/ servicio?

**Tabla 3.1 Grado en el que los jefes de servicio creen en la necesidad de planificar su trabajo/servicio.**

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho	Total
¿Hasta qué punto crees en la necesidad de planificar tu trabajo/servicio?	1	1	2	39	63	106
	0,94%	0,94%	1,89%	36,79%	59,4%	100%

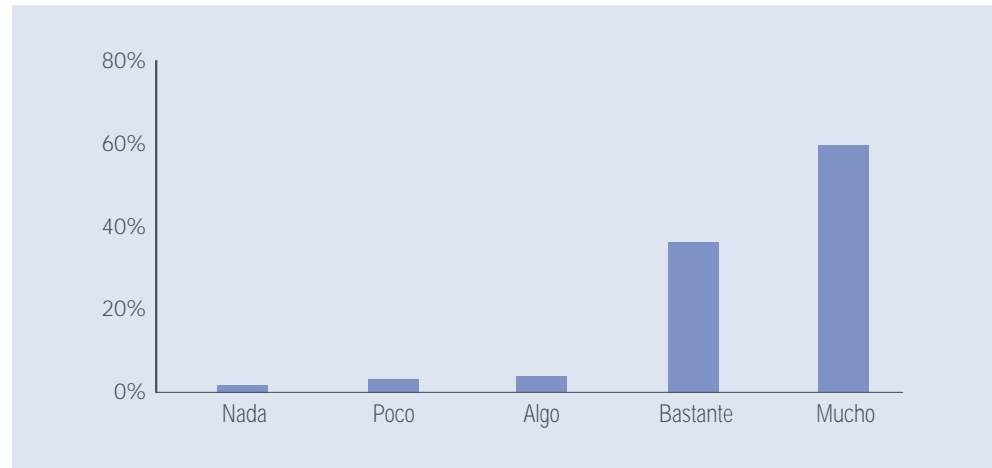
La **tabla 3.2** presenta los estadísticos correspondientes a las respuestas de los encuestados:

**Tabla 3.2 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 3.1.**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
¿Hasta qué punto crees en la necesidad de planificar tu trabajo/servicio?	106	2	4,528	5	5	0,679

El **gráfico 3.1** permite apreciar cómo los jefes de servicio, de forma casi unánime, creen “bastante” o “mucho” en la necesidad de planificar el servicio.

**Gráfico 3.1. Representación del grado en el que los jefes de servicio creen en la necesidad de planificar su trabajo/servicio (1=Nada, 5=Mucho)**



### ● **Pregunta 3.2**

¿Puede indicarnos tres razones que expliquen su respuesta?

Las razones que explican esa necesidad según los encuestados se recogen en la **tabla 3.3**, en la que se aprecian las razones por las que los jefes de servicio consideran que es necesaria la planificación del servicio. Son pocos los que relacionan sus respuestas al proceso propio de la gestión, como la formulación de propuestas estratégicas para el servicio o la consecución de los objetivos. También son una minoría aquellos que ofrecen una razón en la que se entiende la planificación como un instrumento asociado a mejoras en la calidad de la asistencia prestada o de la satisfacción de los pacientes.

**Tabla 3.3 Razones indicadas por los jefes de servicio que explican el grado en el que creen que es necesario planificar su trabajo/servicio.**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Grado	Razón 1	Razón 2	Razón 3
1	Análisis Clínicos MA	Mucho	Elevada presión asistencial	Cubrir las incidencias	Cumplir los objetivos
2	Anestesia CT	Bastante	Servicio es muy grande	Es muy diversificado	Tiene mucha presión asistencial
3	Cardiología IC	Bastante	Aprovechamiento de RRHH	Valorar la capacidad asistencial	Aprovechamiento de los recursos tecnológicos
4	Cardiología CM	Bastante	Control calidad proceso	Satisfacción facultativos	Rediseño de procesos
5	Cardiología GA	Bastante	Poder responder en tiempo	Responder a las expectativas y forma a la demanda	Investigación y docencia del grupo
6	Cardiología CM	Mucho	La planificación permite	Permite prever y solucionar conseguir los objetivos	Permite planificar los cambios los problemas
7	Cardiología MA	Mucho	Mejorar eficiencia	Mejorar eficacia	Mejorar calidad
8	Cardiología AN	Mucho	Para que cada uno sepa lo que tiene que hacer	Para llevar una mejor organización	Para mejorar la actividad del servicio
9	Cardiología GA	Mucho	Responder a la demanda de manera realista	Desarrollo cualitativo y cuantitativo	Motivación del personal. Objetiva
10	Cardiología AR	Mucho	Optimizar recursos	Mejorar resultados en términos de eficacia y eficiencia	Priorizar áreas de crecimiento
11	Cardiología MA	Mucho	La necesidad de ajustar al contrato programa	La falta de objetivos institucionales	
12	Cardiología VA	Mucho	Definir objetivos	Diseñar estrategias	Evaluar resultados
13	Cardiología VA	Mucho	Hay que adelantarse a los acontecimientos	Es necesario adecuar recursos a problemas de salud	Hay que saber donde se va
14	Cardiología AS	Mucho	Redunde en el bien del servicio	Es eficaz	Mejora las condiciones de trabajo
15	Cardiología VA	Mucho	Optimizar recursos	Ilusionar a profesionales	Resolver problemas, satisfacer necesidades asistenciales
16	Cardiología MA	Bastante	Mejora de la eficiencia	Optimizar recursos	Optimizar recursos
17	Cirugía CA	Algo	Conocedor de las necesidades del cliente	Nuevas tecnologías	Nuevas tecnologías
18	Cirugía IC	Mucho	Mejora indudablemente	Optimiza el trabajo de la gente los resultados	Permite gestionar mejor los recursos
19	Cirugía Torácica MU	Bastante	La actividad debe ser medida	Debe ser planificada	Debe ser corregida en sus desviaciones
20	Cuidados Críticos y Urgencias CA	Bastante	Establecer funciones de cada estamento	Que siga la actividad independientemente de que haya falta de personal	Mantener la misma línea de trabajo
21	Farmacia MA	Bastante	Marcar mis propios objetivos	Conseguir mis propios objetivos	Mejorar mis propios objetivos
22	Farmacia Hospitalaria CA	Bastante	Buena planificación disminución de fallos	Buena planificación mejor organización interna	Buena planificación mejor respuesta al cliente externo
23	Farmacia Hospitalaria MA	Mucho	No se puede realizar mi trabajo si no se planifica	No se puede saber que personal pedir para solucionarlo	No se puede tener el material a tiempo y hora si no se planifica

**Tabla 3.3 Razones indicadas por los jefes de servicio que explican el grado en el que creen que es necesario planificar su trabajo/servicio (Cont.).**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Grado	Razón 1	Razón 2	Razón 3
24	Farmacia Hospitalaria CA	Mucho	Si se planifica se sabe donde vamos	La gente sabe que tiene que saber cómo organizarse	Se obtienen mejores resultados
25	Farmacia Hospitalaria LR	Mucho	Conseguir la realización de los objetivos	Lo importante se haga en los plazos previstos	Evitar pérdidas de tiempo (llamadas teléfono, visitas sin cita)
26	Ginecología y Obstetricia -	Mucho	Mejor organización, mejora en calidad del trabajo	Satisfacción personal y de los pacientes	Aprovechamiento del tiempo y recursos
27	Medicina Intensiva -	Bastante	Conflictos internos equipo/grupo	Escasa cultura de	Evitar o disminuir la ineficacia
28	Medicina Intensiva C	Bastante	Identificar la necesidad de la prestación del servicio	Mejorar la asistencia e incentivar	Satisfacción persona y el cliente
29	Medicina Intensiva VA	Mucho	Por mi responsabilidad	Porque lo mandan las normas	Porque si no tienes información no eres nada
30	Medicina Interna AN	Mucho	Evitar improvisación	Ser equitativo	Conocer cada situación
31	Microbiología VA	Mucho	Es imprescindible con el esquema de trabajo actual	Es la base para decidir recursos que posibilitan hacerlo	
32	Nefrología NA	Algo	El personal cualificado sabe lo que debe hacer		
33	Nefrología CA	Bastante	Nuevas tecnologías	Necesidad de más investigación	Compartimentar mejor la asistencia
34	Nefrología MU	Bastante	Necesidad de anticipación	Limitación de listas de espera	Necesidad de organización
35	Nefrología CA	Bastante	Prever el futuro	Prever los recursos	Desarrollar políticas de crecimiento de cualidades y de desarrollo personal
36	Nefrología AN	Bastante	No incentivación del personal	Impunidad del personal ante persona el no cumplimiento	
37	Nefrología CL	Bastante	Prevenir imprevistos		
38	Nefrología CA	Bastante	Los proyectos de futuro incentivan	Los proyectos de futuro mejoran la calidad	Los proyectos de futuro evitan anquilosamiento
39	Nefrología CM	Mucho	Trabajar a demanda quema al personal	Si no se planifica no se conocen las cargas de trabajo	Planificar para prever las necesidades
40	Nefrología VA	Mucho	Condiciona el logro de objetivos	Condiciona la satisfacción del personal	Condiciona la satisfacción de la población a asistir
41	Nefrología CA	Mucho	Recursos materiales	Recursos personales	
42	Nefrología PV	Mucho	Imprescindible para obtener una calidad adecuada	Para conseguir eficiencia en cada área	Para conseguir objetivos de asistencia, docentes y científicos.
43	Nefrología MA	Mucho	Parte básica del "oficio" de jefe (líder)	Esencial para fomentar de motivación	Pocas posibilidades reales que lo hagan los otros
44	Nefrología AN	Mucho	Conseguir eficacia	Responder a los objetivos	Evitar tensiones
45	Nefrología AN	Mucho	Muchas actividades distintas	Necesidad de rotación del personal	Necesidad de formación del personal
46	Nefrología EX	Mucho	Por ser el responsable	Por ser cambiante	Para mejorar relaciones

**Tabla 3.3 Razones indicadas por los jefes de servicio que explican el grado en el que creen que es necesario planificar su trabajo/servicio (Cont.).**

	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado		Grado	Razón 1	Razón 2	Razón 3
47	Neumología	MA	Bastante	Mejor calidad asistencial	Mejor aprovechamiento del tiempo	Satisfacción personal
48	Neumología	IC	Mucho	Aumenta la eficiencia y la calidad	Que cada trabajador puede saber por qué y para qué trabaja	Para corregir errores
49	Neumología	NA	Mucho	Eficacia en el trabajo	Facilitar la actividad asistencial	Aumenta la satisfacción de los miembros del servicio
50	Neumología	CA	Mucho	Sin planificación baja la calidad del trabajo	Sin planificación es difícil evaluar	Ergo: es imposible valorar la consecución de objetivos
51	Neurología	VA	Bastante	Para mejora de la calidad asistencial	Mayor rentabilidad económica	
52	Neurología	AR	Bastante	Planteamiento de objetivos claros	Involucrar a los miembros en la planificación	Conseguir mayor eficacia y rentabilizar recursos
53	Neurología	AN	Mucho	Necesidad filosófica (saber que tienen que hacer y para qué)	Necesidad de adecuar el servicio a las necesidades a corto-medio plazo	Necesidad de obtener recursos necesarios para conseguir que el plan funcione (con antelación suficiente)
54	Neurología	CA	Mucho	Para conocer los circuitos	Valorar las modificaciones	Conocer el rendimiento personal
55	Neurología	CA	Mucho	Obtención de la máxima eficacia del trabajo	Conseguir la mayor calidad asistencial	Disponer de la máxima satisfacción personal laboral
56	Neurología	GA	Mucho	Racionalizar la actividad	Readaptar las necesidades	Promover el cambio
57	Neurología	CA	Mucho	Planificar para mejorar la satisfacción del personal	Planificar para conseguir los objetivos	Planificar para optimizar recursos
58	Neurología	MA	Mucho	Optimizar los recursos	Trazar objetivos asistenciales y docentes	Investigación
59	Neurología	AN	Mucho	Sin planificación no se tiene dirección	Sin planificación no hay rumbo ni objetivos	Sin planificación no hay estructura de equipo ni definición de funciones
60	-	-	Bastante	Empirismo (cuando no le haga falta)	Necesidad pedida por labor diaria	Necesidad pedida por directores
61	-	AN	Mucho	Evaluar para cumplir objetivos	Conocimiento de tareas con antelación por parte de los facultativos	Asignación de recursos
62	Oncología	VA	Mucho	Adecuación del personal al puesto de trabajo	Gestión de los recursos económicos y materiales	Priorización de inversiones
63	Oncología	MA	Nada	La improvisación es motivo de crisis	Los trabajadores necesitan tener su trabajo planificado	
64	Psicogeriatría	CA	Bastante	La tradición previa del Hospital Psiquiátrico	El cambio en la organización	La necesidad de evaluar los resultados
65	Psiquiatría	AN	Bastante	Análisis de la demanda	Evaluar lo que se hace	Buscar resultados
66	Psiquiatría	GA	Mucho	Todo trabajo hay que planificarlo		
67	Psiquiatría	AS	Bastante	Intervenir con calidad	Modular la demanda	Utilizar los recursos eficientemente



**Tabla 3.3 Razones indicadas por los jefes de servicio que explican el grado en el que creen que es necesario planificar su trabajo/servicio (Cont.).**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Grado	Razón 1	Razón 2	Razón 3
68	Psiquiatría CA	Bastante	Crecimiento del servicio	Optimización de los recursos	Integración docencia / investigación / asistencia
69	Psiquiatría AR	Bastante	La diferenciación de funciones hacen que uno se pueda dispersar	Conveniencia de mantener función asistencial puente y que no aumente	
70	Psiquiatría CA	Bastante	Anticipación de necesidades	Mejor distribución del tiempo	Mejor coordinación entre profesionales
71	Psiquiatría AS	Bastante	Mayor eficacia	Necesidad de orden y coordinación	
72	Psiquiatría MA	Bastante	Potenciar calidad	Optimizar recursos	Cumplir objetivos
73	Psiquiatría CL	Bastante	Precisa objetivos	Organizar los recursos humanos	Posibilidad de variación y flexibilidad
74	Psiquiatría AN	Bastante	El servicio está muy estructurado ahora	Siempre se presentan situaciones nuevas	Hay que prever líneas de futuro; urgencias, nuevas demandas, incentivar con cambios
75	Psiquiatría IC	Mucho	Por responsabilidades profesionales	Por exigencias inherentes al servicio	Por simple evidencia
76	Psiquiatría CA	Mucho	Se pierde menos tiempo	Se está más allá del día a día	
77	Psiquiatría MA	Mucho	Optimización de recursos	Formación específica del personal	Planes específicos a problemas prevalentes
78	Psiquiatría CA	Mucho	Cumplir los objetivos propuestos	Rentabilizar la actividad asistencial	Mejorar las condiciones laborales de los profesionales
79	Psiquiatría CA	Mucho	Elaboración del plan estratégico		
80	Psiquiatría PV	Poco	Los objetivos dependen de factores externos	No cultura en hacerlo	Planificación burocrática
81	Enfermedades Infecciosas AN	Mucho	Gestión por objetivos	Coordinación de esfuerzos	Gestión de recursos
82	UCI Quirúrgica CA	Bastante	Trabajo asistencial protocolos	Investigación	
83	Urología CL	Bastante	Si no hay planificación, no puede haber organización	La falta de organización lleva al desorden	El desorden no permite evaluación y denota falta de liderazgo
84	Urología MA	Bastante	El servicio conoce qué debe hacer	El servicio conoce cuándo lo debe hacer	El servicio conoce quien le sustituye
85	Urología GA	Mucho	Centro privado (concertado)	Pacto anual de objetivos	Objetivos ligados a salario
86	Urología CM	Mucho	Sin planificación, no hay tareas	Sin planificación, no hay orden	Sin planificación, no hay responsabilidad
87	Urología VA	Mucho	Mejora en la organización	Mejora la rentabilidad	Mejora de la eficiencia
88	Urología VA	Mucho	Adecuada rentabilización y racionalización	Mejor evolución de los procesos: menos incertidumbre	Mayor satisfacción final del paciente
89	Urología CA	Mucho	Trazar objetivos	Justificar las decisiones	Tener satisfacción



**Tabla 3.3 Razones indicadas por los jefes de servicio que explican el grado en el que creen que es necesario planificar su trabajo/servicio (Cont.).**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado		Grado	Razón 1	Razón 2	Razón 3
90	Urología	AS	Mucho	Controlar la actividad del personal	Mejorar la calidad asistencial	Mejorar el rendimiento
91	Urología	CL	Mucho	Mejor organización de la actividad	Previsión de necesidades a medio-largo plazo	Valoración de resultados ex-post
92	Urología	CL	Mucho	Conocer nuestros objetivos a medio plazo	Que cada cual conozca sus obligaciones	
93	Urología	AN	Mucho	La falta/poca planificación disminuye la eficiencia		
94	Urología	CA	Mucho	Mayor capacidad asistencial	Mayor calidad medica	Menor gasto
95	Urología	AN	Mucho	Rendimiento del trabajo	Controla el tiempo a corto y largo plazo	Controla y organiza el trabajo con antelación de los procesos asistenciales
96	Urología	-	Mucho	Permite una visión global a plazo medio de objetivos	Subordina eficazmente esfuerzos y recursos a objetivos prioritarios	Estimula a las personas al plantear planes y objetivos prioritarios previos
97	Urología	-	Mucho	Esencial definir dónde estamos y a dónde queremos llegar	Esencial para comprometer a los miembros del servicio	Clave del éxito a medio-largo plazo en un entorno competitivo
98	Urología	-	Mucho	Necesaria para obtener buenos resultados	Necesario para garantizar la continuidad asistencial	Necesaria para la coordinación entre servicios y estamentos

La **tabla 3.4** muestra cómo la inmensa mayoría de los jefes de servicio sostiene que en su servicio las actividades y actuaciones se planifican. Como se ve en la tabla casi un 94% así lo reconoce. Tan sólo siete de los encuestados indican que en su servicio no se planifican las actividades y / o actuaciones.

**Tabla 3.4 Número de jefes de servicio que indican que planifica las actividades del servicio.**

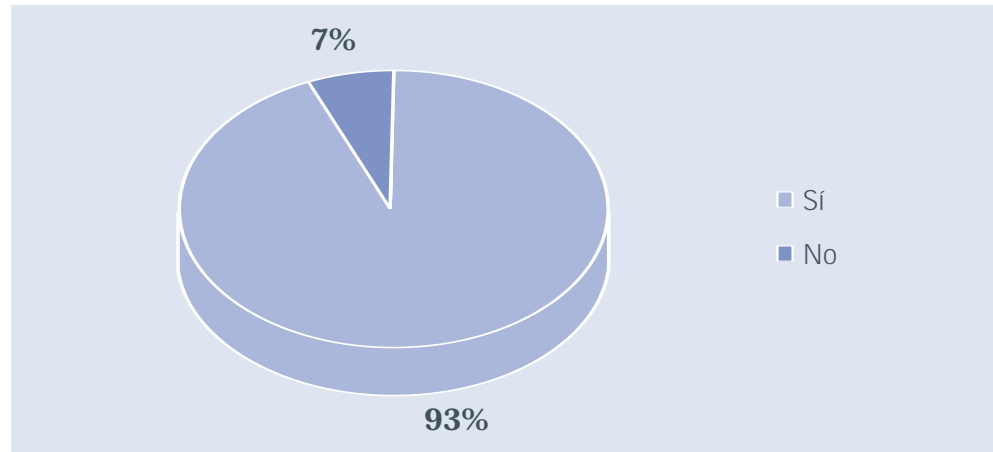
	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Se planifican las actividades y / o actuaciones del servicio?	99	93,4%	7	6,6%	106

### Pregunta 3.3

¿Se planifican las actividades y/o actuaciones de su servicio?

El permite apreciar la práctica unanimidad de las respuestas de los encuestados:

**Gráfico 3.2 Representación gráfica del número de jefes de servicio que indican que las actividades y/o actuaciones de su servicio se planifican.**



### ● Pregunta 3.4

¿Cuál es el alcance temporal actual de la planificación de su servicio?

En caso de respuesta afirmativa en la pregunta 3.3, se realizaban las siguientes preguntas:

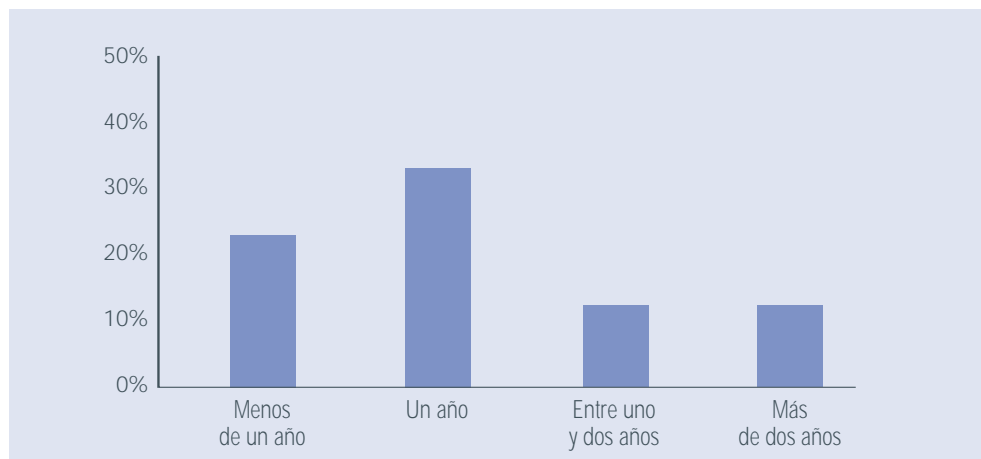
En la **tabla 3.5** se presenta el número de jefes de servicio que indican el horizonte temporal actual de la planificación en sus servicios. Según las respuestas de los encuestados, esta planificación se realiza bajo un horizonte temporal de un año o menos de un año, en el 66% de los servicios. Sólo un 16% reconoce que en su servicio se practica una planificación estratégica a más largo plazo, más de dos años.

**Tabla 3.5 Alcance temporal actual de la planificación del servicio de los encuestados.**

Alcance temporal:	N	%
Menos de un año	28	28,8%
Un año	37	38,1%
Entre uno y dos años	16	16,4%
Más de dos años	16	16,4%
Total	97	100%

En el **gráfico 3.3** se representa el porcentaje de jefes de servicio según el horizonte temporal de la planificación en su servicio:

**Gráfico 3.3 Representación del alcance temporal de la planificación actual del servicio de los encuestados.**



En la **tabla 3.6** se ve cómo, en la opinión de los encuestados, se da una considerable diversidad en cuanto al alcance temporal que la planificación debería tener. Aun cuando la mayoría tiende a considerar que la planificación debería ser a más largo plazo –el 68% querría una planificación superior a un año–, un grupo significativo, más del 25%, cree que ésta debería ser a un año. Únicamente seis encuestados consideran que la planificación debería tener un alcance inferior al año.

### Pregunta 3.5

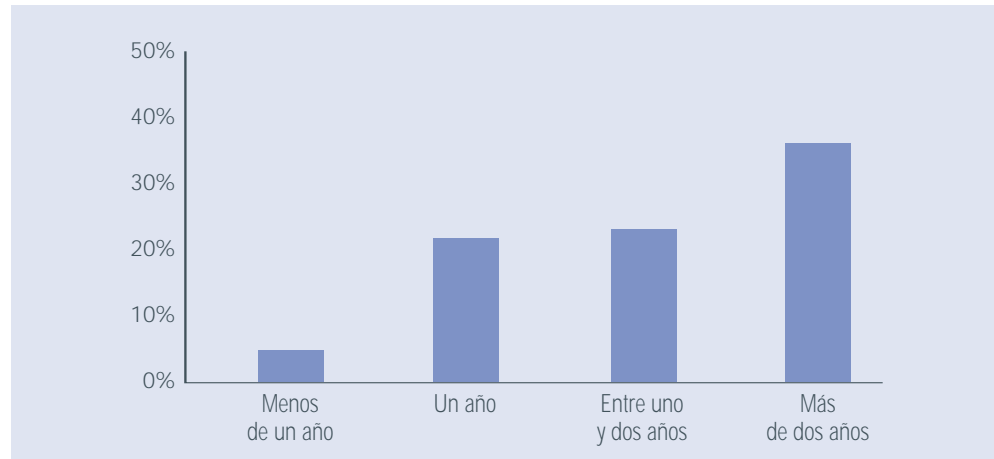
¿Cuál cree que debería ser el alcance temporal?

**Tabla 3.6. Alcance temporal deseable en la planificación del servicio según los jefes de servicio.**

	N	%
Menos de un año	6	5,80%
Un año	26	25,49%
Entre uno y dos años	29	28,43%
Más de dos años	41	40,2%
Total	102	100%

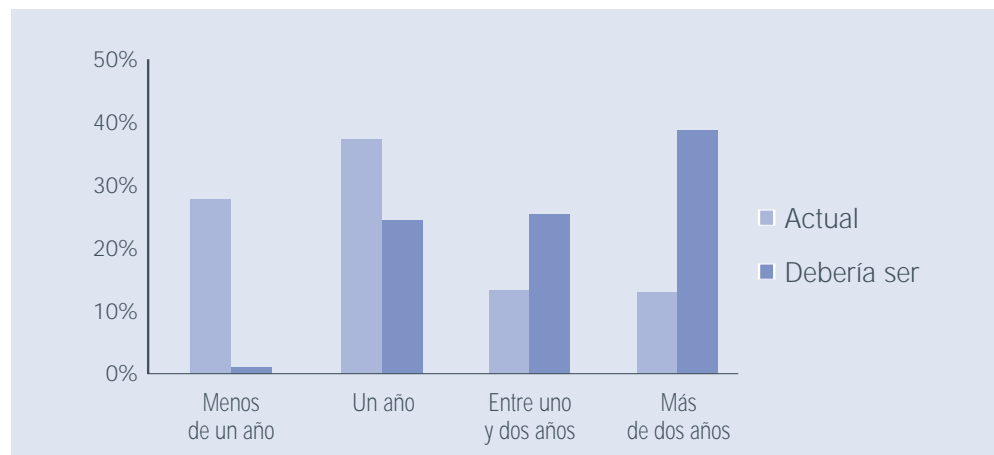
El **gráfico 3.4** muestra la distribución de los horizontes temporales deseables según los jefes de servicio.

**Gráfico 3.4 Representación de cuál debería ser alcance temporal de la planificación del servicio según los jefes de servicio.**



El **gráfico 3.5** permite apreciar las diferentes tendencias que los jefes de servicio muestran entre el alcance de la planificación actual y aquel que ellos creen que debería ser. Se puede apreciar cómo el conjunto de los encuestados cree que la planificación del servicio debería realizarse a más largo plazo que en la actualidad.

**Gráfico 3.5 Representación de la comparación entre el alcance temporal actual de la planificación y la que los jefes de servicio creen que debería ser.**



Los jefes de servicio parecen mostrar un alto grado de acuerdo respecto a su responsabilidad en la planificación actual del servicio (tabla 3.7). De este modo, un 76% de los encuestados dice ser “bastante” o “completamente” responsable de esa planificación. Solamente un pequeño grupo de ellos, compuesto por el 9% de los encuestados, declara serlo “poco” o “nada”. El 14% considera serlo “algo”.

### Pregunta 3.6 ●

¿Hasta qué punto es el responsable de la planificación actual de su servicio?

**Tabla 3.7. Grado en el que los jefes de servicio son los responsables de la planificación actual del servicio.**

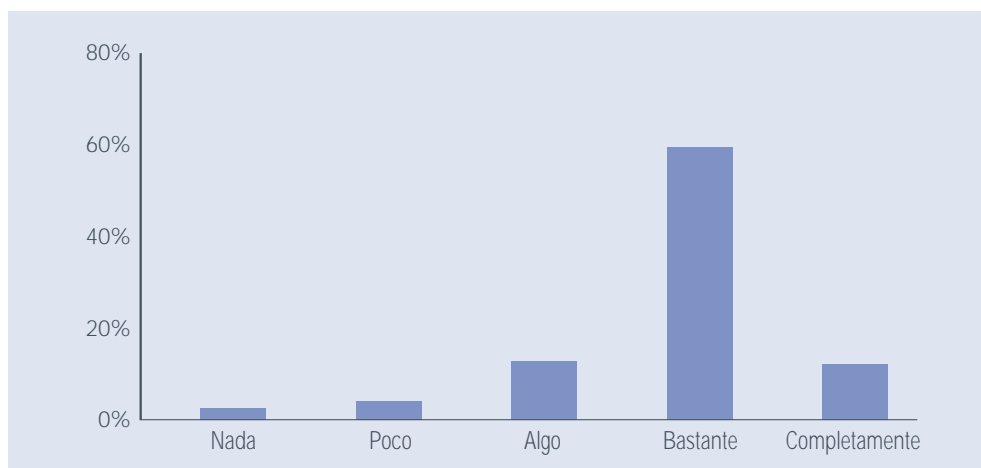
	Nada	Poco	Algo	Bastante	Completamente	Total
¿Hasta qué punto eres el responsable de la planificación actual de tu servicio?	3	7	15	68	14	107
	2,8%	6,54%	14%	63,55%	13,08%	100%

La tabla 3.8 muestra los estadísticos de la respuesta anterior, que se representa en el gráfico 3.6.

**Tabla 3.8 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 3.6.**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
¿Hasta qué punto eres el responsable de la planificación actual de tu servicio?	107	1	3,776	4	4	0,861

**Gráfico 3.6 Representación del grado en que los jefes de servicio son responsables de la planificación actual del servicio.**



● **Pregunta 3.7**

¿Hasta qué punto cree que realmente le corresponde esa responsabilidad?

Los jefes de servicio encuestados consideran que la planificación es una responsabilidad que les corresponde realmente a ellos; el 92% entiende que es su responsabilidad “bastante” o “completamente”. En este caso, un solo jefe de servicio considera que le corresponde “poco” la responsabilidad de planificar su unidad.

**Tabla 3.9 Grado en el que los jefes de servicio creen que realmente les corresponde la responsabilidad de la planificación del servicio.**

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Completamente	Total
¿Hasta qué punto crees que realmente te corresponde esa responsabilidad?	-	1	7	60	39	107
	-	0,93%	6,54%	66,07%	36,44%	100%

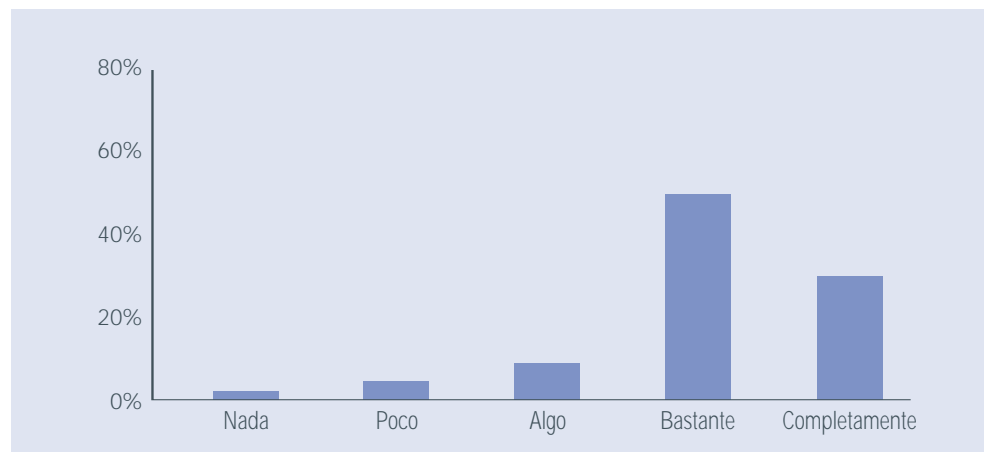
La **tabla 3.10** recoge los estadísticos de las respuestas a la pregunta:

**Tabla 3.10 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 3.7.**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
¿Hasta qué punto crees que realmente te corresponde esa responsabilidad?	107	1	4,280	4	4	0,626

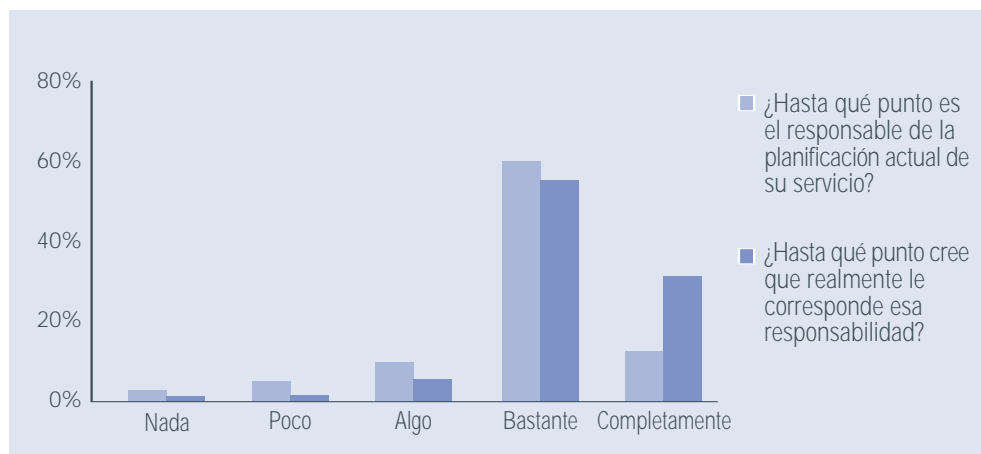
El **gráfico 3.7** muestra el grado en que los jefes de servicio entienden que les corresponde la responsabilidad de planificar.

**Gráfico 3.7 Representación del grado en que los jefes de servicio creen que realmente les corresponde la responsabilidad de la planificación del servicio.**



En el **gráfico 3.8** se presenta una comparación de los porcentajes de las respuestas a las dos cuestiones últimas referidas a la responsabilidad de los jefes de servicio en la planificación. En él se puede apreciar cómo existe un desajuste, a nivel agregado, por el que los jefes de servicio creen que les corresponde más esa responsabilidad que en el nivel actual en el que la ejercen.

**Gráfico 3.8 Representación del grado de responsabilidad que tienen los jefes de servicio sobre la planificación actual y el grado de creencia de que esta responsabilidad les corresponde.**



A pesar de considerarse responsables de la planificación, como acabamos de ver, los jefes de servicio comparten esa tarea con otros directivos o responsables de la organización, aunque no del mismo modo con cada uno de ellos, como muestra la **tabla 3.11**.

Por un lado, un 57% de los encuestados comparte esta responsabilidad “bastante” o “del todo” con la dirección médica y, por otro lado, lo hacen en un 40% con la dirección de la gestión. Esta corresponsabilidad se reduce respecto a la dirección de enfermería, donde el 50% de los jefes de servicio dice no compartirla o hacerlo “poco” con esa dirección.

El grupo de directivos con el que parecen ser los jefes de servicio menos proclives a planificar conjuntamente es claramente el de los demás jefes de servicio de su centro. En este caso, sólo un 13% de los encuestados dice planificar su servicio con sus homólogos de otras especialidades, siendo el 65% los que “no” lo hacen o lo hacen “poco”.

### Pregunta 3.8

En el caso de que tenga algún grado de responsabilidad en la planificación de su servicio, ¿puede indicar si las comparte con los cargos que le proponemos y qué peso tienen ellos en esa responsabilidad?

**Tabla 3.11 Grado en el que los jefes de servicio comparten su responsabilidad en la planificación del servicio con otros cargos.**

Cargos	No	Ninguna	Poco	Algo	Bastante	Del todo	Total
Otros jefes de servicio	33	13	22	21	13	1	103
	32%	12,6%	21,3%	20,3%	12,6%	0,97%	100%
La dirección médica	6	-	11	27	50	9	103
	5,8%	-	10,6%	26,2%	48,54%	8,7%	100%
La dirección de enfermería	21	11	20	28	19	3	102
	20,5%	10,7%	19,6%	27,4%	18,62%	2,9%	100%
La dirección de gestión	14	4	19	22	34	8	101
	13,8%	3,9%	18,8%	21,7%	33,66%	7,9%	100%

La tabla 3.12 nos muestra los estadísticos de las respuestas:

**Tabla 3.12 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 3.8.**

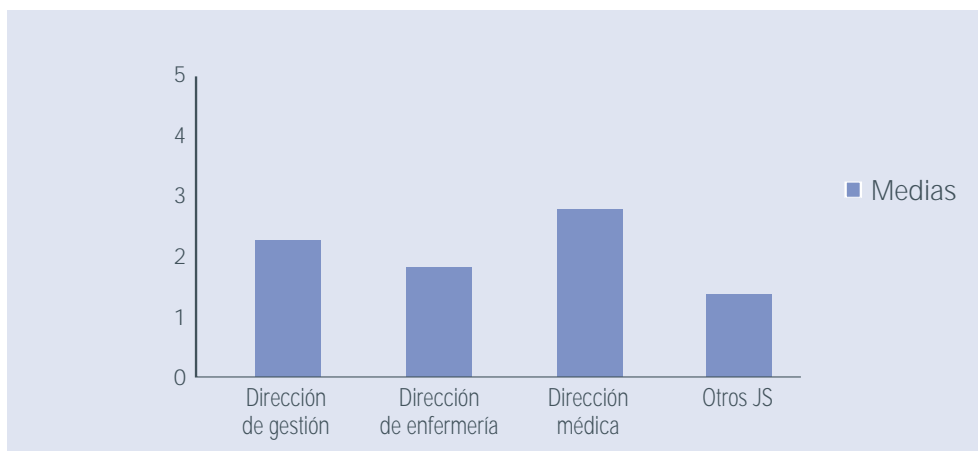
	N	NS / NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Otros jefes de servicio	103	5	1,718	2	0	1,465
La dirección médica	103	5	3,379	4	4	1,156
La dirección de enfermería	102	6	2,216	2	3	1,480
La dirección de gestión	101	7	2,812	3	4	1,495

**Tabla 3.13 Otros agentes con los que los encuestados comparten sus responsabilidades en la planificación de sus servicios.**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Agentes con los que los encuestados comparten la responsabilidad de planificar (grado)
1	Farmacia Hospitalaria MA	Gerencia (bastante)
2	Farmacia Hospitalaria LR	Gerente (bastante)
3	Neumología MA	Médicos del grupo (bastante)
4	Neurología CA	Facultativos servicio (bastante)
5	Neurología AR	Departamento (no)
6	Psiquiatría AN	Coordinador de área (bastante)
7	Psiquiatría CA	Dirección Instituto (bastante)
8	Psiquiatría AN	Mis jefes de sección (bastante)
9	Urología -	Componentes del servicio (bastante)



**Gráfico 3.9 Representación de la media del grado en que los jefes de servicio comparten su responsabilidad con otros agentes.**



Se aprecia en la **tabla 3.14** que los encuestados creen que compartir responsabilidades en el área de planificación con los otros gestores del centro es mayoritariamente necesario. Compartir esa responsabilidad con la dirección médica, la dirección de enfermería y la de gestión se considera necesario por más del 85% de los clínicos. Pero en esta tabla se observa claramente que existe un grupo significativo, el 26% de los encuestados, que cree que la cooperación con los demás jefes de servicio no es necesaria.

**Tabla 3.14 Número de jefes de servicio que cree que es realmente necesario compartir sus responsabilidades en la planificación con aquellos cargos con quienes lo hace.**

Cargos con que sí comparte	Sí es necesario	No es necesario	Total
Otros jefes de servicio	66	24	90
	73,3%	26,7%	100%
La dirección médica	96	4	100
	96%	4%	100%
La dirección de enfermería	83	13	96
	86,5%	13,5%	100%
La dirección de gestión	88	10	98
	89,8%	10,2%	100%

### Pregunta 3.9

En el caso de que comparta su responsabilidad de planificación del servicio con alguno de los cargos mencionados, ¿cree que es realmente necesario?

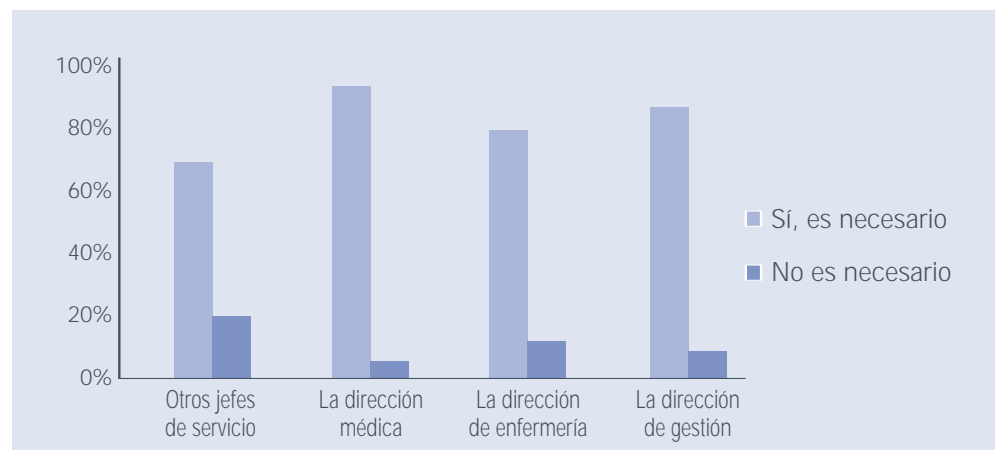
En la **tabla 3.15** aparecen recogidos otros actores con los que los jefes de servicio comparten responsabilidad y entienden que “sí es necesario” compartir esas obligaciones.

**Tabla 3.15 Otros responsables con los que los encuestados comparten y valoran necesario compartir su responsabilidad de planificar.**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Responsables
1	Farmacia Hospitalaria MA	Gerencia
2	Farmacia Hospitalaria LR	Gerente
3	Medicina intensiva -	Entiendo que la organización debe ser jerarquizada
4	Neumología MA	Médicos del grupo
5	Neurología CA	Facultativos servicio
6	Neurología AN	Personal subalterno, celadores, administrativos
7	Neurología CA	Dirección instituto
8	Psiquiatría AN	Sí, mis jefes de sección

El **gráfico 3.10** muestra el alto porcentaje de los jefes de servicio que entienden que es necesario compartir la responsabilidad de planificar con los responsables que la pregunta proponía.

**Gráfico 3.10 Representación de los jefes de servicio que creen que es necesario compartir sus responsabilidad de planificación del servicio con los agentes con quienes lo hace.**



La **tabla 3.16** recoge de forma detallada las razones que han apuntado cada uno de los jefes de servicio encuestados para explicar por qué creen ellos que es necesario compartir sus responsabilidades en la planificación del servicio.

### Pregunta 3.10 ●

¿Puede comentar las razones de su respuesta?

**Tabla 3.16 Razones por las que los jefes de servicio consideran que es necesario compartir su responsabilidad de planificación del servicio.**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Razones
1	Análisis Clínicos MA	La planificación del servicio debería encuadrarse en la planificación de objetivos del Hospital
2	Cardiología MA	Nuestra organización como agrupación de servicios hace imprescindible el compartir la responsabilidad con los cuerpos mencionados, tanto dentro del Instituto como con la Dirección Médica y Gerencia
3	Cardiología AN	Un servicio como el mío (servicio intermedio no finalista) tiene que tener una línea de comunicación de mayor planificación, que se relacione con otros servicios
4	Cardiología AN	Aunque la responsabilidad de la planificación corresponde al jefe de servicio, creo que tiene que contar con las distintas direcciones del Hospital
5	Cardiología IC	Por la influencia que tienen esos cargos sobre la toma de decisiones
6	Cardiología GA	Mis decisiones pueden afectar a otros servicios
7	Cardiología MA	Todos los objetivos a alcanzar están condicionados al menos en parte por algunos de los estamentos mencionados
8	Cardiología VA	Disponemos de administradores que tramitan más que de gestores que deciden
9	Cardiología VA	Es preciso planificar con otros ya que mi actividad incluye en ellos y por supuesto la dirección debe conocer la planificación estratégica (todos estamos en el mismo barco)
10	Cardiología AS	Para planificar actividades, objetivos, aparataje
11	Cardiología VA	La oferta de prestaciones del servicio depende de distribución de responsabilidades de diversos servicios e implica la participación de la dirección en la asunción de responsabilidades y aportación de recursos.
12	Cardiología AN	Mejorar la calidad
13	Cardiología MA	Democratización de la planificación coordinación
14	Cirugía IC	Una cosa es un modelo de gestión en el cual hay una descentralización de unidades, como la mía, y otro el modelo actual. Todo cambia por lo que es difícil responder
15	Cirugía CA	El plan estratégico lo define el gerente, el proceso asistencial necesita de la colaboración de diversas áreas
16	Cirugía Torácica MU	Los servicios del Hospital dependen mucho de la Dirección de Gestión en aspectos fundamentales de la decisión y menos de otras direcciones. La Enfermería es independiente de la facultativa

**Tabla 3.16 Razones por las que los jefes de servicio consideran que es necesario compartir su responsabilidad de planificación del servicio (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Razones
17	Cuidados Críticos y Urgencias CA	La asistencia es multidisciplinaria y la actividad asistencial hace imprescindible las relaciones con otros jefes de servicio. El encaje dentro del resto de la organización justifica sus restantes preguntas
18	Enfermedades Infecciosas AN	El Hospital es un conjunto funcional. Mi sección es muy horizontal. Aprovechamiento de recursos.
19	Farmacia MA	Otros jefes de servicio: para planificar actividades horizontales; dirección médica. Contar con un apoyo y consentimiento. Enfermería para contar con apoyo y consentimiento; Dirección de gestión: para que aporte recursos logísticos materiales
20	Farmacia Hospitalaria MA	Por las características de mi servicio y sus funciones, toda la actividad está relacionada con unos y otros, y en cuanto a la realización del plan final, nada se puede hacer sin el personal necesario, y hoy día los jefes de servicio no tenemos nada que hacer
21	Farmacia Hospitalaria CA	Creo que las direcciones deben estar informadas y ser corresponsales en la medida que implique recursos que dependen de ellas. Pero no directamente responsables en la planificación
22	Farmacia Hospitalaria CA	Hospital equipo complejo farmacia: servicio central que colabora con todos
23	Farmacia Hospitalaria LR	Los responsables de los recursos y actividad de hospital así como de tu asignación; Si tenemos que trabajar juntos es lógico que seamos corresponsales y lleguemos a consensos sobre métodos y competencias
24	Ginecología -	La planificación de un servicio debe ser un objetivo global y obstetricia de toda la institución
25	Medicina Intensiva VA	En las actuales situaciones poco puede decidir un jefe de servicio si no es apoyado por las direcciones hospitalarias que son las que tienen poder decisorio. Asimismo poco puede realizar ante el poder omnímodo del "Baby power" de la enfermería actual y sus normas
26	Medicina Intensiva -	Entiendo que la organización debe ser jerarquizada y estructurada. En la actualidad no lo es, ni se nos da la responsabilidad que debemos tener ni se nos exigen respuestas, aunque es difícil pedir lo que no tienes
27	Medicina Intensiva IC	Identificar las necesidades de funcionamiento para resolver problemas y mejorar
28	Medicina Interna AN	Todos estos cargos comparten responsabilidad
29	Microbiología VA	Con las direcciones médicas y de gestión: asignan recursos; Dirección de enfermería: "se entera" y apoya las decisiones; Otros jefes del servicio: son "clientes internos" apoya participación en proceso asistencial

**Tabla 3.16 Razones por las que los jefes de servicio consideran que es necesario compartir su responsabilidad de planificación del servicio (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado		Razones
30	Nefrología	CA	Ni la asistencia ni las tareas docentes o de investigación son compartimentos estancos
31	Nefrología	MU	Coordinación jerárquica de los miembros del equipo (médicos y enfermeras) y planificación acorde a demanda y capacidades
32	Nefrología	CM	Si no se planifica en conjunto, y respondiendo de los acuerdos, aparecen desajustes de personal y medios entre los distintos procedimientos
33	Nefrología	VA	La adecuación de recursos al logro de unos objetivos requiere la planificación conjunta en el equipo de dirección.
34	Nefrología	CA	Nefrología requiere interacción; para lograr cumplir la planificación necesito sinergias
35	Nefrología	PV	La dirección médica, gerencia, dirección de enfermería deben apoyar la gestión de personas y medios. La plantilla médica del servicio debe tener su cuota de responsabilidad
36	Nefrología	AN	La decisión de conceder, o no, más recursos es suya
37	Nefrología	MA	La planificación es ligada totalmente al resto de la institución
38	Nefrología	NA	No se puede funcionar aislado en el hospital
39	Nefrología	AN	Trabajo en un Hospital donde un paciente precisa atención en varios servicios; Los objetivos del Hospital deben ser compartidos por todos; La gestión de compras debe hacerse de acuerdo con los gestores y los profesionales
40	Nefrología	CA	Intento el mínimo grado de dependencia porque el planteamiento de Dirección y Gerencia son muy tayloristas, dirigistas, centralistas y en contra de la gestión clínica. Los proyectos del servicio con futuro son los que no precisan recursos extras del centro.
41	Neumología	IC	Es impensable e improcedente la planificación aislada del entorno
42	Neumología	NA	Considero que en muchos aspectos la especialidad debe ser totalmente independiente; La colaboración con enfermería es indispensable, pero la tendencia de las direcciones de enfermería es la de funcionar independientemente y favorecer los ATS
43	Neumología	MA	Creo que es necesario compartir responsabilidad en tu planificación con dirección médica y de gestión y sobre todo con los médicos de propio servicio
44	Neurología	CA	Es importante conocer las opiniones de todo el personal del servicio y sobre todo de mis jefes clínicos. No puedo poner en marcha un proyecto si no logro que estemos de acuerdo en un 80-90%. La dirección ha de aceptarlo, RRHH, prestarnos ayuda

**Tabla 3.16 Razones por las que los jefes de servicio consideran que es necesario compartir su responsabilidad de planificación del servicio (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Razones
45	Neurología CA	Es imprescindible contar con la colaboración de la dirección médica y de gestión para dar contenido a los programas del servicio, debido a la nula capacidad de gestión de que disponemos. La dirección de enfermería debería colaborar en la adjudicación de personal
46	Neurología CA	Para conseguir los objetivos debemos de conocer la actitud y grado de interés de los compañeros con el fin de conseguir el objetivo con los menos cambios posibles y la mayor satisfacción de todos
47	Neurología MA	La planificación debería ser multidisciplinar
48	Neurología VA	Dependencia de técnicas y decisiones de otros servicios (radiología, neurofisiología, etc); Concentración de poder de decisión en dirección médica y enfermería
49	Neurología AR	Algunos procesos precisan de una aproximación multidisciplinaria que requiere la necesidad de implicar a otros servicios. La dirección médica debe apoyar las decisiones organizativas. Algunos procesos requieren la participación de enfermería
50	Neurología AN	Es necesario compartir la responsabilidad de planificar la actividad de un servicio tanto con estamentos superiores como otros que colaboran; sin ello sería imposible hacer una labor conjunta e integrada ni real o posible
51	- AN	Todos los estamentos referidos están implicados en la mejora de la calidad
52	Oncología MA	El servicio no tiene autogestión y todas las decisiones que yo tomo en planificación necesitan la aprobación de la Dirección de Gestión, Enfermería y RRHH
53	Psicogeriatría CA	Las responsabilidades y los conocimientos a diferentes niveles
54	Psiquiatría GA	El Hospital es un complejo donde interaccionan todos los estamentos
55	Psiquiatría AN	La Psiquiatría sigue siendo la cenicienta, no la tratan ni se valora como el resto de especialidades, posiblemente, nosotros seamos los propios responsables de esta situación
56	Psiquiatría CA	Gestión debe ayudar en temas de gestión administrativa; La gestión de enfermería es poco relevante en el conjunto asistencial
57	Psiquiatría AR	Concretamente psiquiatría se encuentra un tanto alejada de otras disciplinas, la pertenencia a otras comisiones asistenciales del Hospital no debería a mi juicio "juego" sobre todo al ser un centro pequeño y ser diferentes especialistas los que acuden.
58	Psiquiatría PB	La dirección médica no entiende ni conoce nada de psiquiatría

**Tabla 3.16 Razones por las que los jefes de servicio consideran que es necesario compartir su responsabilidad de planificación del servicio (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Razones
59	Psiquiatría IC	La planificación debe implicar a todo los sectores y niveles de la asistencia, además de otras instancias
60	Psiquiatría CA	Mejor coordinación
61	Psiquiatría CA	Enfermería tiene unas peculiaridades de funcionamiento que hace necesaria su participación en la planificación. La dirección médica me acerca a las realidades tangibles
62	Psiquiatría AS	(No se comprende la respuesta)
63	Psiquiatría MA	Integración en un sistema con mecanismos interactivos facilitadores o bloqueadores
64	Psiquiatría MA	Es imposible una planificación adecuada a la realidad clínica si no existe comunicación y no se consensúan objetivos
65	Psiquiatría CA	Con respecto a la dirección, porque desde ellos se marcan los objetivos y líneas de trabajo anual. Con respecto a otros jefes de servicio, no comparto la responsabilidad aunque si compartimos experiencia.
66	Psiquiatría CA	Dirección colegiada del instituto; jefes clínicos y director del instituto + director de enfermería + director económico administrativo
67	Psiquiatría AN	Debería coordinarme más con servicios como: urgencias, medicina interna, pediatría, hematología (oncología)
68	UCI Quirúrgica CA	Mi unidad depende directamente de dirección médica (organigrama) y la gestión está a mi cargo y tengo un gerente administrativo por encima
69	Urología CL	Los tres estamentos aludidos comportan el mismo interés y pueden tener capacidad de apoyo o veto
70	Urología GA	Sería fundamental compartir el Servicio con jefes anestesia / radiología por necesidades. Adecuada relación con jefatura de enfermería. Actualmente independiente. Apoyo de planes por dir. médica, sólo hace controles
71	Urología VA	Interrelación necesaria entre los distintos niveles
72	Urología VA	Creo que la responsabilidad de planificar debe ser codificada en función de los objetivos que tiene planeados la dirección-gerencia de un Centro
73	Urología MA	Este es un trabajo multidisciplinario que precisaría de una planificación compartida
74	- AN	Todos los estamentos referidos están implicados en la mejora de la calidad

**Tabla 3.16 Razones por las que los jefes de servicio consideran que es necesario compartir su responsabilidad de planificación del servicio (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Razones
75	- -	No existe otro cargo por encima del mío. La dirección tiene potestad para modificar actuación sobre proceso asistencial
76	- -	Las direcciones actuales sólo se dedican a controlar y engarzar estructuras globales, que engloban varios servicios y en el día a día no planifican, ni se interesan. Sólo les interesan los 'números' en un tiempo dado debido al carácter inestable de cargos
77	- -	Mantener la visión global, la coordinación entre áreas, objetivos y continuidad en la asistencia

**Pregunta 3.11**

En el caso de que sea el responsable total de la planificación de su servicio, ¿utiliza alguno de los siguientes medios para hacer participar al resto de personal?

El cuestionario pedía a los jefes de servicio que indicaran qué medios usan para hacer participar al personal de su servicio en el proceso de planificación. De los tres medios propuestos -informar, consultar y atender a las sugerencias del personal- dicen recurrir, con mayor asiduidad, a la información; más del 80% dice hacerlo "siempre". A pesar de que, mayoritariamente, los encuestados consultan y escuchan las sugerencias del resto del personal, un 43% y un 47% respectivamente dice hacerlo sólo "a veces".

**Tabla 3.17 Frecuencia con que los jefes de servicio utilizan distintos medios para hacer participar al resto del personal en la planificación.**

Medios	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca	Total
Les informas	78	17	-	95
	82,1%	17,9%	-	100%
Le haces consultas	54	42	-	96
	56,3%	43,8%	-	100%
Atiendes sus sugerencias	50	46	-	96
	52,1%	47,9%	-	100%



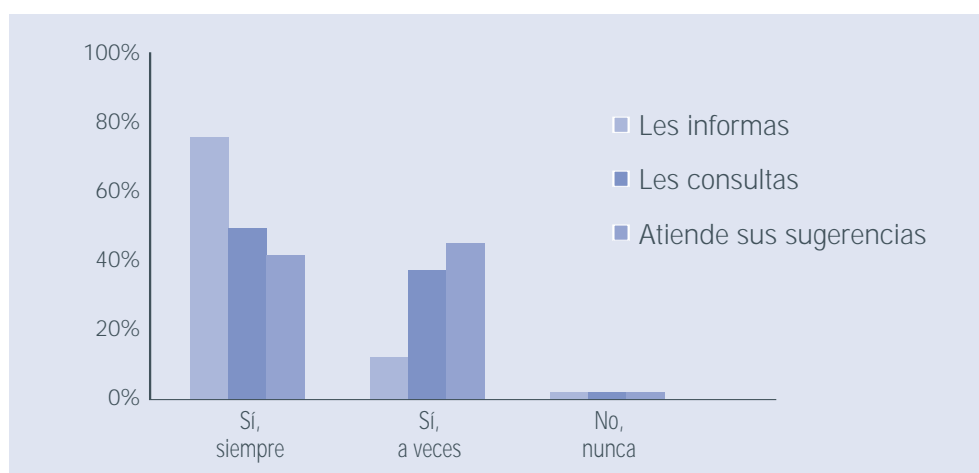
La **tabla 3.18** muestra las respuestas de los jefes de servicio que han mencionado otros medios para hacer participar al resto del personal en la planificación del servicio.

**Tabla 3.18 Otros medios usados por los encuestados para hacer participar al resto de personal en la planificación de sus servicios.**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado		Medio (frecuencia)
1	Nefrología	PV	Apoyo sus propuestas si son eficaces (Sí, siempre)
2	Neurología	AN	Trato de implicarles (Sí, siempre)
3	Oncología	MA	Digamos que soy quien propone la planificación y las direcciones disponen (Sí, siempre)
4	Oncología	VA	A pesar de no poder planificar, la comunicación es fundamental (Sí, siempre)
5	Psicogeriatría	CA	Reuniones anuales para llegar a estrategias de planificación (Sí, siempre)
6	Psiquiatría	AN	Mis jefes de sección (Sí, siempre)

El **gráfico 3.11** permite apreciar la diferencia que hay entre los tres medios de participación propuestos. Al mismo tiempo, el gráfico deja claro cómo ninguno de los encuestados responsables de la planificación manifiesta dejar fuera del proceso al personal de su unidad.

**Gráfico 3.11 Representación de la frecuencia con que los jefes de servicio utilizan distintos medios para hacer participar al resto del personal en la planificación.**



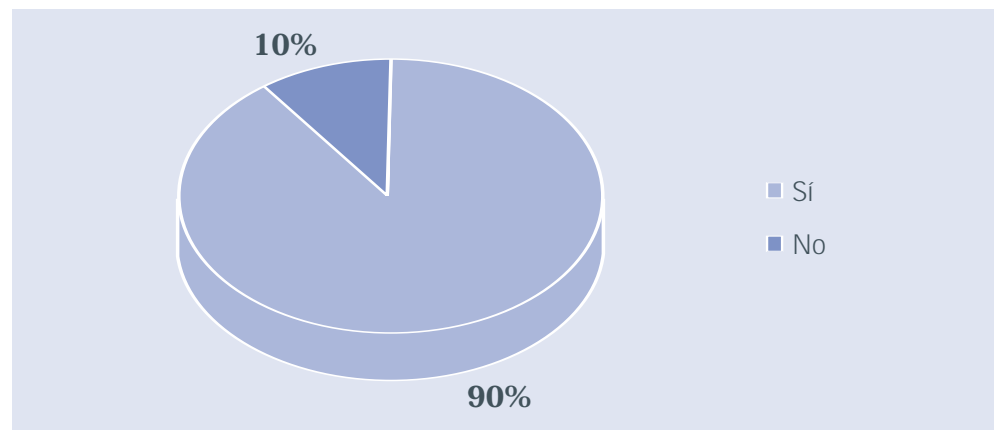
La **tabla 3.19** presenta, en primer lugar, las respuestas relativas a la coordinación de la planificación del servicio con la de otros servicios. Los clínicos encuestados entienden, mayoritariamente, que esa cooperación debe darse. Así lo expresan en un 89% de los casos.

**Tabla 3.19 Número de jefes de servicio que creen que la planificación de su servicio debe coordinarse con la planificación de otros servicios.**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
La planificación de tu servicio, ¿debe coordinarse con la planificación de otros servicios?	95	90,3%	11	9,7%	106

El **gráfico 3.12** permite ver cómo una inmensa mayoría de los jefes de servicio encuestados cree que es necesaria la coordinación con otros servicios en la planificación.

**Gráfico 3.12 Representación de los jefes de servicio que creen que la planificación debe coordinarse con la de otros servicios.**



● **Pregunta 3.12**

¿Podría explicar tres razones para ello?

En la **tabla 3.20** se presentan todas las razones que los jefes de servicio han ofrecido para explicar por qué entienden ellos que la planificación de su servicio debe coordinarse o no con la de los restantes servicios.

**Tabla 3.20 Razones explicadas por los jefes de servicio por las que la planificación del servicio debe coordinarse, o no, con otros servicios**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Debe coordinar la planificación	Razón 1	Razón 2	Razón 3
1	Análisis MA	No	En la actualidad el servicio no involucra a otros		
2	Anestesia Clínicos CT	Sí	Trabajo a demanda	Diferencia de intereses	Objetivos comunes
3	Cardiología AN	No	Los servicios son independientes en su funcionamiento	Cada servicio tiene objetivos distintos	Desconocimiento de la planificación de otros servicios
4	Cardiología CM	Sí	La actividad debe coordinarse, los recursos son limitados y todos no pueden "crecer" al mismo tiempo, nuevas actividades pueden suponer impacto en otros servicios		
5	Cardiología MA	Sí	Integración asistencial médico quirúrgica, integración con el resto del hospital		
6	Cardiología AN	Sí	Procesos comunes que precisan coordinación	Interacción de información. Asistencia de tipo horizontal	
7	Cardiología IC	Sí	Porque se comparten pacientes	Porque se comparten actividades médicas	Porque se comparte personal en planta
8	Cardiología GA	Sí	Tus decisiones le afectan y viceversa	Alguna coordinación es imprescindible para tus proyectos	
9	Cardiología AR	Sí	Para acordar prioridades en especial en actividades auxiliares para sus procesos	Para optimizar el gasto	Para evitar duplicidades en los procesos
10	Cardiología MA	Sí	Porque nuestra actividad depende de las otras	Porque participan en el mismo grado en el proceso asistencial	
11	Cardiología VA	Sí	Definir objetivos conjuntos	Diseñar estrategias	Evaluar resultados

**Tabla 3.20 Razones explicadas por los jefes de servicio por las que la planificación del servicio debe coordinarse, o no, con otros servicios (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Debe coordinar la planificación	Razón 1	Razón 2	Razón 3
12	Cardiología VA	Sí	Todo está interrelacionado	A veces es más eficaz un desarrollo de 1 servicio	
13	Cardiología VA	Sí	Hay temas no totalmente definidos	Control de recursos secundarios	
14	Cardiología GA	Sí	Procesos interrelacionados		
15	Cardiología MA	Sí	Con cirugía cardíaca misma	Con urgencias síndromes Cardíacos	
16	Cirugía IC	Sí	Procesos en los que intervienen 2 ó 3 servicios	Se puede gestionar mejor	Agiliza los procesos
17	Cirugía CA	Sí	Quirófanos (anestesia; área quirúrgica; hospitalización)		
18	Cirugía Torácica MU	Sí	Depende de los servicios médicos	Depende de los servicios centrales	Utiliza quirófanos que son comunes con otros servicios quirúrgicos
19	Cuidados Críticos y Urgencias CA	Sí	Asistencia	Actividad asistencial	Calidad
20	Enfermedades Infecciosas AN	Sí	Porque el Hospital es un conjunto funcional y esta sección es muy horizontal y tendemos al aprovechamiento de recursos		
21	Farmacia MA	Sí	Por ser clientes	Por ser proveedores	Por estar implicados en los mismos procesos
22	Farmacia Hospitalaria CA	-	Ver respuesta 3.10		
23	Farmacia Hospitalaria MA	Sí	Cada actividad siempre envuelve a uno u otro servicio	Hay áreas que se desarrollan de forma independiente todos y cada uno de los	Hay una actividad que relaciona mi servicio con demás del hospital

**Tabla 3.20 Razones explicadas por los jefes de servicio por las que la planificación del servicio debe coordinarse, o no, con otros servicios (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Debe coordinar la planificación	Razón 1	Razón 2	Razón 3
24	Farmacia Hospitalaria CA	Sí	Porque somos un servicio central que da soporte a los asistentes	Porque si se coordinan esfuerzos se obtiene mejores resultados	Se beneficia el paciente
25	Farmacia Hospitalaria LR	Sí	Somos un servicio central que tenemos que dar y recibir servicios. Nuestros clientes son de dos tipos internos y externos	Para poder dar un servicio de calidad a todos los demás servicios y pacientes y no dificultar ni provocar retrasos o fallos en la actividad de los servicios ni en la atención de los pacientes	
26	Ginecología y Obstetricia -	Sí	Un servicio siempre depende de otros para su correcto funcionamiento	Siempre dependemos de otros profesionales de otros servicios	
27	Medicina Intensiva AN	Sí	Mejoras en la gestión	Mejoras de la calidad	
28	Medicina Intensiva VA	Sí	Porque es un servicio central y depende	Porque sus características así lo delimitan	Porque sus pacientes tienen que ser polivalentes y por tanto multidisciplinarios
29	Medicina Intensiva -	Sí	El hospital requiere coordinación	Un mismo proceso es tratado por diferentes servicios	Las metas y objetivos son comunes a varios servicios
30	Medicina Intensiva IC	Sí	De una u otra manera todos los servicios interactúan		
31	Medicina Intensiva AN	Sí	Implicación de esos	Coordinación de actuaciones	Comparten responsabilidad
32	Microbiología VA	Sí	El mío es un servicio	Evita "pesos intermedios"	Mi información es más útil
33	Nefrología EX	No	Es independiente		
34	Nefrología CA	Sí	Demoras en las exploraciones	Responsabilidad en las inter consultas	Disponibilidad de nuevas ecnologías
35	Nefrología MU	Sí	Actividades conjuntas	Limitación de esperas	Planificación de recursos comunes

**Tabla 3.20 Razones explicadas por los jefes de servicio por las que la planificación del servicio debe coordinarse, o no, con otros servicios (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Debe coordinar la planificación	Razón 1	Razón 2	Razón 3
36	Nefrología CM	Sí	Necesidad de coordinar actos y procesos periódicos en ambos servicios	Para evitar desplazar pacientes comunes, fijar atención sucesiva de enfermos ambulatorios y diálisis	Coordinación con servicios administrativos y con servicios principales afines es absolutamente necesario
37	Nefrología VA	Sí	Facilitación de la asistencia a pacientes comunes	Elaboración de protocolos comunes	Posibilidad de compartir espacios y/o personal
38	Nefrología CA	Sí	Recursos limitados en mi hospital	Actividad interdisciplinaria	Transparencia
39	Nefrología CA	Sí	Necesidad de compartir recursos	Manejo de enfermedades "compartidas"	
40	Nefrología PV	Sí	Servicios afines por ejemplo urgencias	Los servicios del hospital suelen obviar la actividad de inter consultas durante los periodos de guardias y vacaciones	
41	Nefrología AN	Sí	Interdependencia		
42	Nefrología MA	Sí	La institución es única y requiere coordinación	Otras actividades influyen decidida y negativamente sobre tu actividad y resultados	
43	Nefrología NA	Sí	Los enfermos tienen patologías de varias especialidades	No se puede trabajar aislado porque se precisan apoyos de otros servicios	
44	Nefrología AN	Sí	El paciente precisa atención de varios servicios frecuentemente	La docencia postgrado	El tiempo dedicado a reuniones jefes de servicio, comisiones, etc.
45	Nefrología CL	Sí	No duplicar esfuerzos	No dejar "lagunas"	Clarificar responsabilidades
46	Nefrología AN	Sí	Política común del centro en una dirección	Para que con un reparto equitativo de medios	Obtener los objetivos
47	Nefrología CA	Sí	Solo en cuanto a ser servicio central y por tanto soporte de otros servicios en patología nefrológica	Precisamos del resto de servicios médico-quirúrgicos, imagen..., UCI en función del estado clínico de los pacientes que atendemos	

**Tabla 3.20 Razones explicadas por los jefes de servicio por las que la planificación del servicio debe coordinarse, o no, con otros servicios (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Debe coordinar la planificación	Razón 1	Razón 2	Razón 3
48	Neurología IC	Sí	El compartir procedimientos y técnica diagnóstica.	El compartir espacios físicos (quirófanos)	El circuito de pacientes que quieren ser estudiados y luego intervenidos
49	Neurología MA	Sí	Mantener una postura unida frente a actividades comunes	Participación en la gestión hospitalaria, en planes directores, estrategias.	
50	Neurología CA	Sí	Toda el Área Médica de un H ha de funcionar de forma coordinada	No son admisibles hoy los "reinos de taifas" hospitalarios	La coordinación con urgencias y servicios centrales es indispensable
51	Neurología AN	Sí	No estamos aislados, estamos interrelacionados y dependemos de otros.	Control de buena práctica (uso adecuado de tecnologías de apoyo)	Control del gasto (uso adecuado de fármacos, etc.)
52	Neurología CA	Sí	El servicio tiene que integrarse en un proyecto único (Hospital), debemos consensuar áreas comunes de trabajo y debemos mejorar las corrientes de opinión entre facultativos		
53	Neurología CA	Sí	Patología multidisciplinaria. Unidades funcionales.	Personal auxiliar compartido.	Técnicas diagnósticas compartidas (Eco. Doppler, Quirófono)
54	Neurología GA	Sí	Promover acciones comunes	Establecer competencias (definir)	Evitar conflictos
55	Neurología CA	Sí	La medicina actual es de colaboración y en equipo	No puedes llevar a cabo planes aislados sin consenso	Debe conseguirse un objetivo en común siempre que sea posible
56	Neurología MA	Sí	Hay procedimientos diagnósticos dependiendo de otros servicios	Interconsultas necesarias	Coordinación con atención primaria
57	Neurología VA	Sí	Por que realizamos técnicas de las que dependen otros	Porque realizan actividades complementarias	Porque su actividad condiciona la nuestra

**Tabla 3.20 Razones explicadas por los jefes de servicio por las que la planificación del servicio debe coordinarse, o no, con otros servicios (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Debe coordinar la planificación	Razón 1	Razón 2	Razón 3
58	Neurología AR	Sí	Evitar solapamiento de actividad	Repercusión de la propia actividad en el hospital	Generar una atmósfera coherente y eficaz
59	Neurología AN	Sí	Porque los servicios que comparten funciones interdepartamentales	No es posible vivir aislado dentro de un marco hospitalario	La labor de otros servicios y todos en conjunto determinan el marco de hospital donde nos desenvolvemos
60	- AN	Sí	Priorizar necesidades	Solidaridad con los servicios más necesitados	Busqueda de optimización a todos los niveles
61	-	Sí	Atendemos pacientes de otros servicios	Colaboración técnica asistencial	
62	Oncología VA	Sí	La oncología es medicina en equipo	Organización de tratamiento y asistencia	Optimización de los tiempos asistenciales
63	Psicogeriatría CA	Sí	Perfil pacientes en hospitalización	Áreas básicas de salud para consultas y seguimiento	
64	Psiquiatría GA	Sí	Cada servicio no en un ente aislado dentro de un hospital		
65	Psiquiatría AN	Sí	Estamos dentro del sistema de salud	Somos como todos los especialistas	Tenemos nuestras características que nos diferencian como a todos
66	Psiquiatría AS	Sí	Cantidad de cuidados		
67	Psiquiatría AR	Sí	Utilización de servicios comunes: diagnosis, diagnosis de urgencias	Conocimiento práctico de las actividades del resto	Establecimiento de programas de actuación conjunta
68	Psiquiatría PV	Sí	En la explotación de recursos	En nuestra intervención en interconsultas	
69	Psiquiatría IC	Sí	El principio de integralidad de la asistencia	La mejora de la eficiencia (evitará duplicidad, etc.)	



**Tabla 3.20 Razones explicadas por los jefes de servicio por las que la planificación del servicio debe coordinarse, o no, con otros servicios (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad Comunidad Autónoma del encuestado	Debe coordinar la planificación	Razón 1	Razón 2	Razón 3
70	Psiquiatría CA	Sí	Optimización de espacios físicos comunes	Coordinación	Misma dirección médica
71	Psiquiatría AS	Sí	Compartimos servicios comunes		
72	Psiquiatría MA	Sí	Pacientes comunes	Recursos compartidos	Objetivos relacionados
73	Psiquiatría MA	Sí	Hay permanente relación con otros servicios	Debe haber conocimiento	El objetivo común debe ser el paciente
74	Psiquiatría CA	Sí	Coordinarse con médicos de cabecera para gestión de agenda	Gestión de la continuidad asistencial	
75	Psiquiatría AN	Sí	Imprescindible en urgencias	Planificación de ingresos en pediatría	Aumento de decisiones comunes y asesoría mutua con medicina interna (endocrino neurología)
76	UCI Quirúrgica CA	Sí	Los médicos de guardia son del servicio de anestesia	Los residentes que rotan por la UCI vienen de otros servicios	Algunas técnicas dependen de otros servicios
77	Urología CA	No	Capacidad programación propia	Capacidad asistencia propia dirección	Mínimos espacios y tiempos asignados por dirección
78	Urología AN	No	No existe relación para la planificación con otros servicios, indirectamente por fecha de quirófano con otros servicios quirúrgicos		
79	Urología CL	Sí	Dependemos de servicios centrales para llevar a cabo nuestro trabajo.	Los intereses no pueden ser contrapuestos (anestesia, laboratorio, RX) porque inciden en los resultados	

**Tabla 3.20 Razones explicadas por los jefes de servicio por las que la planificación del servicio debe coordinarse, o no, con otros servicios**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Debe coordinar la planificación	Razón 1	Razón 2	Razón 3
80	Urología GA	Sí	Sería fundamental compartir el Serv. con jefes anestesia /radiología por necesidades	Adecuada relación con jefatura de enfermería actualmente independiente. Apoyo de planes por dir. médica, sólo hace controles	
81	Urología CM	Sí	Para el buen funcionamiento del Hospital y del Servicio y para un aceptable reparto de medios.		
82	Urología IC	Sí	Coordinar acciones comunes sobre determinados pacientes y patologías y compartir espacios		
83	Urología VA	Sí	Interrelación con otros servicios		
84	Urología VA	Sí	La utilización racional de medios y recursos, no entrar en competencia con las necesidades de otros servicios, reparto de medios en función de las necesidades		
85	Urología CA	Sí	Compartir recursos, objetivos y tener coherencia hospitalaria		
86	Urología MA	Sí	Al realizar cirugía ha de coordinarse con anestesia, hematología, cuidados, etc.	Coordinación en la atención de Urgencias.	
87	Urología AS	Sí	Mejor utilización de los medios, de los recursos y mejorar la coordinación		
88	Urología CL	Sí	Mayor optimización de recursos	Mejor eficacia cara a determinados procesos	Mejora dinámica e interrelación entre servicios

**Tabla 3.20 Razones explicadas por los jefes de servicio por las que la planificación del servicio debe coordinarse, o no, con otros servicios (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Debe coordinar la planificación	Razón 1	Razón 2	Razón 3
89	Urología CL	Sí	Con servicios de productos intermedios		
90	Urología AN	Sí	Un servicio clínico precisa coordinaciones con servicios tipo RX y oncología		
91	Urología -	Sí	Procesos con implicación de más de un servicio	Eficiencia	Calidad percibida
92	Urología -	Sí	Distintas perspectivas de desarrollo en un mismo entorno	Pocas áreas funcionales comunes	Estructura poblacional de los pacientes distintas
93	Urología AN	Sí	Imprescindible para la asistencia integral del paciente	Mejora la eficacia	Mejora la coordinación de acciones

● **Pregunta 3.13**

¿Necesitan las actividades planificadas del servicio la cooperación de personal de otro servicio?

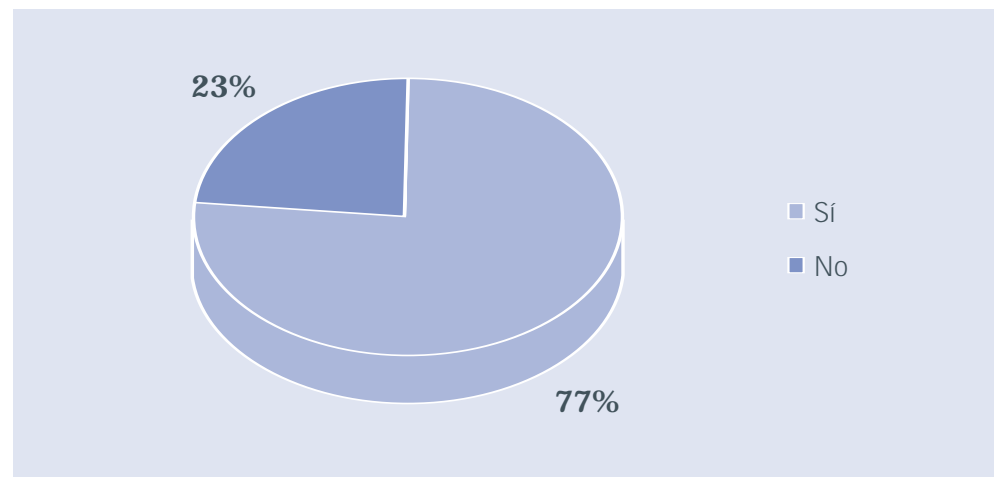
La **tabla 3.21** recoge la opinión de los jefes de servicio respecto a la necesidad de cooperación de personal de otro servicio en la planificación del servicio del encuestado. En este caso, aún siendo una mayoría los encuestados que dicen que sí requieren de la cooperación de personal ajeno, un grupo relevante de clínicos -el 23%- considera que no es así.

**Tabla 3.21 Número de jefes de servicio que creen que las actividades planificadas del servicio necesitan la cooperación de personal de otro servicio.**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Necesitan las actividades planificadas del servicio la cooperación del personal de otro servicio?	81	76,4%	25	23,6%	106

El **gráfico 3.13** nos permite apreciar cómo cerca de tres cuartos de los encuestados consideran que sí requieren el apoyo de trabajadores de otro servicio, al tiempo que el grupo restante considera lo contrario.

**Gráfico 3.13 Representación de los jefes de servicio que creen que las actividades planificadas del servicio necesitan la cooperación de personal de otro servicio.**



Respecto al grado de discusión y consenso de su la planificación, **tabla 3.22** muestra que una mayoría relativa de los jefes de servicio considera que la planificación de su unidad ha sido “bastante” o “completamente” discutida y consensuada. A pesar de ello, resulta nada desdeñable que el 32% de los encuestados consideren que esa discusión y consenso no se ha dado, o que ha sido “poco” discutida y consensuada.

**Tabla 3.22 Grado en el que la planificación del servicio ha sido suficientemente discutida y consensuada por los agentes involucrados, según los jefes de servicio.**

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Completamente	Total
¿En qué grado ha sido suficientemente discutido y consensuado por los agentes involucrados?	12	19	21	41	4	97
	12,3%	19,5	21,6%	42,2%	4,1%	100%

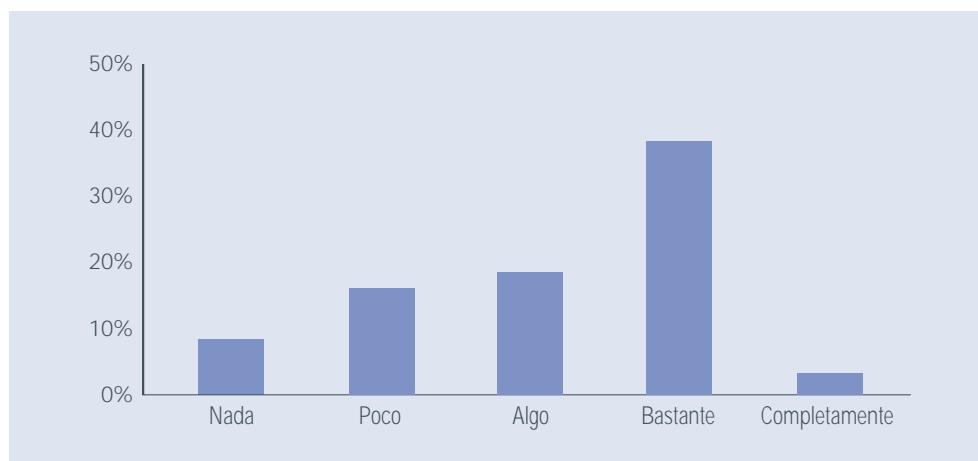
La **tabla 3.23** expone los estadísticos de las respuestas de los jefes de servicio a la escala en función del grado en el que ha sido suficientemente discutida y consensuada la planificación, donde 1=Nada y 5=Completamente.

**Tabla 3.23 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 3.14.**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
¿En qué grado ha sido suficientemente discutido y consensuado por los agentes involucrados?	97	11	3,062	3	4	1,135

El **gráfico 3.14** presenta la distribución de los jefes de servicio en función del grado en el que entienden que la planificación ha sido debatida por los agentes involucrados.

**Gráfico 3.14 Representación del grado en que la planificación del servicio ha sido suficientemente discutida y consensuada por los agentes involucrados.**



### Pregunta 3.14 ●

¿En qué grado ha sido suficientemente discutido y consensuado por los agentes involucrados?



## 2.4 GESTIÓN POR OBJETIVOS







## 2.4. GESTIÓN POR OBJETIVOS

En este apartado del cuestionario se trata de conocer el modo en que los jefes de servicio gestionan los objetivos del propio servicio y del equipo humano que en él trabaja.

A través de 25 preguntas se analizarán los siguientes temas:

- La priorización de objetivos.
- El contrato de gestión.
- La relación entre los objetivos del servicio y los del centro.
- El grado de conocimiento de los jefes de servicio de los objetivos de otros responsables del centro.
- Las características de los objetivos de los jefes de servicio.
- La gratificación asociada al cumplimiento de objetivos.
- La opinión de los jefes de servicio respecto a las gratificaciones en su servicio.

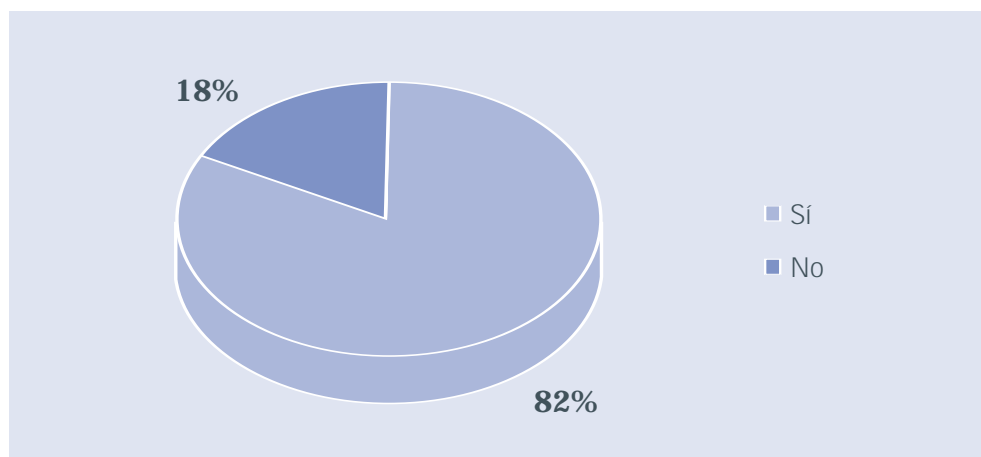
Como puede verse en la **tabla 4.1**, la mayoría de los jefes de servicio encuestados indican que establecen unos criterios de prioridad entre los objetivos de su servicio, sólo un 17,8% dice no tenerlos clasificados así.

**Tabla 4.1 Número de jefes de servicio que tienen priorizados los objetivos del servicio**

	Sí		No	
	N	%	N	%
¿Tienes priorizados los objetivos del servicio?	88	82,2%	19	17,8%

El **gráfico 4.1** muestra la proporción de jefes de servicio que dicen establecer un orden de prioridad entre los objetivos del servicio, frente aquéllos que no lo hacen.

**Gráfico 4.1 Representación de la proporción de los jefes de servicio que tienen priorizados los objetivos del servicio**



### Pregunta 4.1

¿Tiene priorizados los objetivos del servicio?

### ● **Pregunta 4.2**

En caso afirmativo, ¿los aborda cronológicamente en relación a la priorización establecida?

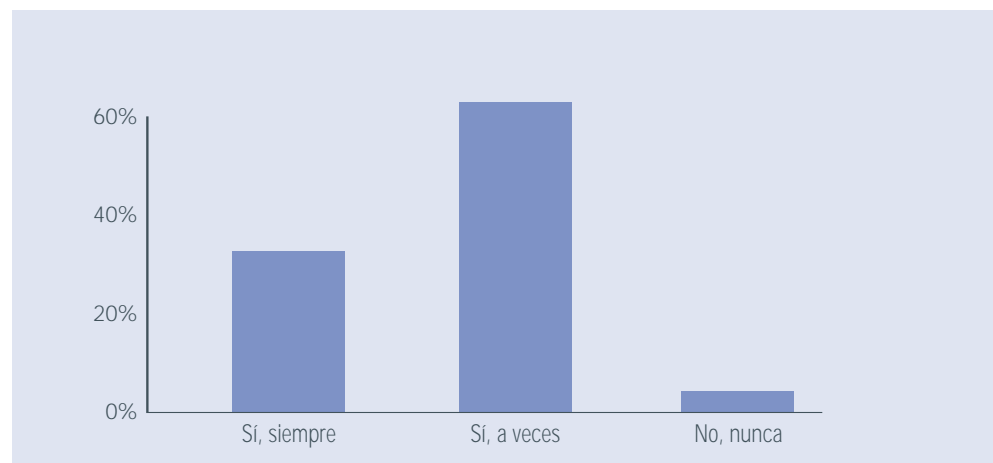
Entre aquellos jefes de servicio que ordenan sus objetivos de acuerdo a su prioridad encontramos dos grupos: aquéllos que consideran que siempre los abordan cronológicamente, el 38%, y los que sólo lo hacen a veces, el 58%. Resulta interesante que tres jefes de servicio digan que no abordan nunca sus objetivos de acuerdo a su prioridad, a pesar de que han afirmado que los tienen priorizados.

**Tabla 4.2 Número de jefes de servicio que abordan cronológicamente los objetivos de acuerdo a la priorización establecida**

	N	%
Sí, siempre	34	38,6%
Sí, a veces	51	58%
No, nunca	3	3,4%
Total	88	100%

A continuación el **gráfico 4.2** presenta los porcentajes de jefes de servicio que priorizan sus objetivos ordenados en función de si los abordan de forma cronológica.

**Gráfico 4.2 Representación de la proporción de jefes de servicio que aborda cronológicamente los objetivos de acuerdo con la priorización establecida**



### ● **Pregunta 4.3**

¿Existe Contrato de Gestión en su hospital?

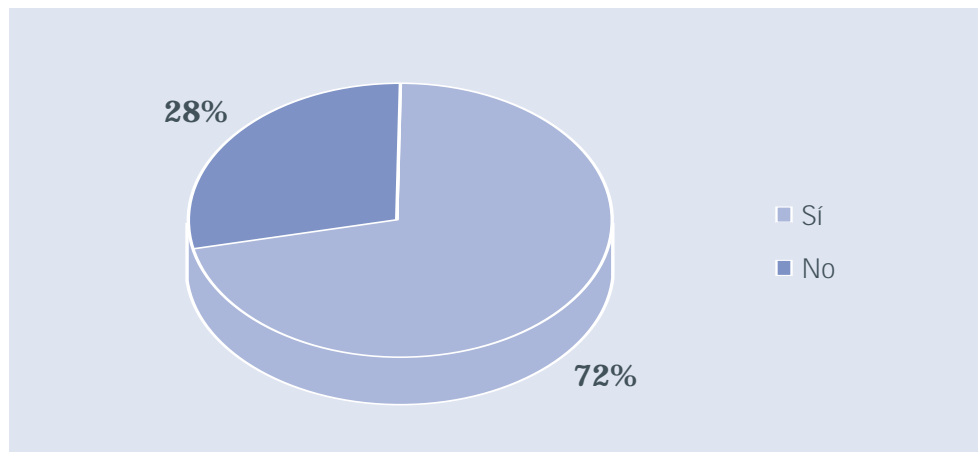
Según los encuestados el 71% de los servicios dispone de un contrato de gestión con su hospital, mientras que el restante 28% no dispone de él (**tabla 4.3**).

**Tabla 4.3 Número de jefes de servicio que indican que tiene un contrato de gestión en su servicio**

	Sí		No	
	N	%	N	%
¿Existe contrato de gestión en tu Hospital?	73	71,6%	29	28,4%

El porcentaje mayoritario de jefes de servicio que tienen su relación con el centro articulada a través de un contrato de gestión puede observarse en el **gráfico 4.3**.

**Gráfico 4.3 Representación de la proporción de los jefes de servicio que cuentan con un contrato de gestión**



El cuestionario preguntaba a los jefes de servicio que disponen de contrato de gestión, cuál es su grado de conocimiento del mismo. Así, un 56% de los encuestados califica su conocimiento del contrato como “bastante” o “completo”. A pesar de que la mayoría reconoce conocer el contrato, merece destacar que un 15% afirma que lo conoce más bien “poco” (**tabla 4.4**).

La discrepancia entre el número total de encuestados que tienen contrato de gestión y el total de respuestas al grado de conocimiento se debe a que algunos han respondido “no” a la pregunta referida a la existencia del contrato en su hospital, y luego han indicado su grado de conocimiento del mismo.

#### Pregunta 4.4

¿Cuál es su grado de conocimiento del contrato de gestión de su hospital?

**Tabla 4.4 Grado de conocimiento de los jefes de servicio del contrato de gestión de su hospital**

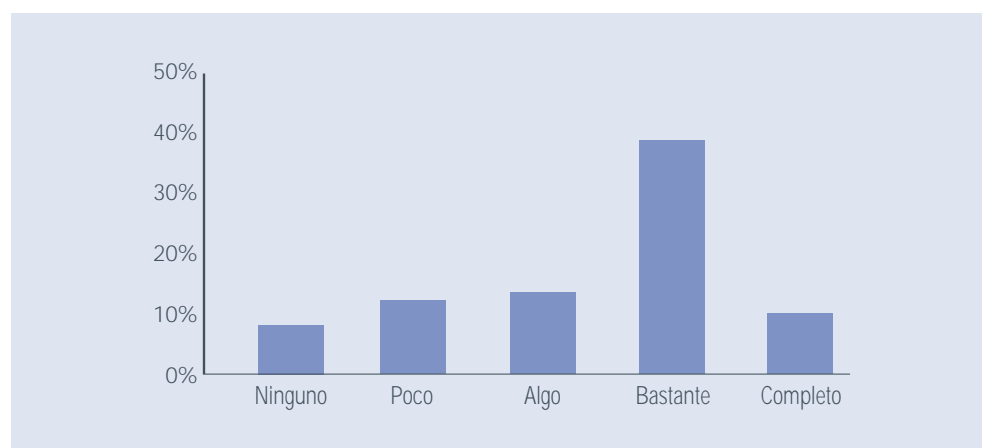
	N	%
Ninguno	10	11,4%
Poco	14	15,9%
Algo	14	15,9%
Bastante	38	43,2%
Completo	12	13,6%
Total	88	100%

La **tabla 4.5** siguiente muestra los estadísticos de las respuestas. La media de éstas equivale a 3,31, en la escala que otorga 1 al valor “ninguno” y al valor “completo”.

**Tabla 4.5 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 4.4**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
¿Cuál es tu grado de conocimiento del Contrato de Gestión de tu Hospital?	88	20	3,318	4	4	1,228

**Gráfico 4.4 Representación del grado de conocimiento de los jefes de servicio del contrato de gestión**



### ● Pregunta 4.5

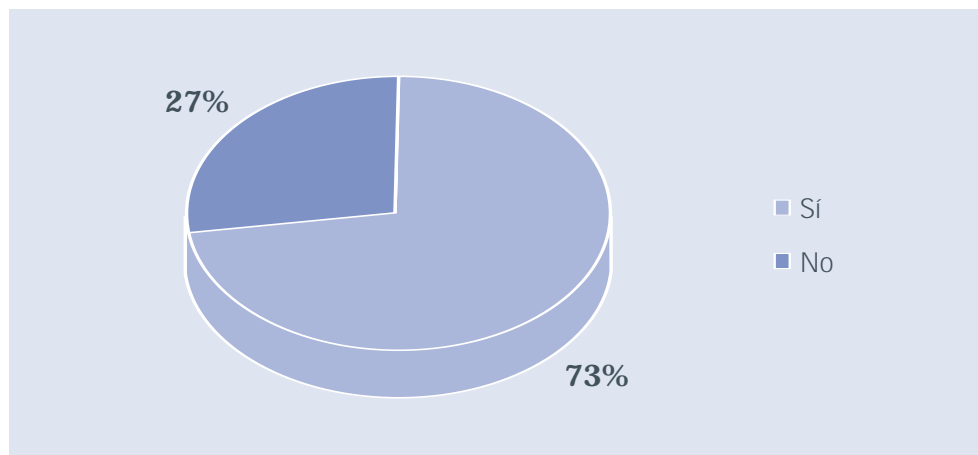
¿Pacta sus objetivos anuales con la dirección del centro?

Una mayoría formada por el 72% de los encuestados afirma que pacta, con la dirección del centro, los objetivos anuales para su servicio. Un grupo formado por 29 clínicos, el 27%, no acuerda los objetivos anuales de su unidad con la dirección del centro (**tabla 4.6**).

**Tabla 4.6 Número de jefes de servicio que pactan sus objetivos anuales con la dirección del centro**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Pactas tus objetivos anuales con la Dirección del centro?	78	73%	29	27%	107

**Gráfico 4.5 Representación de la proporción de jefes de servicio que pacta sus objetivos anuales con la dirección del centro**



El cuestionario pedía a los clínicos que indicaran en que mes del año realizaban el pacto con la dirección. Según las respuestas, **tabla 4.7**, claramente se puede apreciar que este acuerdo sobre objetivos no se lleva a cabo en el mismo mes del año en todos los centros. Sin embargo, destaca claramente que los meses tradicionalmente vacacionales, no parecen ser favorables a la negociación y acuerdo sobre objetivos. Los clínicos entrevistados apuntan que los meses de febrero y marzo son los más usados para alcanzar esos acuerdos. Destaca, también, que nueve servicios no tienen establecido en que mes del año se acuerdan los objetivos y que este pacto varía, según expresan los encuestados, de ejercicio en ejercicio.

**Pregunta 4.6**

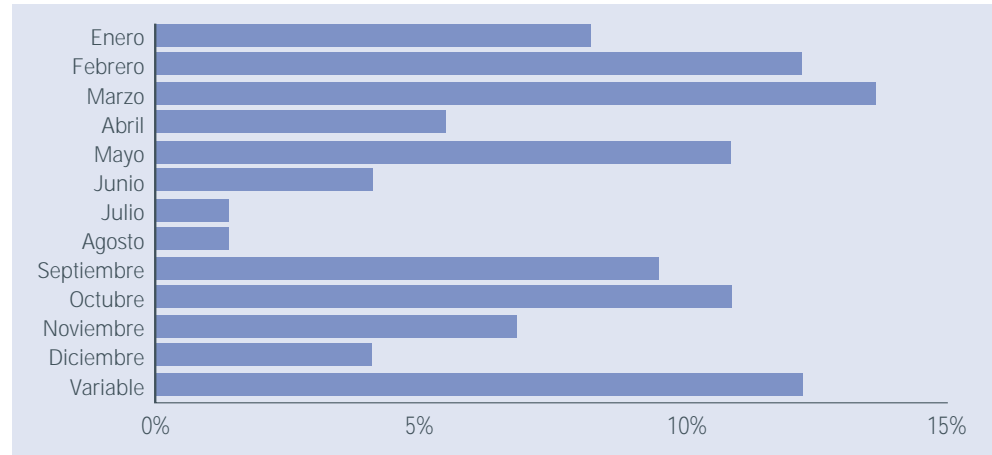
En caso afirmativo, ¿en qué mes del año lo hace?

**Tabla 4.7 Mes del año en el que el jefe de servicio pacta sus objetivos anuales con la dirección del centro**

	N	%
Enero	6	8,1%
Febrero	9	12,2%
Marzo	10	13,5%
Abril	4	5,4%
Mayo	8	10,8%
Junio	3	4,05%
Julio	1	1,35%
Agosto	1	1,35%
Septiembre	7	9,4%
Octubre	8	10,8%
Noviembre	5	6,75%
Diciembre	3	4,05%
Variable	9	12,2%
Total	74	100%

El diagrama de barras siguiente, **gráfico 4.6**, muestra la ausencia de un patrón respecto al mes del año en el que se pactan los objetivos entre servicios y dirección. Al mismo tiempo se aprecia como los meses estivales de julio y agosto no son usados, prácticamente en ningún centro, para acordar los objetivos.

**Gráfico 4.6 Representación del mes del año en el que los jefes de servicio pactan sus objetivos anuales**



**Pregunta 4.7**

¿Hasta qué punto conoce los objetivos de la dirección médica?

Según las respuestas de los encuestados, son ligeramente más aquellos que conocen "completamente" o "bastante" -34%- que los que dicen conocerlos "poco" o "nada" -38%-. Un grupo considerable de los clínicos, el 27% dice conocerlos "algo", **tabla 4.8**.

**Tabla 4.8 Grado de conocimiento de los jefes de servicio de los objetivos de la dirección médica**

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Completamente	Total
¿Hasta qué punto conoces los objetivos de la dirección médica?	11	26	29	32	10	108
	10%	24%	27%	30%	9%	100%

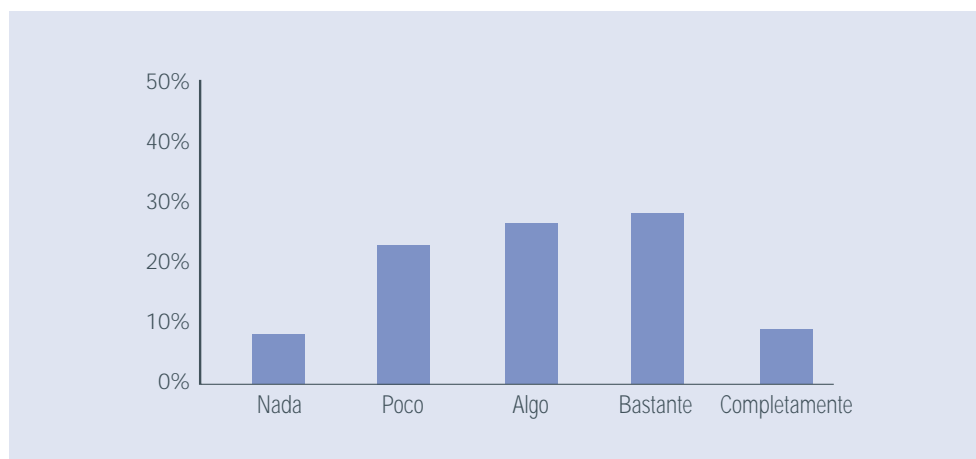
Así mismo la tabla de estadísticos, **tabla 4.9**, permite apreciar como la media de las respuestas de los encuestados, 3,037, se sitúa, prácticamente, en el punto central de la escala de respuestas, escala que va de 1= nada a 5= completamente.

**Tabla 4.9 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 4.7**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
¿Hasta qué punto conoces los objetivos de la dirección médica?	108	0	3,037	3	4	1,151

El diagrama de barras, **gráfico 4.7**, muestra como la distribución de las respuestas es casi simétrica, aunque tiene un ligero desplazamiento hacia los valores que indican un mayor conocimiento de los objetivos de la dirección médica por parte de los jefes clínicos.

**Gráfico 4.7 Representación del grado de conocimiento de los jefes de servicio de los objetivos de la dirección médica**



### ● Pregunta 4.8

Si los conoce en algún grado ¿hasta qué punto se relacionan con ellos algunos de sus propios objetivos?

A partir del grado de conocimiento presentado en la pregunta anterior, los jefes de servicio afirman con mayor énfasis que sus propios objetivos se relacionan con los de dirección médica, **tabla 4.10**. De este modo, un 43% dice que se relacionan “bastante” o “mucho”, mientras que otro 37% considera que sus objetivos se relacionan “algo” con los de la dirección médica del centro.

Sin embargo, hasta 20 jefes de servicio, el 20% apuntan que sus objetivos se relacionan “poco” (15%) o “nada” (5%) con los de la dirección médica de su centro.

**Tabla 4.10 Grado en el que los propios objetivos del jefe de servicio se relacionan con los de la dirección médica**

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Completamente	Total
Si los conoce en algún grado, ¿hasta qué punto se relacionan con ellos algunos de sus propios objetivos?	5	15	37	40	3	100
	5%	15%	37%	40%	3%	100%

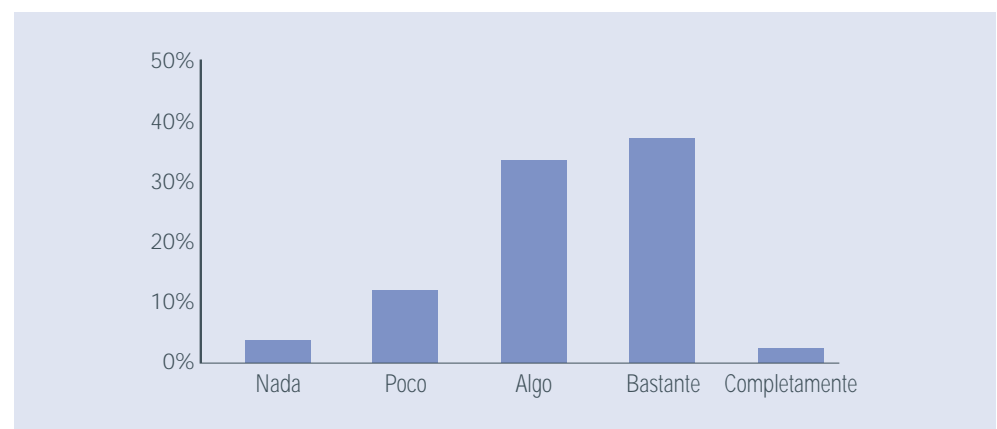
La **tabla 4.11** recoge las medidas estadísticas correspondientes a las respuestas de los clínicos encuestados.

**Tabla 4.11 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 4.8**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Si los conoce en algún grado, ¿hasta qué punto se relacionan con ellos algunos de sus propios objetivos?	100	8	3,210	3	4	0,913

A diferencia de lo que sucedía con la distribución del grado de conocimiento de los objetivos de la dirección médica, los encuestados consideran que los objetivos del jefe y los de la dirección están “algo” o “bastante” relacionados como muestra el **gráfico 4.8**.

**Gráfico 4.8 Representación del grado de relación entre los objetivos del jefe de servicio y los de la dirección médica**





La **tabla 4.12** muestra si los encuestados conocen, o no, si los componentes del servicio tienen objetivos propios. Aunque los jefes de servicio manifiestan conocer mayoritariamente los objetivos de los facultativos de su unidad -el 73% de los encuestados así lo menciona-, este grado de conocimiento va decreciendo cuando se refiere a otros miembros. Así, por ejemplo sólo un 20% de jefes de servicio dice conocer los objetivos del personal subalterno.

### Pregunta 4.9 ●

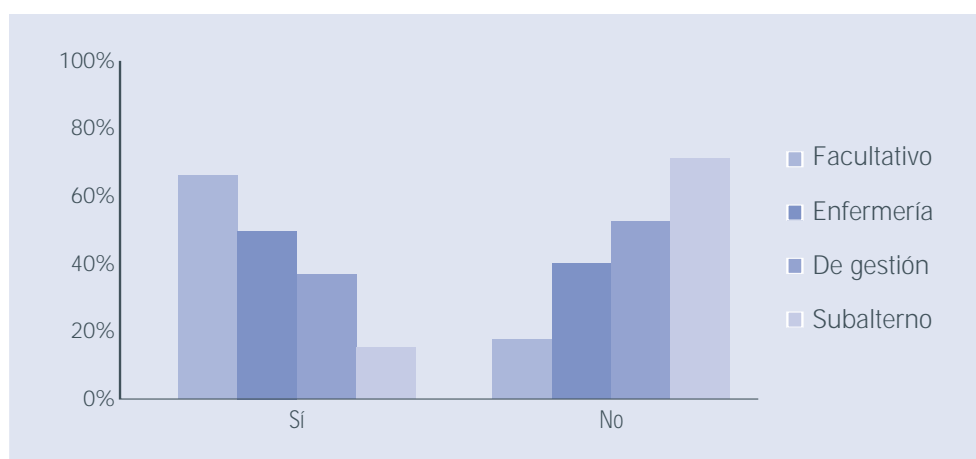
¿Sabe si tienen cada uno de los componentes del servicio sus propios objetivos?

**Tabla 4.12 Número de jefes de servicio que sabe si los componentes de su servicio tienen sus propios objetivos**

	No	Sí	Total
Facultativos	28	77	105
	26,7%	73,3%	100%
Personal de enfermería	48	51	99
	48,5%	51,5%	100%
Personal de gestión	51	35	86
	59,3%	40,7%	100%
Subalternos	68	17	85
	80%	20%	100%

El **gráfico 4.9**, permite apreciar como el número de jefes de servicio que conoce los objetivos del personal de su equipo decrece, a medida que se pasa de facultativos a enfermeros, administrativos y, finalmente, personal subalterno.

**Gráfico 4.9 Representación de la proporción de jefes de servicio que conoce si los componentes de su servicio tienen sus propios objetivos**



### ● Pregunta 4.10

Entendiendo que un objetivo es el compromiso de alcanzar en un tiempo, un resultado concreto, medible, realista y congruente, indique, por favor, el grado de utilidad de su establecimiento en las siguientes áreas.

El cuestionario planteaba a los jefes de servicio el grado de utilidad que, en su opinión tiene el establecimiento de objetivos en ocho áreas. Las respuestas que recoge la **tabla 4.13** dan a entender que para todas las áreas propuestas, el uso de objetivos es “bastante” o “absolutamente” útil. Todos los aspectos propuestos reciben esas respuestas por porcentajes superiores al 68% de los encuestados. Destacan sobremanera el 88% de encuestados que entienden que es “bastante” o “absolutamente” útil definir objetivos en la actividad asistencial.

Tres de las categorías muestran unas respuestas ligeramente menos comprometidas con el uso de objetivos, aunque los clínicos no llegan en ninguna de ellas a rechazar su uso. Estas áreas son las relativas a costes, seguridad y motivación del personal. Alrededor de un 30% de los clínicos indica que establecen objetivos tienen “poca” o “ninguna” utilidad en esas tres áreas.

**Tabla 4.13 Grado de utilidad del establecimiento de objetivos en distintas áreas según los jefes de servicio**

Áreas	Ninguna	Poca	Alguna	Bastante	Absoluta	Total
Actividad asistencial	1	2	9	56	39	107
	0,9%	1,9%	8,4%	52,3%	36,4%	100%
Calidad	2	2	9	57	37	107
	1,9%	1,9%	8,4%	53,3%	34,6%	100%
Productividad	2	4	19	57	23	105
	1,9%	3,8%	18,1%	54,3%	21,9%	100%
Costes	1	9	21	53	20	104
	1%	8,7%	20,2%	51%	19,2%	100%
Seguridad	4	9	20	52	18	103
	3,9%	8,7%	19,4%	50,5%	17,5%	100%
Desarrollo de nuevas actividades	1	4	19	65	17	106
	0,9%	3,8%	17,9%	61,3%	16%	100%
Satisfacción del cliente	-	6	15	54	31	106
	-	5,7%	14,2%	50,9%	29,2%	100%
Motivación del personal	3	10	19	47	28	107
	2,8%	9,3%	17,8%	43,9%	26,2%	100%

La pregunta ofrecía, a los clínicos que lo desearan, la posibilidad de apuntar otras áreas en las que ellos quisieran valorar la utilidad del uso de objetivos. La **tabla 4.14** presenta las áreas mencionadas por dos de los encuestados y el grado de utilidad que, en cada uno le han asignado.

La **tabla 4.15** presenta los estadísticos de las respuestas de los clínicos a esta pregunta muestra como todas las medias de las respuestas se sitúan en un rango similar que va del 3,689 hasta el 4,215. Esto hace entender que los encuestados aprecian un grado de utilidad del establecimiento de objetivos relativamente similar en las áreas propuestas.

**Tabla 4.14 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 4.10**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Actividad asistencial	107	1	4,215	4	4	0,753
Calidad	107	1	4,168	4	4	0,807
Productividad	105	3	3,905	4	4	0,849
Costes	104	4	3,788	4	4	0,889
Seguridad	103	5	3,689	4	4	0,990
Desarrollo de nuevas actividades	106	2	3,877	4	4	0,752
Satisfacción del cliente	106	2	4,038	4	4	0,816
Motivación del personal	107	1	3,813	4	4	1,020

El diagrama de barras permite apreciar, claramente, cómo el establecimiento de objetivos en todas las áreas propuestas es valorado de forma similar por el conjunto de los encuestados, **gráfico 4.10**.

**Gráfico 4.10 Representación del grado de utilidad del establecimiento de objetivos en distintas áreas según los jefes de servicio**



● **Pregunta 4.11**

¿En qué horizonte temporal tiene planteados los objetivos en general?

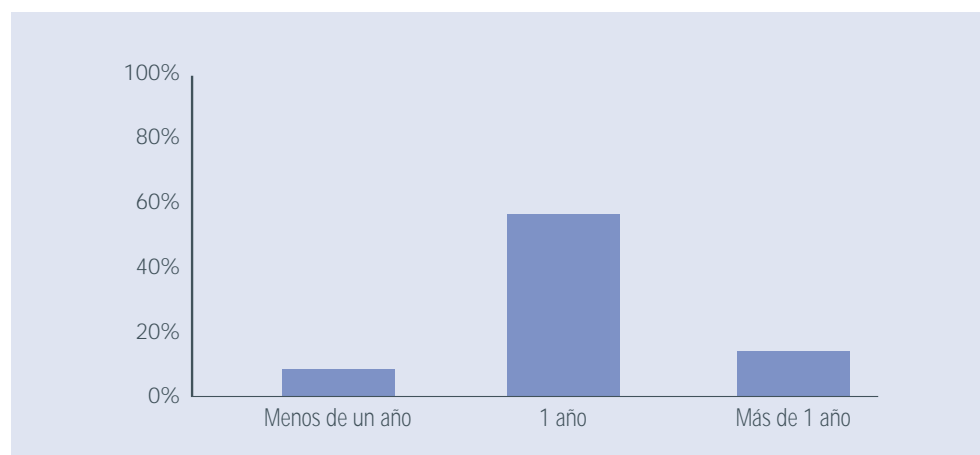
Como se puede apreciar en las respuestas recogidas en la **tabla 4.15**, cerca de tres cuartas partes de los jefes de servicio encuestados dicen que los objetivos de su servicio están planteados para un horizonte anual. Únicamente un 10% dice hacerlo con un horizonte temporal menor, mientras que horizontes temporales de periodicidad superior a la anual sólo se establecen en el 16% de los servicios.

**Tabla 4.15 Horizonte temporal en el que los jefes de servicio tienen planteados los objetivos en general**

	N	%
Menos de 1 año	11	10,78%
1 año	74	72,54%
Más de 1 año	17	16,66%
Total	102	100%

El **gráfico 4.11** permite ver como la gran mayoría de los encuestados dicen tener planteados los objetivos en general con una periodicidad anual.

**Gráfico 4.11 Representación del horizonte temporal en el que los jefes de servicio tienen planteados los objetivos en general**



Los jefes de servicio entrevistados indican, en la mayoría de los casos, -el 72%- que sus servicios cuentan con índices de medida no arbitrarios para cada objetivo, **tabla 4.16**. Es decir, que se puede comprobar el cumplimiento de cada objetivo, no de forma valorativa, sino cuantitativa. Cabe mencionar que el 27% de los encuestados indican que sus objetivos no disponen de ese tipo de indicadores para controlar su cumplimiento.

**Pregunta 4.12 ●**

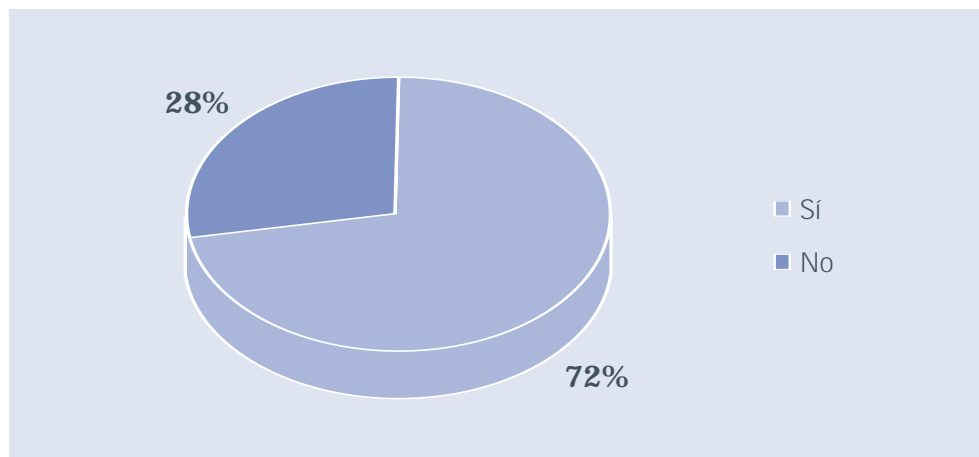
¿Tienen sus objetivos índices de medida no arbitrarios?

**Tabla 4.16 Número de jefes de servicio que manifiesta disponer de índices de medida no arbitrarios en sus objetivos**

	No		Sí		Total
	N	%	N	%	%
¿Tienen tus objetivos índices de medida no arbitrarios?o?	29	28%	75	72%	104

El **gráfico 4.12** permite apreciar como cerca de tres cuartos de los encuestados manifiesta disponer en su servicio de índices no arbitrarios para los objetivos que se definen en el servicio.

**Gráfico 4.12 Números de jefes de servicio que dispone de índices de medida no arbitrarios en sus objetivos**



● **Pregunta 4.13**

¿Están los objetivos diseñados como una mejora respecto objetivos ya alcanzados?

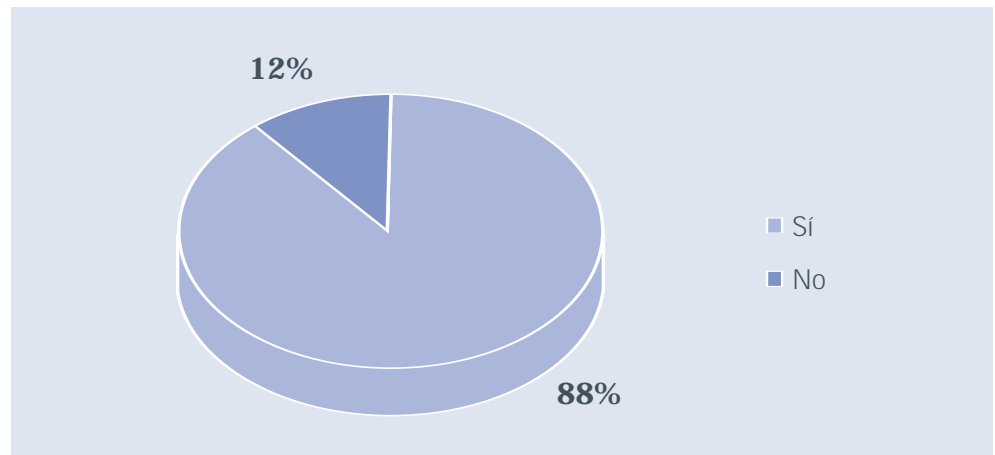
Tal y como muestra la **tabla 4.17**, el 88% de los encuestados apunta que esos objetivos se han establecido como mejoras de los objetivos alcanzados en ejercicios anteriores. Sólo un 12% dice que sus objetivos no se basan en los resultados de años previos.

**Tabla 4.17 Número de jefes de servicio que indica que los objetivos de su servicio están diseñados como una mejora respecto a objetivos previamente alcanzados**

	No		Sí		Total
	N	%	N	%	%
¿Están los objetivos diseñados como una mejora respecto a objetivos anteriores ya alcanzados?	12	12%	91	88%	103

El **gráfico 4.13** muestra cómo hasta un 12% de los jefes de servicio encuestados manifiesta que los objetivos de su servicio no están diseñados como una mejora respecto a objetivos anteriores ya alcanzados.

**Gráfico 4.13 Representación de la proporción de jefes de servicio que indica que los objetivos de su servicio están diseñados como una mejora respecto objetivos previamente alcanzados**



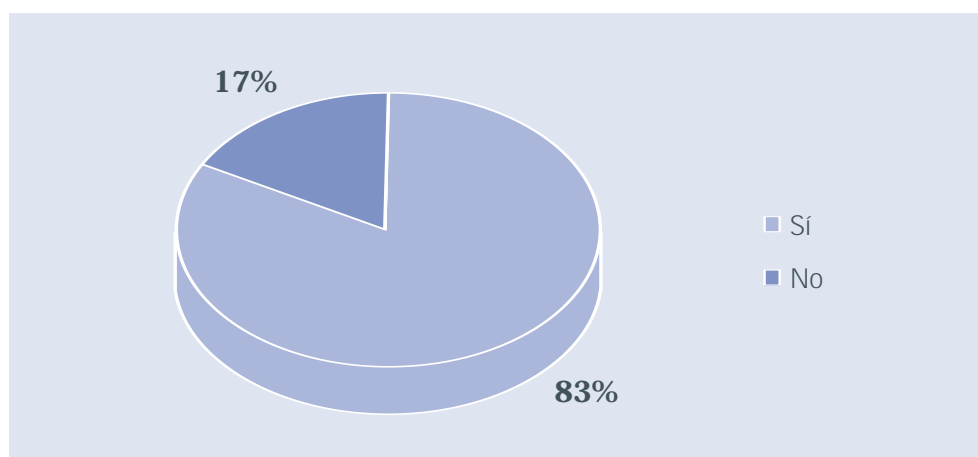
La **tabla 4.18** presenta una mayoría de respuestas afirmativas de los encuestados indicando que algunos de los objetivos pactados con la dirección del centro están previamente alcanzados. Así lo manifiestan un 83% de los clínicos frente al 17% que apunta lo contrario.

**Tabla 4.18 Número de jefes de servicio que pacta con la dirección del centro objetivos que ya están alcanzados**

	No		Sí		Total
	N	%	N	%	%
¿Alguno de los objetivos que pactas con la dirección está ya alcanzado?	17	17%	81	83%	98

El **gráfico 4.14** muestra las proporciones de respuestas de los encuestados a la pregunta.

**Gráfico 4.14 Representación de la proporción de los jefes de servicio que pacta con la dirección objetivos previamente alcanzados**



Los encuestados muestran un acuerdo unánime respecto a la necesidad de colaboración entre todos los estamentos que trabajan en el servicio para la consecución de los objetivos. Creen en ello, “completamente”, más del 55% de los jefes de servicio y lo hacen “bastante” otro 42%. Tan sólo dos encuestados creen que la colaboración es sólo “algo” necesaria para alcanzar los objetivos.

#### Pregunta 4.14 ●

¿Alguno de los objetivos que pacta con la dirección están ya alcanzados?

#### Pregunta 4.15 ●

¿Hasta qué punto cree que, en general, para alcanzar los objetivos propuestos es necesaria la colaboración de todos los estamentos que trabajan en el servicio?

**Tabla 4.19 Grado en el que los jefes de servicio creen que para alcanzar los objetivos propuestos es necesaria la colaboración de todos los estamentos que trabajan en el servicio**

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Comple- tamente	Total
¿Hasta qué punto crees que, en general, para alcanzar los objetivos propuestos en necesaria la colaboración de todos los estamentos que trabajan en el servicio?	-	-	2	45	59	106
	-	-	1,8%	42,4%	55,6%	100%

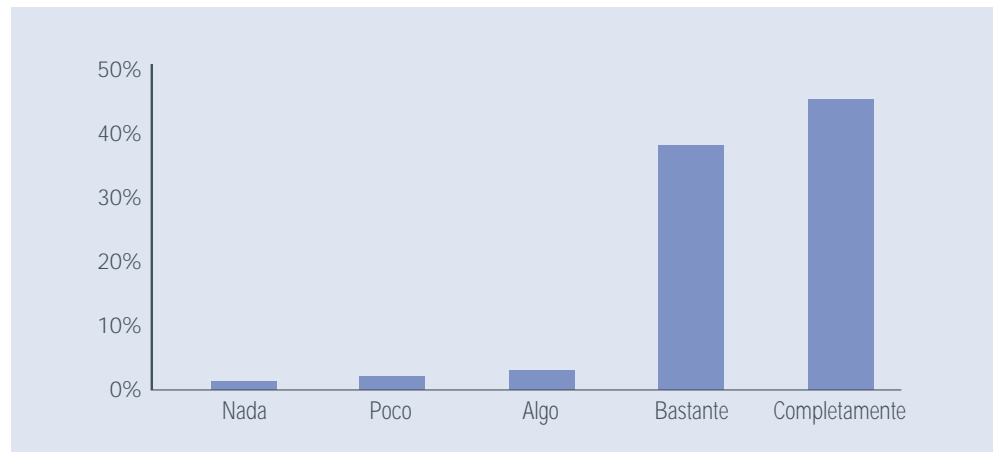
La tabla de estadísticos, **tabla 4.20**, permite apreciar cómo el valor medio de las respuestas de los encuestados, 4,538, se sitúa cerca del máximo de la escala, el punto 5, que equivale a la respuesta “completamente”.

**Tabla 4.20 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 4.15**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
¿Hasta qué punto crees que, en general, para alcanzar los objetivos propuestos en necesaria la colaboración de todos los estamentos que trabajan en el servicio?	106	2	4,538	5	5	0,538

El diagrama de barras, **gráfico 4.15**, muestra, con claridad, cómo existe una gran conjunción en las respuestas de todos los jefes de servicio encuestados, agrupándose, principalmente, en dos categorías de la escala: “bastante” y “completamente”.

**Gráfico 4.15 Representación del grado en el que los jefes de servicio creen que es necesaria la colaboración de todos los estamentos para alcanzar los objetivos**





Como se observa en la **tabla 4.21** y en el diagrama que la acompaña, en un alto porcentaje de los servicios se entrelazan los objetivos individuales del personal con los del conjunto de la organización. Así lo expresan un 83,5% de los jefes de estos servicios.

### Pregunta 4.16 ●

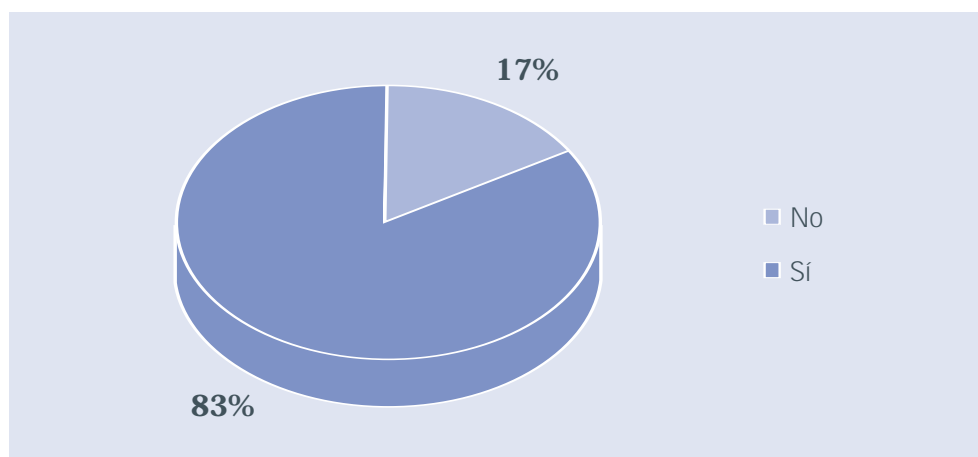
¿Se entrelazan los objetivos individuales con los del grupo-organización?

**Tabla 4.21 Jefes de servicio que indican que los objetivos individuales se entrelazan con los del grupo / organización**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Se entrelazan los objetivos individuales con los del grupo / organización?	86	83,5%	17	16,5%	103

En el **gráfico 4.16** se puede observar cómo aquellos jefes que opinan que en su servicio los objetivos individuales no se entrelazan con los del grupo / organización son una minoría.

**Gráfico 4.16 Representación de la proporción en que los jefes de servicio indican que se entrelazan los objetivos individuales con los del grupo / organización**



● **Pregunta 4.17**

En caso de cumplir los objetivos del servicio, ¿se obtiene alguna gratificación?

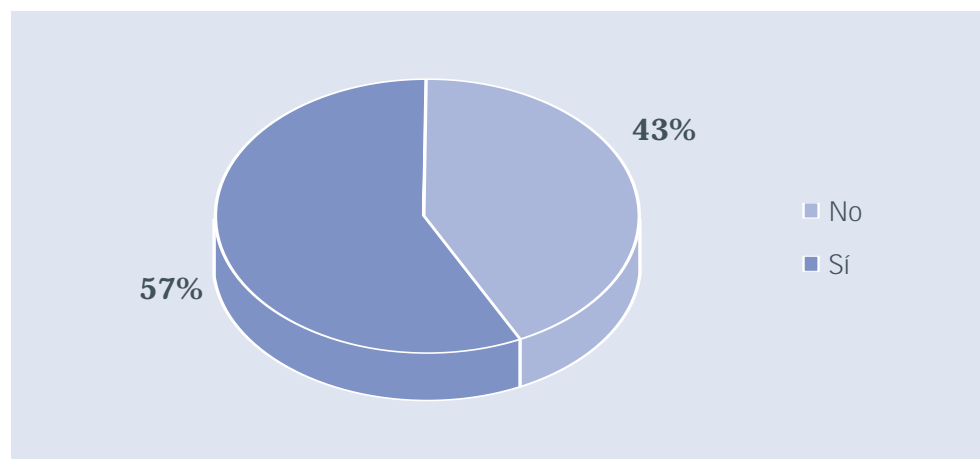
El cumplimiento de los objetivos sólo conduce a una gratificación en el 42% de los servicios, según los encuestados, **tabla 4.22**. El 57,5% de los jefes de servicio apunta que en su servicio no se obtiene una gratificación como incentivo por el cumplimiento de los objetivos.

**Tabla 4.22 Número de jefes de servicio que indican que en caso de cumplir los objetivos se obtiene una gratificación**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
En el caso de cumplir los objetivos del servicio, ¿se obtiene alguna gratificación?	45	42,5%	61	57,5%	106

El **gráfico 4.17** permite observar la proporción de jefes de servicio que indica que los objetivos del servicio están ligados a alguna forma de gratificación.

**Gráfico 4.17 Representación de la proporción de servicios que obtienen alguna gratificación en el caso de cumplir con los objetivos, según los jefes de servicio**



● **Pregunta 4.18**

En caso afirmativo, indique qué tipo de gratificación se obtiene.

La tabla que sigue expone los tipos de gratificación que se obtienen al cumplir los objetivos en los servicios de los encuestados.

**Tabla 4.23 Tipos de gratificación que se obtienen en el caso de cumplir los objetivos**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Razones
1	Análisis Clínicos MA	Productividad variable homogénea
2	Anestesia CT	Económica
3	Cardiología IC	Incentivos económicos y mejoras de recursos
4	Cardiología GA	Económica
5	Cardiología AR	Productividad en términos económicos
6	Cardiología MA	Se cobra productividad variable para toda la unidad
7	Cardiología VA	A veces la productividad variable, pero no motiva, pues es escasa de cuantía
8	Cardiología VA	Cero
9	Cardiología MA	Meramente económica
10	Cirugía IC	La situación actual es inaceptable
11	Cirugía CA	Económica relacionada con la carrera profesional
12	Farmacia Hospitalaria CA	Económica
13	Farmacia Hospitalaria LR	Antes de las transferencias había productividad, pero se repartía por igual entre los facultativos. Con las transferencias han quitado la productividad y de momento no han igualado los sueldos con el resto de funcionarios de la Comunidad Autónoma.
14	Nefrología MU	Dineraria y formativa
15	Nefrología CM	Productividad variable pactada en relación a objetivos
16	Nefrología CA	Plus de efectividad (escaso inferior a 600/año)
17	Nefrología CA	Carrera profesional e incentivo económico
18	Nefrología PV	Incentivación por objetivos
19	Nefrología MA	Productividad variable anual
20	Nefrología NA	Puntuación para la carrera profesional de los médicos
21	Nefrología CL	Mínima, productividad
22	Neumología IC	Aumento de cobertura administrativa a la persona por encima de las disposiciones legales. Dotación informática. Contacto con la dirección
23	Neumología MA	Más emocional que económica
24	Neumología NA	Necesarias para la carrera profesional
25	Neumología MA	Una pequeña cantidad de dinero como productividad variable
26	Neurología CA	Moral y felicitaciones de gerencia y dirección médica
27	Neurología GA	Acuerdo sindical de complemento productividad variable
28	Neurología MA	Repercute en la productividad variable
29	Neurología AR	Gratificación personal y profesional de servicio público; pequeña repercusión económica a final de año
30	Oncología MA	120,000 pesetas al año

**Tabla 4.23 Tipos de gratificación que se obtienen en el caso de cumplir los objetivos (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Razones
31	Oncología VA	La gratificación la obtienen clásicamente las direcciones
32	Psiquiatría GA	Económica (productividad variable)
33	Psiquiatría AS	Económica
34	Psiquiatría IC	Puramente "psicológica", incluyendo algunos estímulos a la formación
35	Psiquiatría CA	Días libres
36	Psiquiatría MA	Económica (teóricamente), gestión de tiempos y libranzas (parcialmente)
37	Psiquiatría CM	Productividad variable
38	Sección de Andrología -	Paga de productividad variable
39	Urología GA	El 70% del salario depende de los objetivos
40	Urología CM	Económica
41	Urología VA	Económica
42	Urología CL	La ridícula productividad variable. Absurda tanto en la cantidad como en la forma de reparto
43	Urología CA	Dinero
44	Urología -	Autonomía funcional, reconocimiento, prestigio intra-hospitalario
45	Urología -	Existe una productividad que se reparte por igual al margen de los objetivos
46	Urología AN	Satisfacción con logro conseguido, sentimiento de pertenencia al equipo

La tabla que sigue expone los tipos de gratificación que se obtienen al cumplir los objetivos en los servicios de los encuestados.

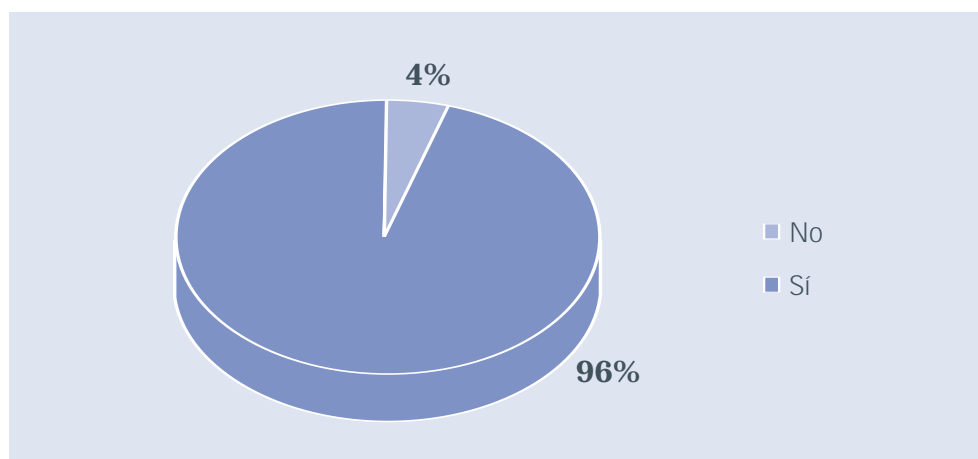
La **tabla 4.24** muestra cómo la práctica totalidad de los encuestados -más del 95%- considera que la gratificación actualmente obtenida en el servicio es insuficiente, sólo tres de los encuestados las consideran adecuadas.

**Tabla 4.24 Número de jefes de servicio que creen que es suficiente la gratificación que se obtiene actualmente**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Cree que es suficiente?	3	4,1%	70	95,9%	73

En este caso, el diagrama de sectores, **gráfico 4.18**, manifiesta la unanimidad de los encuestados respecto a la insuficiencia de los instrumentos de gratificación usados actualmente en sus respectivos servicios.

**Gráfico 4.18 Representación de la proporción en que los jefes de servicio indican que se entrelazan los objetivos individuales con los del grupo / organización**



## Pregunta 4.19 ●

¿Cree que es suficiente?

### ● Pregunta 4.20

En caso negativo, indique qué otro tipo de gratificaciones considera que serían motivadoras.

La **tabla 4.25**, recoge las respuestas ofrecidas por los jefes de servicio tanto a la pregunta abierta de este epígrafe, como a la pregunta 4.18: En caso afirmativo, indica qué tipo de gratificación se obtiene. Así se puede comparar qué tipo de gratificación consideran los encuestados que sería motivadora en su servicio con la que actualmente está vigente en su unidad.

**Tabla 4.25 Tipos de gratificación que los jefes de servicio se obtiene en el caso de cumplir los objetivos y la gratificación consideran que sería motivadora**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Tipo de gratificación existente	Gratificación que sería motivadora
1	Análisis Clínicos MA	Productividad variable homogénea	Productividad variable no homogénea, mayor acceso a la docencia e investigación
2	Anestesia CT	Económica	Económica; promoción
3	Cardiología CM		Económica, acceso a medios para investigación, promoción, formación, etc.
4	Cardiología MA		Económica, equipamiento, enseñanza continuada / investigación
5	Cardiología AN		Incentivos económicos
6	Cardiología- IC	Incentivos económicos y mejoras de recursos	Mejoras de personal
7	Cardiología GA	Económica	Mayor cuantía
8	Cardiología AR	Productividad en términos económicos	Mayor autonomía en el funcionamiento
9	Cardiología CM		Incentivación económica
10	Cardiología MA	Se cobra productividad variable para toda la unidad	En formación y desarrollo personal
11	Cardiología VA	A veces la productividad variable pero no motiva pues es escasa de cuantía	Dinero, tiempo libre, formación
12	Cardiología AS		Más dinero
13	Cardiología VA	Cero	Ayuda para mejoras estructurales y funcionales
14	Cardiología AN		Inversión en el servicio
15	Cardiología MA	Meramente económica	Económica necesaria, otros incentivos materiales
16	Cirugía IC	La situación actual es inaceptable	Siempre incentivos económicos
17	Cirugía CA	Económica relacionada con la carrera profesional	Insuficiente gratificación económica para el grado de responsabilidad
18	Cirugía Torácica MU		1º Económica; 2º Carrera profesional que evalúe estos parámetros

**Tabla 4.25 Tipos de gratificación que los jefes de servicio se obtiene en el caso de cumplir los objetivos y la gratificación consideran que sería motivadora (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Tipo de gratificación existente	Gratificación que sería motivadora
19	Farmacia MA		Más recursos humanos y materiales, mejor estructura del servicio, mayor rapidez en sus reformas en el tiempo y más tiempo libre
20	Farmacia Hospitalaria CA	Económica	Reconocimiento, posicionamiento del servicio, ampliación de actividades
21	Farmacia Hospitalaria CA		Económica pero en % pequeño. Tiempo libre. Horarios flexibles. Tiempo libre
22	Farmacia Hospitalaria LR	Antes de las transferencias había productividad pero se repartía por igual entre los facultativos. Con las transferencias, han quitado la productividad y, de momento, no han igualado los sueldos con el resto de funcionarios de la Comunidad Autónoma	Económica, no quitar lo que había sin otra contrapartida. Mención y agradecimiento por la dirección. No sigan incentivando servicios por peonadas.
23	Medicina Intensiva VA		Incentivación monetaria
24	Medicina Intensiva IC		Económica, disfrute de vacaciones, actividades de formación e investigación
25	Medicina Intensiva AN		1º Económica, 2º Mejoras para el servicio
26	Nefrología CA		Monetaria
27	Nefrología MU	Dineraria y formativa	Responsabilidades compartidas y/o rotativas.
28	Nefrología CM	Productividad variable pactada en relación a objetivos	Además de insuficiente gratificación económica, mayor consideración hacia los estudios e informes elaborados
29	Nefrología CA	Plus de efectividad (escaso inferior a 600/año)	Salario en dos partes: fijo (digno) y variable según objetivos (aprox. 30%)
30	Nefrología CA	Carrera profesional e incentivo económico	
31	Nefrología PV	Incentivación por objetivos	Económica y carrera profesional
32	Nefrología AN		Económico. Reconocimiento personal
33	Nefrología MA	Productividad variable anual	La misma, más cuantiosa (productividad variable anual)
34	Nefrología NA	Puntuación para la carrera profesional de los médicos	Congresos? Investigación? Económica? Vacaciones? (Es muy difícil)

**Tabla 4.25 Tipos de gratificación que los jefes de servicio se obtiene en el caso de cumplir los objetivos y la gratificación consideran que sería motivadora (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Tipo de gratificación existente	Gratificación que sería motivadora
35	Nefrología CL	Mínima, productividad	Carrera profesional
36	Nefrología AN		Económica, personal, actividades
37	Nefrología EX		Sueldo-incentivos
38	Neumología IC	Aumento de cobertura administrativa [...] a la persona por encima de las disposiciones legales. Dotación informática. Contacto con la dirección	Reconocimiento de la "carrera profesional". Dinero.
39	Neumología MA	Más emocional que económica	Carrera profesional, reconocimiento
40	Neumología NA	Necesarias para la carrera profesional	Económica. Reducción de actividades asistenciales
41	Neumología MA	Una pequeña cantidad de dinero como productividad variable	Incentivación en formación continuada. Cantidades de dinero más importantes
42	Neumología CA		Incentivos económicos
43	Neurología AN		Cualquier gratificación sería motivadora
44	Neurología CA	Moral y felicitaciones de gerencia y dirección médica	Económica
45	Neurología CA		Económica, aumento personal, aumento presupuesto para ampliar técnicas y aumentar la calidad
46	Neurología GA	Acuerdo sindical de complemento productividad variable	Emolumentos. Formación profesional (real)
47	Neurología CA		De reconocimiento escrito y de carácter económico si es posible
48	Neurología MA	Repercute en la productividad variable	Carrera profesional
49	Neurología VA		Dotación de algún equipamiento, algún incentivo económico
50	Neurología AR	Gratificación personal y profesional de servicio público. Pequeña repercusión económica a final de año	Mayor autonomía en la decisión y control de procesos y de contratación o estabilidad en el equipo incluyendo enfermería y administrativos
51	Neurología AN		Complemento en remuneración y tiempo. Consideración personal
52	Oncología MA	120,000 pesetas al año	Confortabilidad para trabajar y reconocimiento
53	Oncología VA	La gratificación la obtienen clásicamente las direcciones	No existe otra
54	Psicogeriatría CA		Flexibilidad horaria. Docencia. Salidas
55	Psiquiatría GA	Económica (productividad variable)	Mayor facilidades en actividades de formación



**Tabla 4.25 Tipos de gratificación que los jefes de servicio se obtiene en el caso de cumplir los objetivos y la gratificación consideran que sería motivadora (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Tipo de gratificación existente	Gratificación que sería motivadora
56	Psiquiatría AN		Gestión propia en el equipo
57	Psiquiatría AS	Económica	El problema está en la forma de distribución
58	Psiquiatría AR		Formación, asistencia a cursos, congresos, vacaciones, horarios reducidos
59	Psiquiatría PV		Reconocimiento
60	Psiquiatría IC	Puramente "psicológica", incluyendo algunos estímulos a la formación	Mayores recursos para el servicio
61	Psiquiatría CA	Días libres	Económica. Días de formación
62	Psiquiatría MA	Económica (teóricamente). Gestión de tiempos y libranzas (parcialmente)	Que fuese más real, variable y equitativa la mejora económica
63	Psiquiatría CL		Más incentivo económico, más medios, reconocimiento moral
64	Psiquiatría CA		Flexibilidad horaria
65	Psiquiatría CA		Incentivos económicos
66	Psiquiatría CM	Productividad variable	
67	Enfermedades AN Infecciosas		Incentivos profesionales y económicos
68	Sección de Andrología	Paga de productividad variable	
69	UCI Quirúrgica CA		Mejorar las condiciones de trabajo. Incentivos (congresos, cursos, etc.)
70	Urología CL		
71	Urología GA	El 70% del salario depende de los objetivos	
72	Urología CM	Económica	
73	Urología VA		Moral, económica, científica
74	Urología VA	Económica	El reconocimiento por el trabajo bien hecho
75	Urología MA		Económicas y/o inversión en tecnología, etc.
76	Urología AS		Mayor incentivación económica y becas para formación

**Tabla 4.25 Tipos de gratificación que los jefes de servicio se obtiene en el caso de cumplir los objetivos y la gratificación consideran que sería motivadora (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Tipo de gratificación existente	Gratificación que sería motivadora
77	Urología CL	La ridícula productividad variable. Absurda tanto en la cantidad como en la forma de reparto	Económica, tiempo libre, formación continuada, mejora de las instalaciones y tecnología
78	Urología AN		Incentivos económicos; carrera profesional
79	Urología CA	Dinero	No sería procedente gratificar una actividad que de por sí debe cumplirse ya, si el sueldo mensual fuera el adecuado
80	Urología	Autonomía funcional, reconocimiento, prestigio intra-hospitalario...	Económica
81	Urología	Existe una productividad que se reparte por igual al margen de los objetivos	Económica pero en relación a los objetivos cumplidos
82	Urología AN	Satisfacción con logro conseguido, sentimiento de pertenencia al equipo	

La opinión de los jefes de servicio sobre las diferentes formas de asignación de gratificación, se inclina a dar relevancia a las de carácter individual y/o de servicio, **tabla 4.26**. Así, la gratificación individualizada recibe el apoyo casi unánime de los jefes de servicio, un 90%, mientras que la gratificación grupal al conjunto del servicio recibe un apoyo menor, un 74%. Los jefes de servicio claramente entienden que la gratificación por centros no es la más deseable y sólo un 48% dice “creer” en ella mientras un 51% no lo hace. Estos datos apuntan de nuevo hacia una más estrecha relación entre el jefe de servicio y su equipo en el servicio.

### Pregunta 4.21 ●

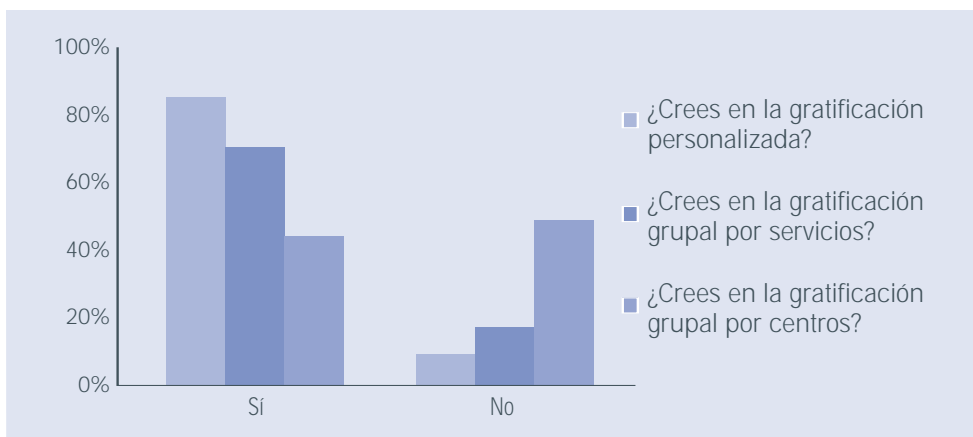
¿Cree en la gratificación personalizada?, ¿en la gratificación grupal por servicios? y, ¿en la gratificación grupal por centros?

**Tabla 4.26 Número de jefes de servicio que creen en distintas formas de gratificar al personal**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Cree en la gratificación personalizada?	96	90,6%	10	9,4%	106
¿Y en la gratificación grupal por servicios?	79	74,5%	27	25,5%	106
¿Y en la gratificación grupal por centros?	49	49,0%	51	51,0%	100

El diagrama de barras que sigue, **gráfico 4.19**, muestra con claridad el apoyo decreciente de los clínicos a los distintos tipos de gratificación a medida que el número de personas a gratificar aumenta.

**Gráfico 4.19 Representación de la proporción en que los jefes de servicio que creen en distintas formas de gratificar al personal**



● **Pregunta 4.22**

¿Interviene en la adjudicación personalizada de la gratificación?

Como muestra la **tabla 4.27**, la mayoría de los encuestados no participa actualmente en la adjudicación de la gratificación al personal del servicio -68%. Mientras, un 31% dice que sí participa en la adjudicación personalizada de la gratificación del personal de su servicio.

**Tabla 4.27 Número de jefes de servicio que intervienen en la adjudicación personalizada de la gratificación**

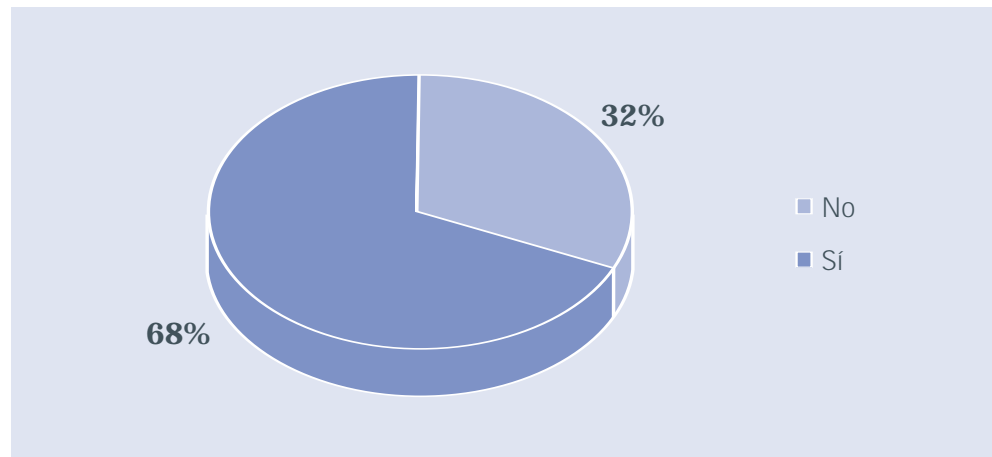
	Sí		No	
	N	%	N	%
¿Intervienes en la adjudicación personalizada de la gratificación?	34	31,5%	74	68,5%

● **Pregunta 4.23**

En caso negativo indique los motivos

La **tabla 4.28** recoge las respuestas a la pregunta abierta en la que los jefes de servicio debían exponer los motivos por los que ellos no participan en la adjudicación personalizada de la gratificación de su servicio.

**Gráfico 4.20 Representación de la proporción de jefes de servicio que intervienen en la adjudicación personalizada de la gratificación**



**Tabla 4.28 Motivos por los que los jefes de servicio no participan en la adjudicación de la gratificación**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	¿Participa en la planificación?	Razones
1	Análisis Clínicos MA	No	La gratificación bien establecida desde el hospital sin intervención alguna
2	Cardiología CM	No	No hay gratificación personalizada. Se hace un reparto por hospitales según unos criterios pactados en Madrid con los sindicatos
3	Cardiología MA	No	En nuestro contrato de gestión del Instituto figuran unos incentivos todavía no satisfechos por el Insalud. En todo caso, si se cumplen se tendría que intervenir para definir parámetros objetivos
4	Cardiología AN	No	No hay incentivo por facultativo
5	Cardiología AN	No	No existen gratificaciones
6	Cardiología AR	No	No es posible
7	Cardiología CM	No	La dirección distribuye la productividad
8	Cardiología MA	No	Por razones obvias, el gerente decide distribuir la gratificación de forma lineal
9	Cardiología VA	No	Está decidido que lo haga el gerente
10	Cardiología VA	No	No existen
11	Cardiología GA	No	Pactada por servicios y dirigido por la gerencia del centro
12	Cardiología MA	No	Está establecida por dirección del centro
13	Cirugía IC	No	Porque no hay incentiación de ningún tipo
14	Cirugía Torácica MU	No	No existe una gratificación excepto una gratificación global a todos los facultativos del hospital por cumplir los objetivos dictaminados por el contrato programa del centro, que está pactado con la dirección
15	Cuidados Críticos y Urgencias CA	No	No existe
16	Enfermedades Infecciosas AN	No	No existen gratificaciones
17	Farmacia Hospitalaria CA	No	No se ha propuesto
18	Farmacia Hospitalaria LR	No	Porque no se ha realizado nunca
19	Medicina Intensiva VA	No	Nunca se piden explicaciones por parte de la dirección al conjunto de los servicios. ¡Incluso ya no existen -prácticamente- las célebres en otro tiempo juntas facultativas!
20	Medicina Interna AN	No	No existe gratificación
21	Microbiología VA	No	No se da
22	Nefrología CA	No	No hay gratificación personalizada
23	Nefrología CM	Sí	Si se cumplen los objetivos de cantidades de productividad por grupos están determinadas
24	Nefrología CA	No	No existe, es por servicios

**Tabla 4.28 Motivos por los que los jefes de servicio no participan en la adjudicación de la gratificación (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	¿Participa en la planificación?	Razones
25	Nefrología PV	No	Para un jefe de servicios distribuir exclusivamente incentivos o gratificación puede ser muy complicado si no existe un apoyo del sistema
26	Nefrología CL	No	Es fuente de conflictos
27	Nefrología AN	No	No se ha establecido un sistema de gratificación
28	Nefrología CA	Sí	Sólo cuando consigo gratificaciones de forma independiente a la dirección del centro; p.e. industria, ensayos clínicos
29	Neumología CA	No	No tenemos gratificaciones extra (al menos conocidas)
30	Neumología AN	No	No hay gratificaciones
31	Neumología CA	No	No existen gratificaciones
32	Neumología GA	No	Imposibilidad de información de actividad personalizada (insuficientes herramientas de control)
33	Neumología CA	No	La dirección del hospital no gratifica; he solicitado a la gerencia en ocasiones que gratifique por reconocimiento. No se ha hecho
34	Neumología MA	No	No se me pregunta
35	Neumología VA	No	Centralización de decisiones en la dirección
36	- AN	No	No la hay en mi hospital
37	- -	No	No existe gratificación
38	Oncología VA	No	No existe
39	Psiquiatría AN	Sí	Sólo puedo dar productividad a personal enfermería, trabajador social y a administrativos. A facultativos no existe
40	Psiquiatría AS	No	No existe
41	Psiquiatría PV	No	No hay gratificaciones
42	Psiquiatría IC	Sí	Están implícitos en la pregunta 4.18
43	Psiquiatría CA	No	No hay gratificación en estos momentos
44	Psiquiatría MA	No	Es un sistema general, institucional y de reparto por igual, si el hospital cumple los objetivos
45	Psiquiatría MA	No	En mi centro no existe gratificación personalizada para nadie
46	Psiquiatría CA	No	No las hay en mi servicio
47	Psiquiatría AN	No	No tenemos
48	Urología CL	No	No hay gratificaciones
49	Urología CM	No	No existe
50	Urología VA	No	No hay gratificación personalizada en la actualidad
51	Urología VA	No	Tras haberlo planteado, no ha existido, aún, respuesta de la dirección
52	Urología MA	No	No hay gratificaciones
53	Urología AS	No	Los incentivos de productividad se suelen repartir siempre por la junta técnico asistencial
54	Urología CL	No	No está contemplado por parte de la dirección

**Tabla 4.28 Motivos por los que los jefes de servicio no participan en la adjudicación de la gratificación (Cont.)**

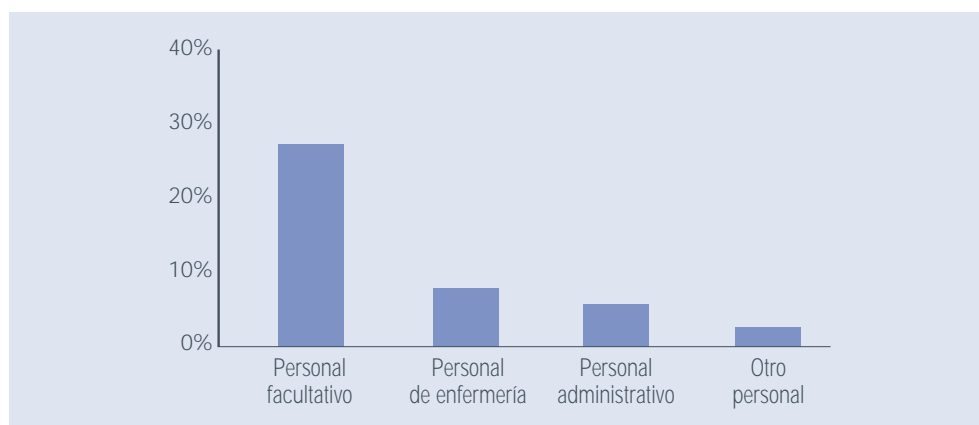
Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	¿Participa en la planificación?	Razones
55	Urología CL	No	No existe en mi hospital
55	Urología CL	No	No existe en mi hospital
56	Urología AN	No	No se contempla al no estar constituidos en unidad clínica de gestión (aún)
57	Urología CA	No	Institucional
58	Urología -	No	Sólo interviene la dirección que, asesorada en parte por la comisión mixta, decide un reparto por igual al margen de los objetivos particulares

Como recoge la **tabla 4.29**, aquellos encuestados que han indicado que participan en el proceso de adjudicación de la gratificación lo hacen, fundamentalmente, en la gratificación a los facultativos, un 55%. Es una minoría el grupo de jefes de servicio que participa en el caso del personal de enfermería o del personal administrativo. Son un 9,26% y un 6,48% de los jefes de servicio en el caso de enfermeros y administrativos, respectivamente.

**Tabla 4.29 Número de jefes de servicio que intervienen en la gratificación de distintos grupos de personal**

	N	%
Personal facultativo	32	29,6%
Personal de enfermería	10	9,26%
Personal administrativo	7	6,48%
Otro personal	3	2,78%
Total	108	100%

**Gráfico 4.21 Representación del porcentaje de jefes de servicio que intervienen en la gratificación de distintos grupos de personal**



**Pregunta 4.24**

En caso afirmativo ¿interviene en la gratificación de los siguientes grupos de personal?

● **Pregunta 4.25**

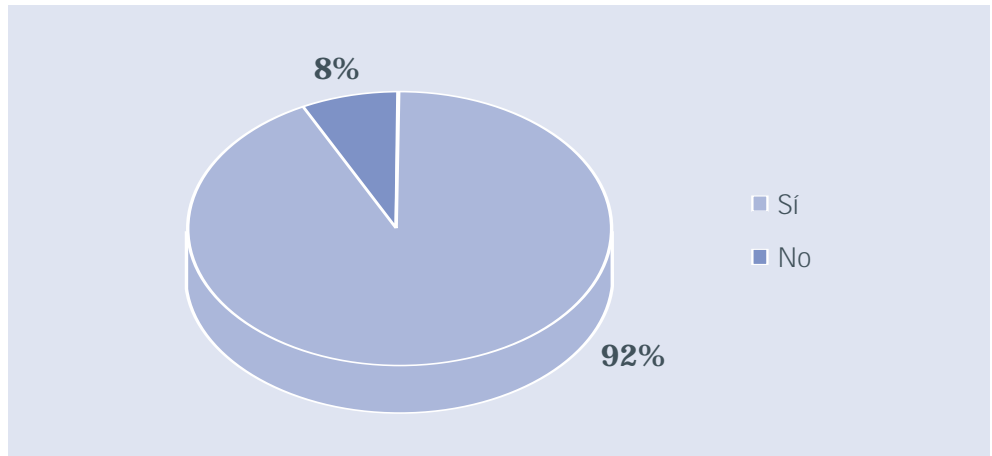
¿Cree que debería, como responsable, intervenir en la gratificación del personal de tu servicio?

El último elemento relativo a las gratificaciones del servicio que se planteaba en el cuestionario era si los encuestados creían que deberían participar en la gratificación de todo el equipo humano de su unidad. Como se aprecia en la **tabla 4.30**, la práctica totalidad de los encuestados responde afirmativamente. Sólo ocho jefes de servicio consideran que ellos no deberían intervenir en la gratificación.

**Tabla 4.30 Número de jefes de servicio que creen que deberían intervenir en la gratificación de todo el personal de su servicio**

	No		Sí		Total
	N	%	N	%	%
¿Cree que debería, como responsable, intervenir en la gratificación e todo el personal de tu Servicio?	96	92,3%	8	7,69%	104

**Gráfico 4.22 proporción de jefes de servicio que creen que deberían intervenir en la gratificación de todo el personal de su servicio**



El cuestionario presenta una última cuestión en relación con la gestión de los objetivos del servicio. La pregunta trata de indagar el grado de transparencia de los objetivos individuales en los servicios clínicos. Un grupo mayoritario de clínicos formado por el 59% indica que en su servicio no se exponen públicamente los objetivos individuales del personal implicado en la organización.

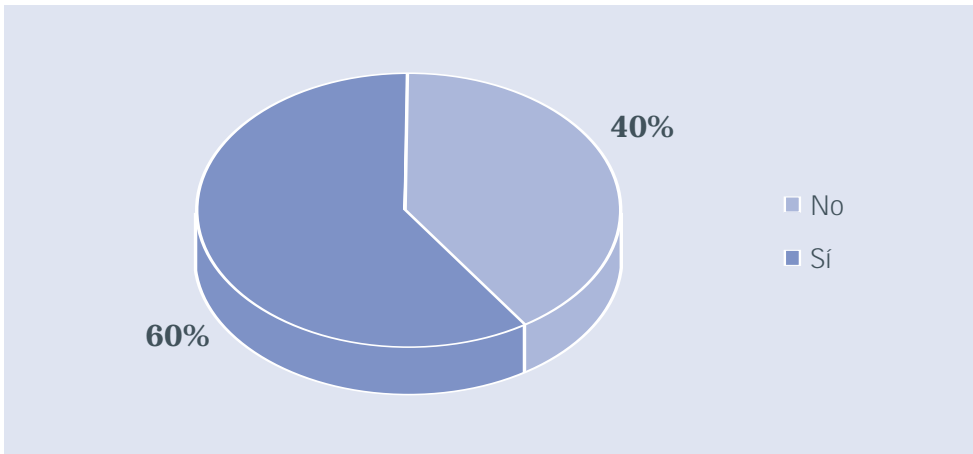
**Tabla 4.31 Número de jefes de servicio que indican que se exponen públicamente los objetivos individuales del grupo / organización**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Se exponen públicamente los objetivos individuales del grupo/organización?	42	40,4%	62	59,6%	104



El **gráfico 4.23** muestra cómo un grupo importante de los encuestados sí expone los objetivos individuales, a pesar de ser una mayoría el grupo de clínicos que apuntan que en su servicio no se exponen los objetivos individuales.

**Gráfico 4.23 Representación de la proporción de jefes de servicio que indican que se exponen públicamente los objetivos del grupo / organización**





## 2.5 CONTROL DE GESTIÓN





## 2.5. CONTROL DE GESTIÓN

En este apartado del cuestionario se pretende recabar información acerca de la labor de control que los jefes de servicio llevan a cabo en sus servicios.

Mediante un total de 8 preguntas el cuestionario analiza los siguientes temas:

- Actividades prioritarias para el control
- Tipología y origen de la información para el control
- Capacidad de respuesta
- Modificación de objetivos
- Medidas que facilitan los objetivos

En este apartado se analiza el grado de control que los encuestados consideran que deben tener las actividades que se les propone. De las cuatro (**tabla 5.1**), los protocolos de asistencia son considerados como la actividad que requiere un control "prioritario" (76,9% de los encuestados). Lo mismo ocurre con la "calidad percibida" actividad que consideran el 75% de los encuestados que debe tener un control prioritario.

La actividad que los jefes de servicio encuestados consideran que requiere menor atención es, claramente, el control de los costes, donde un destacado 47% sólo considera que requieran un control regular. A su vez nueve de los clínicos admiten que en su servicio los costes apenas requiere ningún control.

En el caso del control del desempeño personal, un 33% de los jefes de servicio encuestados considera que este sólo requiere un grado regular. Asimismo, tres de los encuestados sostienen que no requieren ningún control.

### Pregunta 5.1

Señale el grado de control que necesitan las siguientes actividades respecto de Su servicio

**Tabla 5.1 Grado control que distintas actividades requieren respecto el servicio del encuestado**

	Prioritario	Regular	Ninguno	Total
Calidad percibida	79	19	6	104
	76%	18,3%	5,8%	100%
Protocolos de asistencia	80	21	3	104
	76,9%	20,2%	2,9%	100%
Costes	45	49	9	103
	43,7%	47,6%	8,7%	100%
Desempeño personal	64	33	3	101
	63,4%	32,7%	3%	100%

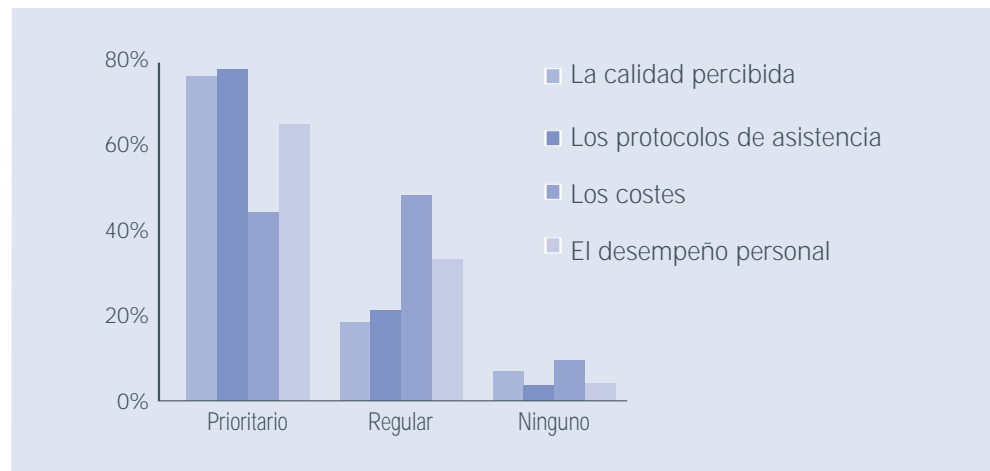
Un único encuestado ha apuntado otro aspecto que no estaba entre los mencionados en la pregunta, **tabla 5.2**. Este encuestado considera que la planificación de la investigación y la docencia también requieren una atención prioritaria.

**Tabla 5.2 Otras actividades del servicio que requieren control por parte del encuesta**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Actividad (grado de control)
1	Neurología AR	Planificación de investigación y docencia (Prioritario)

El **gráfico 5.1** permite observar cómo el conjunto los jefes de servicio encuestados han indicado el tipo de control que requieren las áreas propuestas. A simple vista, contrasta la minoría de jefes de servicio que consideran que las actividades mencionadas no requieren ningún control, con respecto a una importante mayoría que considera prioritario el control, a excepción del caso de los costes.

**Gráfico 5.1 Representación del grado de control que requieren distintas actividades en el servicio del encuestado**



**Pregunta 5.2**

¿En qué medida necesita los siguientes tipos de información para poder controlar los procesos?

La **tabla 5.3** describe el grado en que los encuestados consideran que necesitan el tipo de información mencionada para controlar los procesos en sus servicios. Principalmente, los jefes clínicos necesitan información relativa a la calidad en la actividad asistencial. Un 95% indica que la necesidad en que la precisan es “bastante” o “mucho”. Entre un 69% y un 58% apuntan que es “bastante” o “mucho” la información relativa al planning diario individual de los miembros del servicio, las reclamaciones, las incidencias y el consumo del servicio que se requiere para controlar el proceso.

El único tipo de información que no es requerida en este nivel alto es la relativa a los productos en stock. Respecto a éste, hasta un 38% de los jefes de servicio indican que no requieren ese tipo de información, o que el grado en que la requieren “poco”.

**Tabla 5.3 Grado de necesidad de distintos tipos de información que los jefes de servicio requieren para controlar los procesos**

Tipo de información	Nada	Poca	Media	Bastante	Mucha	Total
Cantidad de actividad asistencial	1	1	3	30	71	106
	0,9%	0,9%	2,8%	28,3%	67%	100%
Planning diario individual de los miembros del servicio	2	10	24	40	29	105
	1,9%	9,5%	22,9%	38,1%	27,6%	100%
Número de reclamaciones verbales o escritas	3	12	28	37	26	106
	2,8%	11,3%	26,4%	34,9%	24,5%	100%
Número de incidencias y su clasificación	2	7	30	38	29	106
	1,9%	6,6%	28,3%	35,8%	27,4%	100%
Consumo del servicio	4	8	26	42	26	106
	3,8%	7,5%	24,5%	39,6%	24,5%	100%
Productos en stock	15	24	33	17	13	102
	14,7%	23,5%	32,4%	16,7%	12,7%	100%

Ante la opción de identificar otro tipo de información requerida, tres jefes de servicio han identificado la información que se recoge en la **tabla 5.4**

**Tabla 5.4 Otros tipos de información necesarios para controlar los procesos, según los jefes de servicio**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Tipo de información (grado)
1	Cirugía IC	Lista de espera quirúrgica (mucho); intervenciones suspendidas (mucho)
2	Neurología AR	Indicadores de calidad (mucho); Estándar de otros (bastante)
3	Psiquiatría IC	Outcomes referidos al usuario: recaída, calidad de vida,... (mucho)

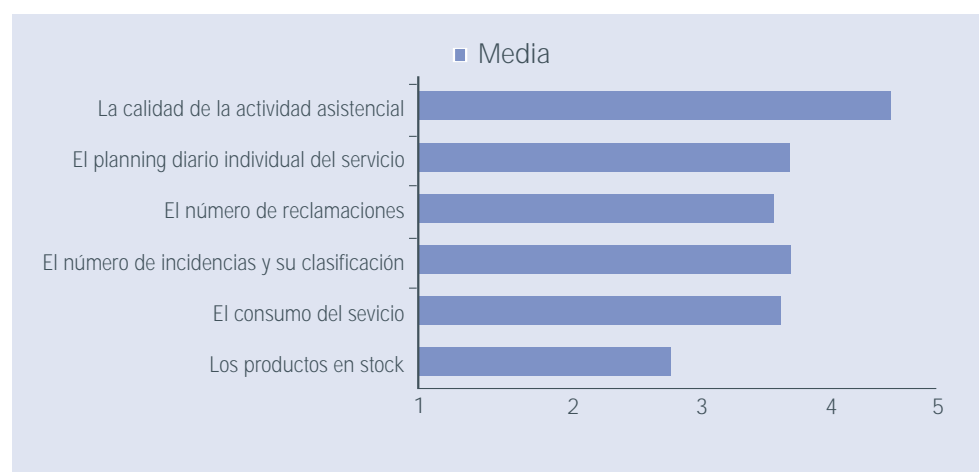
Tanto el resumen estadístico de las respuestas **-tabla 5.5-** como el gráfico de barras de las medias **-gráfico 5.2-** muestran cómo los clínicos entienden que hay una información unánimemente imprescindible: la relativa a la calidad asistencial. Posteriormente, hay una información, hasta cierto punto irrelevante, el material en stock. Y, finalmente, están las demás categorías propuestas, que son percibidas como importantes, pero alejadas casi en un punto con respecto a la necesidad de información sobre la calidad de la actividad asistencial y la relativa al stock.

**Tabla 5.5 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 5.2**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Cantidad de actividad asistencial	106	2	4,594	5	5	0,687
Planning diario individual de los miembros del servicio	105	3	3,800	4	4	1,013
Número de reclamaciones verbales o escritas	106	2	3,670	4	4	1,058
Número de incidencias y su clasificación	106	2	3,802	4	4	0,980
Consumo del servicio	106	2	3,736	4	4	1,036
Productos en stock	102	6	2,892	3	3	1,226

El **gráfico 5.2** compara los valores medios de las valoraciones que los jefes de servicio han hecho de cada uno de los tipos de información propuestos por la pregunta.

**Gráfico 5.2 Representación de la media de necesidad de información para controlar los procesos en distintas actividades, según los jefes de servicio (1=Nada, 5=Mucha)**





Este apartado presenta las respuestas de los clínicos encuestados sobre la responsabilidad en el proceso de elaboración del cuadro de mandos de la unidad.

Como se aprecia, tanto en la **tabla 5.6** como en el **gráfico 5.3**, algo menos de la mitad de los jefes clínicos no elabora el cuadro de mandos de su servicio.

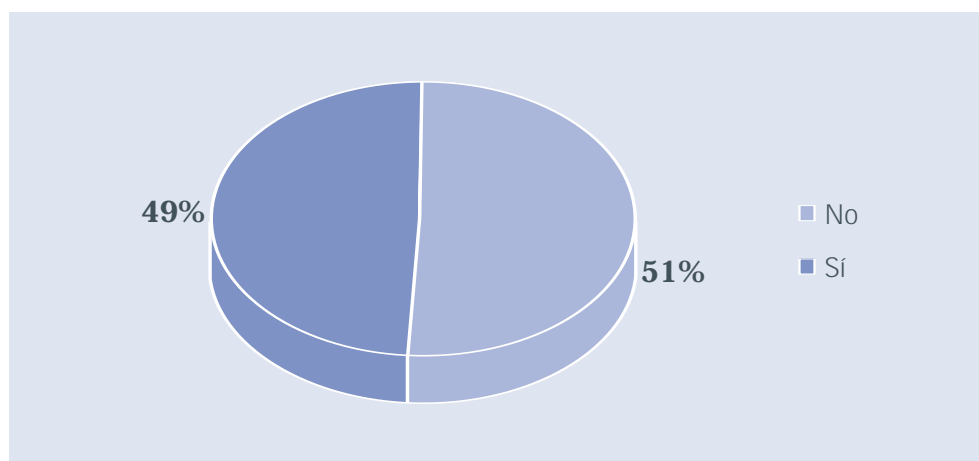
**Tabla 5.6 Número de jefes de servicio que confecciona personalmente el cuadro de mandos de su servicio**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Confeccionas personalmente el cuadro de mandos del servicio?	51	52%	49	49%	100

**Pregunta 5.3 ●**

¿Confecciona personalmente el cuadro de mandos del servicio? En caso negativo, ¿quién lo hace?

**Gráfico 5.3 Representación de la proporción de jefes de servicio que confecciona personalmente el cuadro de mandos de su servicio**



La totalidad de las respuestas de los clínicos a la pregunta de quién realiza el cuadro de mandos están reflejadas en la **tabla 5.7**. La mayoría de los encuestados que dicen no decidir personalmente los mandos de su unidad indican que se trata de alguna de las direcciones, o el conjunto de éstas, quienes realizan esa tarea. Entre aquellos encuestados que apuntan otro estamento como responsable del cuadro de mandos, destaca que un encuestado diga que comparte esa tarea con los otros gestores de su centro. También es destacable que un sólo encuestado delegue la tarea de la confección del cuadro de mandos del servicio en un subordinado: “un facultativo jefe de sección”.

**Tabla 5.7 Responsable encargado de confeccionar el cuadro de mandos del servicio**

<b>Jefe de servicio</b>	<b>Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado</b>		<b>Responsable del cuadro de mandos</b>
1	Cardiología	CM	Admisión (Asistencia)
2	Cardiología	MA	Viene predefinido por la organización, aunque tengo cierta capacidad de decisión
3	Cardiología	IC	La supervisora
4	Cardiología	AR	La Dirección
5	Cardiología	CM	Dirección y admisión
6	Cardiología	VA	La administración
7	Cirugía	IC	Servicio de control de gestión
8	Cirugía y Obstetricia	CA	Gerencia
9	Enfermedades Infecciosas	AN	Dirección gerencia
10	Ginecología y Obstetricia		El jefe de departamento
11	Medicina Intensiva	VA	Un miembro del equipo
12	Medicina Intensiva	-	Nadie
13	Medicina Intensiva	IC	Gerencia, dirección médica
14	Microbiología	NA	Dirección
15	Microbiología	VA	Conjuntamente con dirección médica y enfermería
16	Nefrología	CA	La dirección del Hospital
17	Nefrología	CM	Dirección médica
18	Nefrología	PV	Plantilla y supervisoras
19	Nefrología	AN	Dirección de gerencia
20	Nefrología	NA	Sólo de médicos, enfermería tiene su jefa
21	Nefrología	AN	Servicio Andaluz de Salud
22	Nefrología	CL	Análisis funcional
23	Neumología	MA	Subdirección de gestión
24	Neumología	CA	Director del departamento
25	Neurología	CA	Conjuntamente con la dirección
26	Neurología	GA	Unidad de gestión; administrativos
27	Neurología	CA	Dirección Médica
28	Oncología	MA	Dirección de gestión
29	Oncología	VA	Dirección
30	Psicogeriatría	CA	Dirección
31	Psiquiatría	AN	Servicio Andaluz de Salud
32	Psiquiatría	AS	Unidad de control de evaluación dependiente de la gerencia

**Tabla 5.7 Responsable encargado de confeccionar el cuadro de mandos del servicio**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado		Responsable del cuadro de mandos
32	Psiquiatría	AS	Unidad de control de evaluación dependiente de la gerencia
34	Psiquiatría	PV	A través de oposiciones; dirección de enfermería (supervisoras)
35	Psiquiatría	IC	Un facultativo jefe de sección
36	Psiquiatría	CA	Dirección médica
37	Psiquiatría	CL	Dirección médica y otras direcciones
38	Psiquiatría	MA	No procede
39	Psiquiatría	CA	Director médico
40	Urología	IC	Subdirección médica
41	Urología	CA	Nadie
42	Urología	CL	El control de gestión
43	Urología	AN	Jefe servicio
44	Urología	CA	Viene por plazas por oposición

Los jefes de servicio se muestran divididos respecto a la idoneidad de los datos que le solicita la dirección de su centro para evaluar la actividad del servicio. Aunque una mayoría, compuesta por el 56% de los encuestados, considera que esos datos requeridos por dirección no son adecuados, un 43% piensa lo contrario, como refleja la **tabla 5.8**.

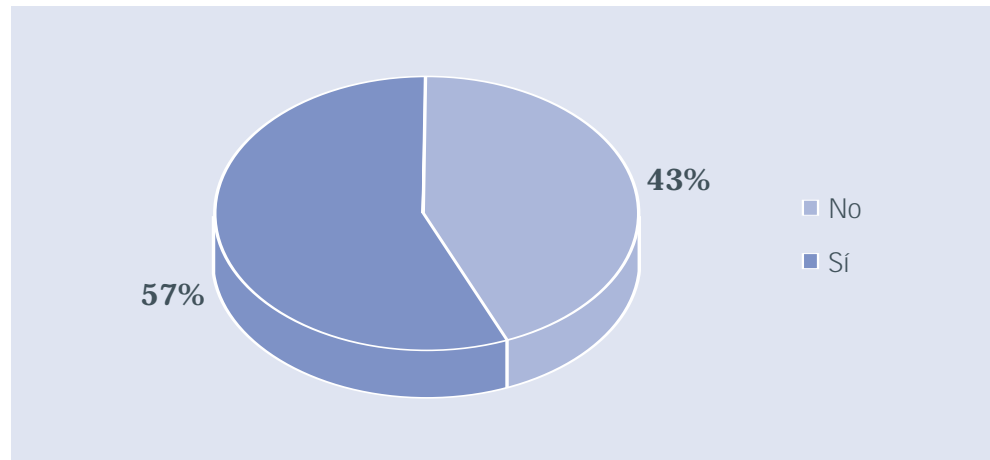
**Tabla 5.8 Número de jefes de servicio que cree que los datos que le solicita la dirección son los adecuados para reflejar la actividad del servicio**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Crees que los datos que te solicita la dirección del centro son los adecuados para reflejar la actividad del servicio?	46	43,4%	60	56,6%	106

#### Pregunta 5.4

¿Cree que los datos que le solicita la dirección del centro son los adecuados para reflejar la actividad del servicio?

**Gráfico 5.4 Representación de la proporción de jefes de servicio que creen que los datos que le solicita la dirección son los adecuados para reflejar la actividad del servicio**



**Pregunta 5.5**

En cualquier caso, ¿cómo obtiene la información?

Para el ejercicio del control de la actividad del servicio, la disponibilidad de información se presume como un requisito indispensable. Los jefes de servicio, al ser preguntados acerca de la información necesaria para el control de su servicio, dicen obtenerla principalmente a través de tres medios: los informes de facultativos, los de enfermería y sus propias estadísticas. De éstos, los dos más usados son los informes de los facultativos y los datos recogidos por los propios jefes de servicio, que son fuente de información para más del 85% de los clínicos. También, aunque de forma menor -el 63%-, los encuestados recurren a informes del personal de enfermería.

Dadas estas respuestas, se aprecia que los jefes de servicio obtienen la información para el control de forma fundamentalmente endógena al servicio. Ellos mismos exponen que lo hacen en un grado significativamente menor de forma exógena -un 52% no recurre a informes de servicios "ajenos" -.

**Tabla 5.9 Medios por los que los jefes de servicio obtienen la información necesaria para el control de los procesos**

Medio de obtención	No	Sí	Total
Informes de los facultativos	12	80	92
	13%	87%	100%
Estadísticas recogidas personalmente	13	84	97
	13,4%	86,6%	100%
Informes del personal de enfermería	33	57	90
	36,7%	63,3%	100%
Informes de servicios ajenos	45	41	86
	52,3%	47,7%	100%

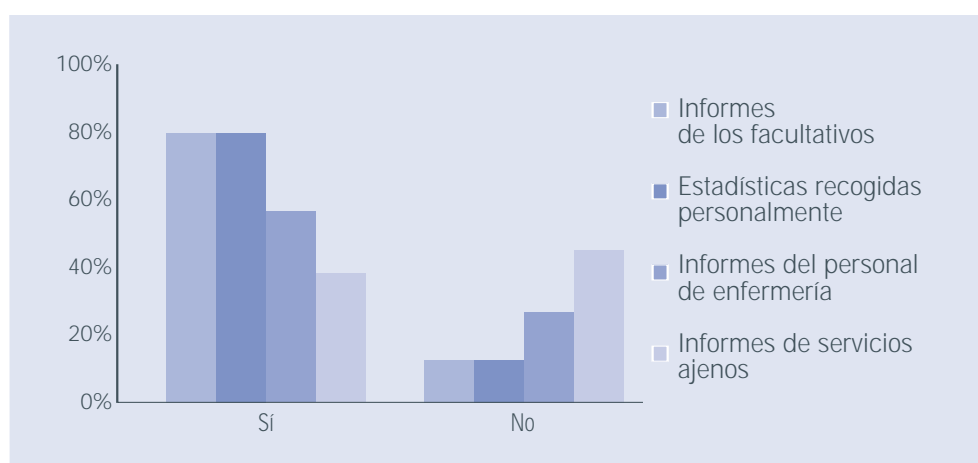
En la opción de "otros" medios de obtención de información, 16 encuestados han apuntado otros métodos por los que obtienen la información necesaria para el control de los procesos de sus servicio, tal y como se refleja en la **tabla 5.10**.

**Tabla 5.10 Otros medios por los que los encuestados obtienen información**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Medio de obtención
1	Cirugía CA	Codificación
2	Cuidados Críticos y Urgencias CA	Sistema de informática del servicio
3	Farmacia Hospitalaria CA	Sistema de información
4	Farmacia Hospitalaria LR	Encuestas a pacientes externos, personal enfermería, unidades clínicas
5	Medicina Interna AN	Estadística recogida por cada unidad clínica
6	Neurología AR	Informes de dirección-gerencia
7	Oncología VA	El propio centro
8	Psiquiatría AN	Estadística centralizada
9	Psiquiatría PV	Administrativos del servicio
10	Psiquiatría CA	Estadística informatizada
11	Psiquiatría AN	Nuestro propio servicio de información en salud mental
12	Urología GA	Cuadro de mandos mensual
13	Urología MA	Dirección de gestión
14	Urología CA	Gestión del propio centro
15	Urología -	Estadística remitida por el control de gestión
16	Urología AN	Programas de actividad informatizados

Los porcentajes de jefes de servicio que usan cada uno de los métodos propuestos en el enunciado de la pregunta se ven representados en el **gráfico 5.5**.

**Gráfico 5.5 Representación gráfica de las proporciones de jefes de servicio que usan distintos métodos para obtener la información para el control**



## ● Pregunta 5.6

Si los datos obtenidos no son los esperados, indica tu capacidad para...

Los jefes de servicio han sido preguntados sobre su capacidad de actuación ante unos resultados insatisfactorios tras el control de los procesos.

En la **tabla 5.11** se ve que los encuestados ante informes insatisfactorios dicen ser ampliamente más capaces de identificar sus causas que de actuar para remediarlas. Un 60% es "bastante" o "muy capaz" de detectar los motivos aunque sólo un 30% y un 33% muestren la misma confianza para atajar el problema (evitarlos y corregirlos).

Los clínicos consideran que su capacidad de reacción es menor que su capacidad de análisis, aunque ésta es calificada como "media" por un 42% en el caso de evitar que se sigan produciendo y 43% en el de corregirlos.

**Tabla 5.11 Grado en que los jefes de servicio pueden realizar distintas acciones si los datos obtenidos no son los esperados**

Capacidad para...	Ninguna	Poca	Media	Bastante	Mucha	Total
Detectar fácilmente los motivos	3	10	29	59	4	105
	2,9%	9,5%	27,6%	56,2%	3,8%	100%
Evitar que sigan produciéndose	2	26	45	29	3	105
	1,9%	24,8%	42,9%	27,6%	2,9%	100%
Corregirlos	3	20	43	28	5	99
	3%	20,2%	43,4%	28,3%	5,1%	100%

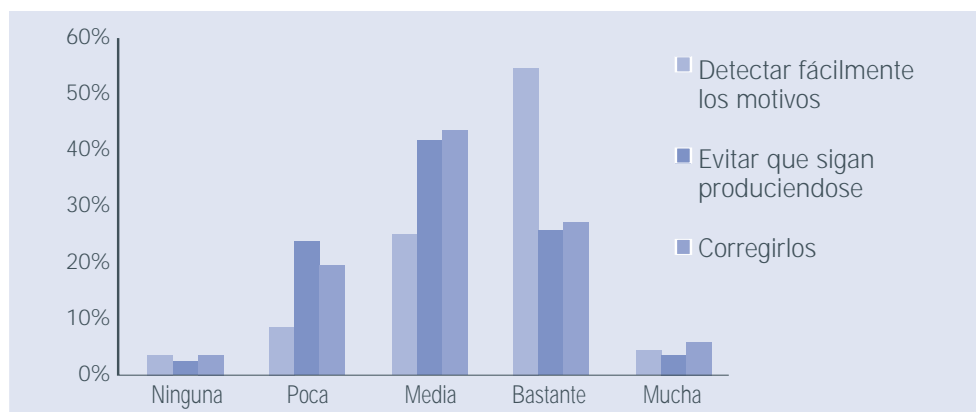
Los valores de las medias y desviaciones típicas, junto con otros estadísticos del conjunto de las respuestas pueden verse en la **tabla 5.12**.

**Tabla 5.12 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 5.6**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Detectar fácilmente los motivos	105	3	3,486	4	4	0,833
Evitar que sigan produciéndose	105	3	3,048	3	3	0,848
Corregirlos	99	9	3,121	3	3	0,895

Los valores similares de las medias de los tres grupos de respuestas no capturan las diferencias en la dispersión de las respuestas en toda su extensión. Un gráfico de barras comparando las respuestas para cada categoría de la escala muestra estas diferencias, **gráfico 5.6**.

**Gráfico 5.6 Representación del grado de capacidad de los jefes de servicio para realizar distintas acciones si los datos obtenidos no son los esperados**



La **tabla 5.13** y el **gráfico 5.7** recogen las consideraciones de los jefes de servicio frente a situaciones que podrían conducir a una rectificación en los objetivos del servicio.

En general, la opinión de los encuestados está dividida. Aunque con la excepción de un solo caso, son más los jefes que indican que no han corregido sus objetivos por las situaciones planteadas. Esta ligera desigualdad se manifiesta en el caso de la falta de apoyo del personal ajeno al servicio y en la desaparición de las circunstancias que motivaron el objetivo.

El 67,7% de los encuestados dice no haber tenido que modificar los objetivos por “falta de dedicación a su seguimiento”.

### Pregunta 5.7

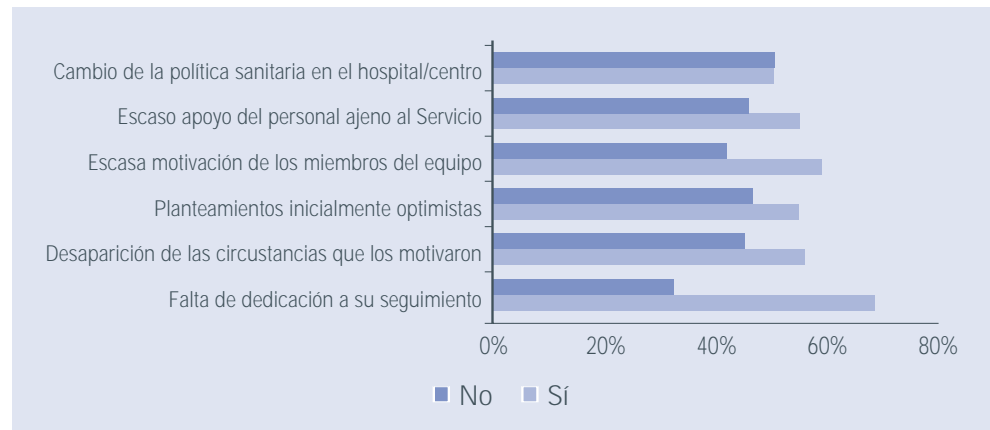
En alguna ocasión, ¿ha tenido que rectificar los objetivos a causa de...?

**Tabla 5.13 Causas por las que los jefes de servicio han tenido que modificar sus objetivos**

Causa	No	Sí	Total
Cambio de la política sanitaria en el hospital / centro	52 50%	52 50%	104 100%
Escaso apoyo del personal ajeno al Servicio	55 54,5%	46 45,5%	101 100%
Escasa motivación de los miembros del equipo	60 58,3%	43 41,7%	103 100%
Planteamientos inicialmente optimistas	54 54%	46 46%	100 100%
Desaparición de las circunstancias que los motivaron	55 55,6%	44 44,4%	99 100%
Falta de dedicación a su seguimiento	67 67,7%	32 32,3%	99 100%

El **gráfico 5.7** muestra el porcentaje de los jefes de servicio que ha respondido a esta pregunta, y en qué sentido lo han hecho. Destaca la primera causa, el “cambio de política sanitaria”, en la que los jefes de servicio se dividen a partes iguales respecto a ella. En relación con las demás causas se aprecia cómo, en todos los casos, son más aquellos encuestados que no han modificado sus objetivos que los que sí lo han hecho.

**Gráfico 5.7 Representación de la proporción de jefes de servicio que han tenido que modificar sus objetivos por distintas causas**



### ● Pregunta 5.8

Indique, por favor, en qué medida pueden facilitar la consecución de los objetivos las siguientes actuaciones.

Este apartado presenta las opiniones de los jefes de servicio respecto a aquellas actividades que pueden facilitar la consecución de los objetivos del servicio.

Se aprecia, en la **tabla 5.14**, que los clínicos muestran una considerable dispersión en sus opiniones respecto a qué factores facilitan la consecución de objetivos. La comunicación interna resalta sobre todos los demás factores, como el más útil; un 64% de los jefes de servicio lo califica como “muy importante” y un 32% como “bastante” para la consecución de los objetivos. Las medidas relativas a la revisión de los protocolos, el incremento de incentivos y la revisión de los sistemas de seguimiento cuentan también con un respaldo mayoritario, un 70% de los encuestados considera que pueden facilitar “bastante” o “mucho” alcanzar los objetivos.

En el lado opuesto del espectro aparecen las medidas de carácter disciplinario. Su utilidad es considerada como “nula” o “poca” según el 71% de los jefes de servicio. De igual modo, un 65% de los entrevistados valora como “poco” o “medio” el impacto de actuaciones como: “evitar el perfeccionismo” o “ejercer algún tipo de presión”.



**Tabla 5.14 Grado en el que distintas actuaciones pueden facilitar la consecución de los objetivos, según los jefes de servicio**

Actuaciones	Nada	Poco	Media	Bastante	Mucho	Total
Comunicarse a menudo con el personal implicado dentro del Servicio	-	-	3	35	70	108
	-	-	2,8%	32,4%	64,8%	100%
Comunicarse a menudo con el personal implicado que es externo al servicio	2	23	23	43	15	106
	1,9%	21,7%	21,7%	40,6%	14,2%	100%
Revisar los protocolos de actuación	1	2	17	54	33	107
	0,9%	1,9%	15,9%	50,5%	30,8%	100%
Mejorar el sistema de seguimiento	1	3	18	45	40	107
	0,9%	2,8%	16,8%	42,1%	37,4%	100%
Aumentar los incentivos	5	8	18	35	40	106
	4,7%	7,5%	17%	33%	37,7%	100%
Ejercer algún tipo de presión	11	32	37	18	8	106
	10,4%	30,2%	34,9%	17%	7,5%	100%
Evitar el perfeccionismo	9	26	44	21	3	103
	8,7%	25,2%	42,7%	20,4%	2,9%	100%
Marginar a los individuos conflictivos	16	34	20	25	11	106
	15,1%	32,1%	18,9%	23,6%	10,4%	100%
Tomar medidas disciplinarias	26	50	21	7	2	106
	24,5%	47,2%	19,8%	6,6%	1,9%	100%

Ante la opción de otras actuaciones, únicamente dos encuestados han añadido alguna actuación a la lista que el cuestionario proponía y que son expuestas en la **tabla 5.15**.

**Tabla 5.15 Otras actuaciones que pueden facilitar la consecución de los objetivos según los encuestados**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Tipo de información (grado)
1	Medicina Interna AN	Realizar análisis periódicos y mejora continua (Mucha)
2	Neurología AR	Comunicar con la dirección (Mucha)

La tabla de estadísticos, **tabla 5.16**, y el gráfico que representa las medias, **gráfico 5.8**, permiten observar como los jefes clínicos valoran, de forma diferenciada, aquellas medidas que comportan una acción no punitiva de las que comportan alguna actuación punitiva. Las medidas positivas, las primeras cuatro, en todos los casos superan con creces el valor tres de media. Por el contrario las medias de las medidas punitivas en ningún caso superan el 2,85 de media.

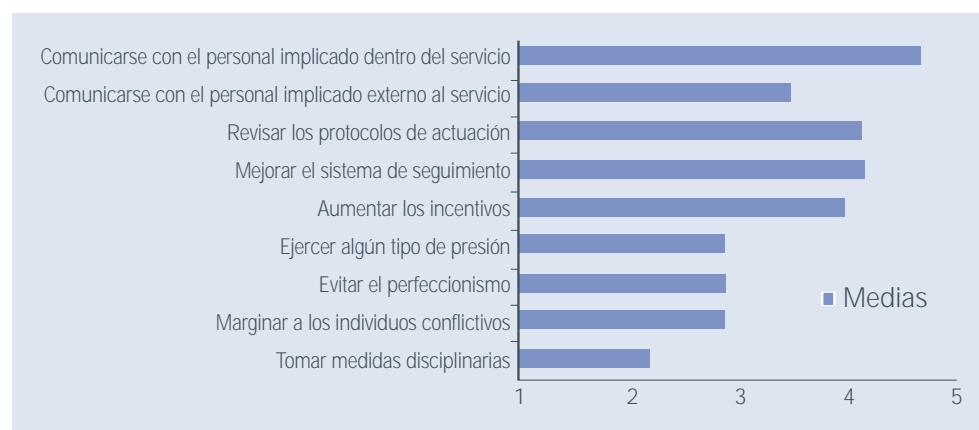
Destaca también la considerable diferencia que se aprecia entre la media de mejora de la comunicación interna, 4,62, y la de la mejora de la comunicación externa, 3,43.

**Tabla 5.16 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 5.8**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Comunicarse a menudo con el personal implicado dentro del servicio	108	0	4,620	5	5	0,542
Comunicarse a menudo con el personal implicado externo al servicio	106	2	3,434	4	4	1,042
Revisar los protocolos de actuación	107	1	4,084	4	4	0,791
Mejorar el sistema de seguimiento	107	1	4,121	4	4	0,855
Aumentar los incentivos	106	2	3,915	4	5	1,131
Ejercer algún tipo de presión	106	2	2,811	3	3	1,079
Evitar el perfeccionismo	103	5	2,835	3	3	0,951
Marginar a los individuos conflictivos	106	2	2,821	3	2	1,248
Tomar medidas disciplinarias	106	2	2,142	2	2	0,930

Las diferencias entre el grado en que los encuestados consideran que las medidas no punitivas pueden facilitar la consecución de objetivos respecto las punitivas, se aprecian con nitidez en el **gráfico 5.8**.

**Gráfico 5.8 Representación de la media del grado en que distintas actuaciones pueden facilitar la consecución de objetivos, según los jefes de servicio (1=Nada, 5=Del todo)**







## 2.6 TOMA DE DECISIONES





## 2.6. TOMA DE DECISIONES

El apartado del cuestionario que se analiza en este capítulo aborda los distintos aspectos que los jefes de servicio toman en consideración durante todo el proceso de toma de decisiones.

Por medio de 6 preguntas se analizan los siguientes aspectos:

- Los factores considerados por los jefes de servicio durante el proceso de toma de decisiones
- Las herramientas y técnicas de apoyo a la toma de decisiones
- El proceso de evaluación de los posibles cursos de acción
- La planificación de la difusión e implementación de la decisión

El cuestionario pedía a los jefes de servicio que indicaran el grado de identificación con algunas situaciones, presumiblemente comunes, en el proceso de toma de decisiones en cualquier organización.

Como se aprecia en la **tabla 6.1**, en general los clínicos únicamente se identifican de forma clara, así lo hace el 50% de ellos, con la creación de un grupo para la delegación de responsabilidades en él. Son mucho menos los identificados con la delegación directa a los subordinados.

Los encuestados tienden a verse poco identificados por las demás situaciones propuestas en el cuestionario. Destaca, por ejemplo, que el 50% de los jefes de servicio se identifican "nada" con dejar el problema para que se solucione solo. Esta identificación es ligeramente mayor en el caso del traslado hacia superiores jerárquicos, o el tratar de complacer a estos con una decisión que les plazca. A pesar de ello, en ambos casos, siguen siendo más los jefes de servicio que no se identifican con estas situaciones que los que sí lo hacen.

### Pregunta 6.1 ●

¿Hasta qué punto se identifica con alguna de estas situaciones respecto de la toma de decisiones?

**Tabla 6.1 Grado de identificación de los jefes de servicio con distintas situaciones en la toma de decisiones**

Situaciones	Nada	Poco	Algo	Bastante	Del todo	Total
Trasladar la toma de decisiones a tus superiores jerárquicos	31	42	21	14	-	108
	28,7%	38,9%	19,4%	13%	-	100%
Trasladar la toma de decisiones a una persona de tu confianza	23	26	29	29	-	107
	21,5%	24,3%	27,1%	27,1%	-	100%
Organizar un grupo que se responsabilice del problema	13	21	20	48	6	108
	12%	19,4%	18,5%	44,4%	5,6%	100%
Averiguar que decisión será más valorada por tu superior jerárquico	30	37	18	19	1	105
	28,6%	35,2%	17,1%	18,1%	1%	100%
Escoger la situación más fácil o menos costosa	19	31	30	24	4	108
	17,6%	28,7%	27,8%	22,2%	3,7%	100%
Pensar que el problema se solucionará solo, con el paso del tiempo	55	38	12	3	-	108
	50,9%	35,2%	11,1%	2,8%	-	100%
Delegar a tus subordinados	19	21	30	36	1	107
	17,8%	19,6%	28%	33,6%	0,9%	100%

La **tabla 6.2** presenta un resumen de los estadísticos de las respuestas de los clínicos encuestados a cada una de las situaciones propuestas, tomando como valores 1 = Nada y 5 = del todo.

**Tabla 6.2 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 6.1**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Trasladar la toma de decisiones a tus superiores jerárquicos	108	0	2,167	2	2	0,991
Trasladar la toma de decisiones a una persona de tu confianza	107	1	2,598	3	3	1,106
Organizar un grupo que se responsabilice del problema	108	0	3,120	3,5	4	1,158
Averiguar que decisión será más valorada por tu superior jerárquico	105	3	2,276	2	2	1,096
Escoger la situación más fácil o menos costosa	108	0	2,657	3	2	1,120
Pensar que el problema se solucionará solo, con el paso del tiempo	108	0	1,657	1	1	0,787
Delegar a tus subordinados	107	1	2,804	3	4	1,120



El diagrama de barras, **gráfico 6.1**, representa las medias de las respuestas y permite apreciar de nuevo la desviación de las opiniones de los encuestados en dos de las situaciones. Con una media ligeramente superior a 3, la “organización de un grupo para tratar con la situación” y con una media cercana al 1,5 el “dejar que el problema se solucione solo” con el paso del tiempo. La baja desviación típica en este último caso nos informa del considerable grado de homogeneidad en la opinión de los clínicos en este caso. Las restantes situaciones muestran un comportamiento similar con medias comprendidas en el rango que va de 2,15 hasta 2,7.

**Gráfico 6.1 Representación del grado medio de identificación de los jefes de servicio con distintas situaciones en la toma de decisiones (1=Nada, 5=Del todo)**



Respecto a las diversas cuestiones que los encuestados se plantean ante un problema, los jefes de servicio responden de forma similar a todas ellas, a excepción de una: “afrontar el problema de forma parcial”.

Los encuestados indican que se plantean las cinco primeras cuestiones propuestas “bastante” o “del todo” en porcentajes que van del 81% al 97%. En cambio, respecto a la posibilidad de “afrontar los problemas de forma parcial en un primer momento”, se muestra una tendencia a ofrecer respuestas centradas en torno a los valores medios de la escala: “poco”, “algo” y “bastante” concentran alrededor del 30% de las respuestas.

### Pregunta 6.2 ●

Al afrontar el problema, ¿hasta qué punto se plantea alguna de las siguientes cuestiones?

De este modo, a través de las respuestas recogidas en la **tabla 6.3** se aprecia que los jefes de servicio estudian siempre el problema y su entorno de forma detallada (sus causas, sus consecuencias, la delimitación y las responsabilidades, y en menor grado también la posibilidad de compartir la decisión). No obstante, parecen no ser más propensos a afrontar el problema por partes.

**Tabla 6.3 Grado en que los jefes de servicio se plantean distintas cuestiones al afrontar un problema**

Cuestiones	Nada	Poco	Algo	Bastante	Del todo	Total
La precisión en la delimitación del problema	1	2	6	71	27	107
	0,9%	1,9%	5,6%	66,4%	25,2%	100%
El análisis de la causa del problema	1	-	2	64	40	107
	0,9%	-	1,9%	59,8%	37,4%	100%
Si el problema recae en el área de tu responsabilidad	1	3	13	53	36	106
	0,9%	2,8%	12,3%	50%	34%	100%
Las consecuencias de la no solución del problema	2	6	6	58	35	107
	1,9%	5,6%	5,6%	54,2%	32,7%	100%
La posible conveniencia de compartir la decisión con otras personas	-	8	12	70	18	108
	-	7,4%	11,1%	64,8%	16,7%	100%
Afrontarlo, de momento, parcialmente	3	34	33	29	7	106
	2,8%	32,1%	31,1%	27,4%	6,6%	100%

Los estadísticos calculados para estas respuestas pueden observarse en la **tabla 6.4**. Una vez más, estos estadísticos han sido calculados valorando la escala desde “nada” = 1 hasta “del todo” = 5.

**Tabla 6.4 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 6.2**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
La delimitación del problema	107	1	4,131	4	4	0,674
El análisis de la causa	107	1	4,327	4	4	0,611
Si el problema recae en tu responsabilidad	106	2	4,132	4	4	0,806
Las consecuencias de la no solución del problema	107	1	4,103	4	4	0,879
La conveniencia de compartir la decisión	108	0	3,907	4	4	0,756
Afrontar, de momento, parcialmente	106	2	3,028	3	2	0,990

El diagrama de barras representando la media de las respuestas, **gráfico 6.2**, permite apreciar, con toda claridad, las diferencias entre el conjunto de cinco categorías asociadas al proceso de solución del problema y la consideración de una solución parcial.

**Gráfico 6.2 Representación de la media del grado en el que los jefes de servicio se plantean diversas cuestiones al afrontar un problema (1=Nada, 5=Del todo)**



En esta pregunta, el cuestionario proponía a los clínicos que indicaran su familiaridad con una serie de técnicas que pueden ayudar a mejorar la calidad del resultado de la toma de decisiones.

Como se observa en las **tablas 6.5 y 6.6** y en el **gráfico 6.3**, de las cuatro técnicas propuestas en el cuestionario, los clínicos se muestran más familiarizados con la tormenta de ideas, así como con las herramientas estadísticas. Sin embargo, un 30% y un 27% indican que no conocen, o que conocen "poco", ambos instrumentos. Merece ser destacado que, en todos los casos, son más aquellos jefes de servicio que dicen desconocer las técnicas completamente que los que dicen conocerlas del todo.

**Tabla 6.5 Grado en que los jefes de servicio están familiarizados con el uso de distintas técnicas y herramientas en la toma de decisiones**

Técnicas y herramientas	Nada	Poco	Algo	Bastante	Del todo	Total
Árbol de decisiones	9	23	44	31	1	108
	8,3%	21,3%	40,7%	28,7%	0,9%	100%
Tormenta de ideas	13	20	29	38	7	107
	12,1%	18,7%	27,1%	35,5%	6,5%	100%
Diagrama de causa- efecto	21	32	35	19	1	108
	19,4%	29,6%	32,4%	17,6%	0,9%	100%
Técnicas estadísticas	10	20	38	34	5	107
	9,3%	18,7%	35,5%	31,8%	4,7%	100%

### Pregunta 6.3

¿En qué medida está familiarizado con el uso de las siguientes técnicas y herramientas en la toma de decisiones?

Aprovechando la opción que ofrecía el cuestionario de apuntar herramientas y técnicas no recogidas por el enunciado de la pregunta, tres de los jefes de servicio encuestados han indicado otras técnicas. Estas respuestas aparecen en la **tabla 6.6**, junto al grado de conocimiento que tienen de ellas los que las proponen.

**Tabla 6.6 Otras técnicas y herramientas con las que los encuestados están familiarizados**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Técnicas y herramientas (grado)
1	Medicina Interna AN	Análisis global de supuestos (bastante)
2	Neurología AR	Sentido común (bastante)
3	Urología GA	Objetivos del año anterior (bastante)

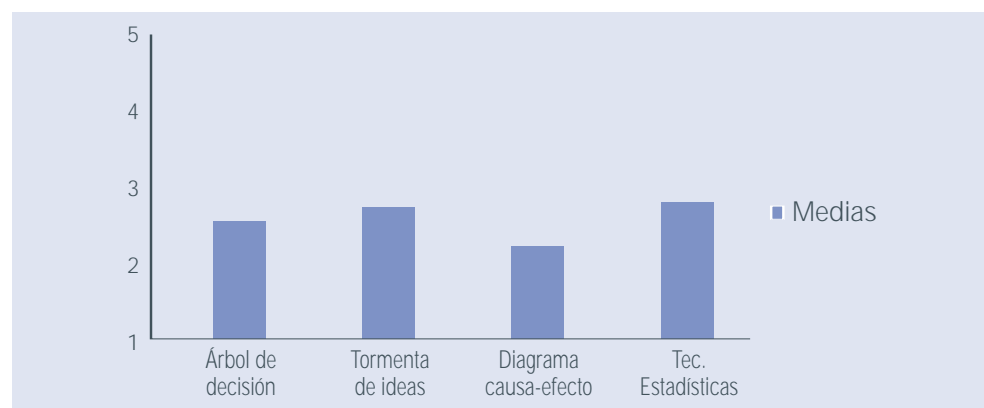
Tal y como se pone de manifiesto en la **tabla 6.7**, los encuestados indican un conocimiento menos homogéneo -mayor dispersión a lo largo del rango de la escala de respuestas y mayor desviación típica- en el uso de los árboles de decisión y de los diagramas de causa efecto que en las otras dos técnicas propuestas.

**Tabla 6.7 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 6.3**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Árbol de decisiones	108	0	2,926	3	3	0,934
Tormenta de ideas	107	1	3,056	3	4	1,140
Diagrama de causa efecto	108	0	2,509	3	3	1,028
Técnicas estadísticas	107	1	3,037	3	3	1,036

El diagrama de barras, representado en el **gráfico 6.3**, presenta una comparación de las medias de las respuestas a cada una de las técnicas. En él se aprecia, con toda claridad, como los niveles de conocimiento de tres de ellas son bastante similares. El comportamiento diferenciado en este caso es el de la media del conocimiento del diagrama causa efecto que es sensiblemente inferior.

**Gráfico 6.3 Representación gráfica del grado en que los jefes de servicio están familiarizados con distintas técnicas y herramientas en la toma de decisiones (1=Nada, 5=Del todo)**



La **tabla 6.8** presenta como los jefes de servicio expresan diversos grados de consideración respecto a los aspectos a tener en cuenta antes de adoptar las soluciones.

De este modo, manifiestan que sopesan “bastante” o “del todo” quienes serán los beneficiados, “el grado en que será aceptada la decisión por el resto de la organización” y “la opinión de aquéllos que trabajan en su organización”. Pero, el mayor determinante parece ser el impacto de la solución sobre el paciente, un 97% lo considera “bastante” o “del todo” antes de adoptar una decisión.

## Pregunta 6.4 ●

Al adoptar una solución, ¿hasta qué punto se plantea los siguientes criterios?

**Tabla 6.8 Grado en el que los jefes de servicio se plantean distintos criterios al adoptar una decisión**

Criterios	Nada	Poco	Algo	Bastante	Del todo	Total
Valoras quiénes se verán beneficiados por la solución adoptada	-	1	5	77	25	108
	-	0,9%	4,6%	71,3%	23,1%	100%
Valoras el grado de aceptación por el resto de la organización	-	2	6	76	23	107
	-	1,9%	5,6%	71%	21,5%	100%
Solicitas la opinión de personas que trabajan en la organización	-	2	12	70	24	108
	-	1,9%	11,1%	64,8%	22,2%	100%
Solicitas la opinión de personas ajenas a la organización	230	38	30	17	1	106
	18,9%	35,8%	28,3%	16%	0,9%	100%
Valoras el impacto sobre el paciente	-	1	1	50	55	107
	-	0,9%	0,9%	46,7%	51,4%	100%

Por tanto, se puede apreciar como el impacto sobre el paciente es criterio fundamental al contrastar los cursos de acción alternativos. Al mismo tiempo, también resulta claro que la “opinión de personal ajeno a la organización” es el elemento menos importante para el conjunto de los jefes de servicio, ya que son más de la mitad los que dicen no solicitar colaboración, o hacerlo poco.

Estos aspectos son confirmados en la **tabla 6.9** que introduce los estadísticos que resumen las respuestas de los jefes de servicio a esta pregunta.

**Tabla 6.9 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 6.4**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Valoras quiénes se verán beneficiados por la solución adoptada	108	0	4,167	4	4	0,538
Valoras el grado de aceptación por el resto de la organización	107	1	4,121	4	4	0,578
Solicitas la opinión de personas que trabajan en la organización	108	0	4,074	4	4	0,637
Solicitas la opinión de personas ajenas a la organización	106	2	2,443	2	2	1,006
Valoras el impacto sobre el paciente	107	1	4,486	5	5	0,572

El diagrama de barras que se presenta a continuación, muestra la gran diferencia que hay entre la media de la valoración de tres de los aspectos y el aspecto restante. La “opinión de personas ajenas a la organización” es claramente el aspecto menos relevante para los jefes de servicio en su conjunto, como muestra el **gráfico 6.4**.

**Gráfico 6.4 Representación de la media del grado en el que los jefes de servicio se plantean distintos criterios al adoptar una solución (1=Nada, 5=Del todo)**



Con estas preguntas, el cuestionario profundizaba, en conocer cómo los jefes de servicio toman las decisiones, indagando sobre cómo valoran las distintas soluciones posibles ante un problema.

En la **tabla 6.10**, se aprecia de nuevo que los pacientes parecen ser el principal factor considerado; tanto en cuanto a los beneficios directos -el 99% lo valora “bastante” o “del todo”- como en las dificultades que representa una solución para ellos – en este caso es el 95% quienes lo valoran “bastante” o “del todo”-. Por el contrario, las “consecuencias financieras” y la “ayuda ajena a la organización” que requiere cada una de ellas, son cuestiones menos valoradas al considerar posibles soluciones a un problema. En estos dos casos, sólo un 50% y un 55%, respectivamente, los considera “bastante” o “del todo”.

## Pregunta 6.5 ●

Al evaluar las posibles soluciones propuestas, ¿tiene en cuenta las siguientes cuestiones?

**Tabla 6.10 Grado en el que los jefes de servicio tienen en cuenta distintas cuestiones al evaluar las posibles soluciones propuestas**

Cuestiones	Nada	Poco	Algo	Bastante	Del todo	Total
Los beneficios que aportan cada una de ellas a los pacientes	-	-	1	53	53	107
	-	-	0,9%	49,5%	49,5%	100%
Los beneficios que aportan cada una de ellas a la organización	1	-	9	77	20	107
	0,9%	-	8,4%	72%	18,7%	100%
Las dificultades de su implantación para los pacientes	-	-	5	64	37	106
	-	-	4,7%	60,4%	34,9%	100%
Las dificultades de su implantación para la organización	1	-	14	66	25	106
	0,9%	-	13,2%	62,3%	23,6%	100%
La ayuda ajena a la organización que requiere cada una de ellas	1	11	36	47	10	105
	1%	10,5%	34,3%	44,8%	9,5%	100%
Los posibles problemas que pueden ocasionar	1	2	13	76	15	107
	0,9%	1,9%	12,1%	71%	14%	100%
Los criterios de aceptación de cada una de ellas	-	3	23	71	9	106
	-	2,8%	21,7%	67%	8,5%	100%
Las consecuencias financieras de cada una de ellas	4	18	31	42	11	106
	3,8%	17%	29,2%	39,6%	10,4%	100%

Un único encuestado ha añadido otro factor que él tiene en cuenta al evaluar las posibles soluciones que un problema puede tener y se refleja en la **tabla 6.11**.

**Tabla 6.11 Otras cuestiones que los encuestados tienen en cuenta al evaluar las posibles soluciones propuestas**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Otras cuestiones
1	Neurología AR	Porcentaje de cumplimiento (algo)

La **tabla 6.12** presenta los estadísticos de las respuestas ofrecidas por los jefes de servicio. Destacan claramente los muy bajos valores de la dispersión (desviación típica) en todas las cuestiones propuestas en el enunciado de la pregunta, a excepción de la última. Esto nos indica como la opinión de los jefes de servicio respecto a estas cuestiones no difiere demasiado. Pero, respecto a la “valoración de las consecuencias financieras”, encontramos una mayor dispersión en las opiniones de los encuestados, como refleja el valor de la desviación típica.

**Tabla 6.12 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 6.5**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Los beneficios que aportan cada una de ellas a los pacientes	107	1	4,486	4	4	0,521
Los beneficios que aportan cada una de ellas a la organización	107	1	4,075	4	4	0,594
Las dificultades de su implantación para los pacientes	106	2	4,302	4	4	0,555
Las dificultades de su implantación para la organización	106	2	4,075	4	4	0,672
La ayuda ajena a la organización que requiere cada una de ellas	105	3	3,514	4	4	0,845
Los posibles problemas que pueden ocasionar	107	1	3,953	4	4	0,650
Los criterios de aceptación de cada una de ellas	106	2	3,811	4	4	0,619
Las consecuencias financieras de cada una de ellas	106	2	3,358	3,5	4	1,007

La información relativa a las medias de las valoraciones de las cuestiones propuestas aparece representada gráficamente en el siguiente diagrama de barras, **gráfico 6.5**. En éste destacan las dos cuestiones con una valoración media menor por parte de los encuestados: la ayuda ajena a la organización y las consecuencias financieras de la decisión.



**Gráfico 6.5 Representación de la media del grado en el que los jefes de servicio tienen en cuenta, distintas cuestiones al evaluar las posibles soluciones propuestas (1=Nada, 5=Del todo)**



**Pregunta 6.6**

Una vez tomadas las decisiones, ¿hasta qué punto planifica las siguientes cuestiones?

El último aspecto relacionado con la toma de decisiones que planteaba el cuestionario, es la planificación que sigue a la adopción de una decisión. Es decir, el proceso mediante el cual la decisión debe ser comunicada.

Los encuestados parece que planifican de forma homogénea la difusión de la información que recogen las tres primeras categorías. En ellas, más del 64% expresa que planifica los tres aspectos “bastante” o “del todo”. Hacen especial énfasis en cuidar qué información y quién debe recibirla, ya que el 84% dice hacerlo “bastante” o “del todo”.

**Tabla 6.13 Grado en el que los jefes de servicio planifican distintas cuestiones una vez tomadas las decisiones**

Cuestiones	Nada	Poco	Algo	Bastante	Del todo	Total
Qué es lo que tienes que decir, y a quién	1	2	13	58	33	107
	0,9%	1,9%	12,1%	54,2%	30,8%	100%
Medio de comunicación de la decisión	1	8	27	49	22	107
	0,9%	7,5%	25,2%	45,8%	20,6%	100%
Orden personalizado de recepción de información	-	10	27	56	13	106
	-	9,4%	25,5%	52,8%	12,3%	100%
Algún sistema de control de los resultados obtenidos	2	12	27	54	12	107
	1,9%	11,2%	25,2%	50,5%	11,2%	100%

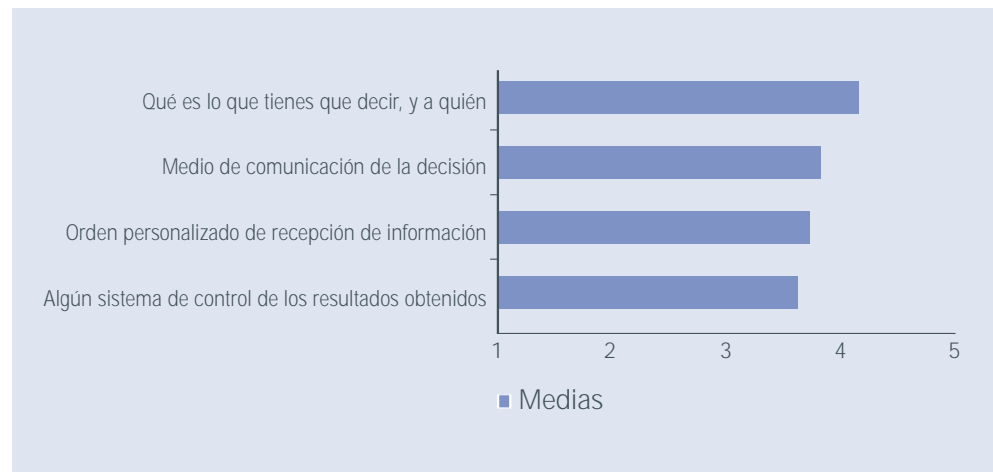
La **tabla 6.14** ofrece los estadísticos que describen las respuestas de los jefes de servicio presentadas en la tabla anterior.

**Tabla 6.14 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 6.6**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Qué es lo que tienes que decir, y a quién	107	1	4,121	4	4	0,761
Medio de comunicación de la decisión	107	1	3,776	4	4	0,893
Orden personalizado de recepción de información	106	2	3,679	4	4	0,811
Algún sistema de control de los resultados obtenidos	107	1	3,579	4	4	0,901

Merece llamar la atención sobre el hecho que, entre las categorías propuestas, la preparación de un sistema para el control de los resultados de la decisión merezca menos consideración que todas las demás. Esto queda reflejado en el diagrama de barras de las medias de las respuestas. En el **gráfico 6.6** la media de esta categoría es la menor de todas las representadas, aunque sólo es ligeramente inferior.

**Gráfico 6.6 Representación de la media del grado en que los jefes de servicio planifican distintas cuestiones una vez tomadas las decisiones (1=Nada, 5=Del todo)**







## 2.7 COMUNICACIÓN





## 2.7. COMUNICACIÓN

En este apartado del cuestionario se pretende conocer los aspectos básicos de la comunicación en el servicio y de aquellos elementos que actualmente constituyen una barrera a la comunicación efectiva en el mismo.

A través de tres preguntas, se analizan los siguientes temas:

- La opinión y las prácticas de los jefes de servicio, relativos a la comunicación en el servicio
- Las barreras a la comunicación efectiva existente en el servicio

El cuestionario comienza esta sección dedicada a la comunicación solicitando el grado en que el encuestado trata distintos aspectos de la comunicación.

De este modo, todos los responsables de los servicios, excepto uno, expresan que están mayoritariamente a favor de una comunicación bidireccional. Incluso 66% de ellos dice estar “del todo” a favor de la comunicación fluida entre los distintos niveles jerárquicos.

Al mismo tiempo, aunque los jefes de servicio, se consideran en su mayoría “algo” o “bastante” informados por sus superiores (41% y 29% respectivamente), dicen que practican una comunicación más fluida con sus equipos. Esto queda reflejado en que una mayoría importante informa “bastante” o “del todo” a sus subordinados -el 67% y 26% respectivamente-, al tiempo que un grupo de similar peso identifica quiénes deben ser informados.

Ligeramente menor es el colectivo que estudia el medio de comunicación idóneo, aunque lo siguen considerando importante. Un 57% de los jefes de servicio manifiesta que lo hace “bastante” y un 18% lo hace “del todo”.

### Pregunta 7.1

¿Hasta qué punto...?

**Tabla 7.1 Grado en el que los jefes de servicio creen en, o realizan distintas acciones**

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Del todo	Total
Estás convencido de la necesidad de comunicación bidireccional	-	-	1	35	72	108
	-	-	0,9%	32,4%	66,7%	100%
Eres informado por tus superiores jerárquicos	3	20	44	32	8	107
	2,8%	18,7%	41,1%	29,9%	7,5%	100%
Informas a tus subordinados	-	-	6	73	29	108
	-	-	5,6%	67,6%	26,9%	100%
Identificas previamente a todas las personas que deben ser informadas en cada caso	-	1	7	73	26	107
	-	0,9%	6,5%	68,2%	24,3%	100%
Estudias previamente el medio más apropiado para que el mensaje sea entendido	-	7	19	61	20	107
	-	6,5%	17,8%	57%	18,7%	100%

La **tabla 7.2** presenta los estadísticos que describen las respuestas de los clínicos a esta pregunta.

**Tabla 7.2 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 7.1**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Estás convencido de la necesidad de comunicación bidireccional	108	0	4,657	5	5	0,496
Eres informado por tus superiores jerárquicos	107	1	3,206	3	3	0,929
Informas a tus subordinados	108	0	4,213	4	4	0,530
Identificas previamente a todas las personas que deben ser informadas en cada caso	107	1	4,159	4	4	0,569
Estudias previamente el medio más apropiado para que el mensaje sea entendido	107	1	3,879	4	4	0,786

Se aprecia en el **gráfico 7.1** como la media del grado en el que los jefes de servicio son informados por sus superiores jerárquicos es el aspecto con una valoración significativamente menor.

**Gráfico 7.1 Representación de la media del grado en el que los jefes de servicio creen en, o realizan distintas acciones (1=Nada, 5=Del todo)**



## ● Pregunta 7.2

¿En qué grado estima que los siguientes elementos están constituyendo actualmente una barrera a la comunicación efectiva en el servicio?

Este apartado presenta las respuestas de los jefes de servicio a la primera pregunta relativa a los elementos que constituyen una barrera a la comunicación en los servicios.

El cuestionario proponía a los jefes de servicio que valoraran hasta qué punto ciertos elementos constituían barreras a la comunicación efectiva en el servicio. De ellos, ninguno es identificado como un obstáculo grave (“bastante”) o muy grave (“del todo”) a la comunicación por la mayor parte por los encuestados. Esto es así a pesar de que la existencia de interferencias y distorsiones obstaculizan “bastante” o “del todo”, según un 33% de los jefes de servicio encuestados.



Al valorar los demás factores, los clínicos tienden a considerarlos principalmente “poco” o “algo” obstaculizantes. Es interesante mencionar que los elementos que identifican con mayor factor de distorsión son aquellos que no comprometen directamente a los encuestados, sino que son factores externos a ellos o al servicio. Se trata de elementos como las ya mencionadas interferencias y distorsiones.

**Tabla 7.3 Grado en que los jefes de servicio estiman que distintos elementos están constituyendo, actualmente, una barrera en la comunicación efectiva de su servicio**

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Del todo	Total
Falta de claridad en el mensaje	19 17,6%	33 30,6%	30 27,8%	21 19,4%	5 4,6%	108 100%
Falta de rapidez en la recepción del mensaje	21 19,6%	34 31,8%	28 26,2%	20 18,7%	4 3,7%	107 100%
Vía de comunicación incorrecta	14 13,2%	38 35,8%	38 35,8%	13 12,3%	3 2,8%	106 100%
Interferencias y distorsiones	5 4,7%	26 24,3%	40 37,4%	32 29,9%	4 3,7%	107 100%
Falta de canales adecuados	18 16,8%	32 29,9%	30 28%	24 22,4%	3 2,8%	107 100%

En el apartado de “otros”, un encuestado considera dos elementos más de alto impacto en la comunicación, como refleja la **tabla 7.4**.

**Tabla 7.4 Otros elementos que los encuestados consideran que están constituyendo, actualmente, una barrera a la comunicación efectiva en sus servicios**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Elementos (grado)
1	Neurología GA	Prejuicios (del todo); Conflictos interpersonales (del todo)

Según se aprecia en la **tabla 7.5**, que muestra los estadísticos de las respuestas, las interferencias y distorsiones cuentan con el valor medio más alto. Éste, sin ser muy superior a los demás, muestra como el conjunto de los jefes de servicio lo consideran como el principal obstáculo a la comunicación.

**Tabla 7.5 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 7.2**

	Válidos	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Falta de claridad en el mensaje	108	0	2,630	3	2	1,124
Falta de rapidez en la recepción del mensaje	107	1	2,551	2	2	1,118
Vía de comunicación incorrecta	106	2	2,557	3	2	0,967
Interferencias y distorsiones	107	1	3,037	3	3	0,941
Falta de canales adecuados	107	1	2,645	3	2	1,092

Esta última consideración sobre la incidencia de las interferencias en las comunicaciones se observa con claridad en el diagrama de barras que sigue a continuación, **gráfico 7.2**. En él se representan las medias de las respuestas de los jefes clínicos encuestados.

**Gráfico 7.2 Representación de la media del grado en que distintos elementos están constituyendo actualmente una barrera a la comunicación efectiva en el servicio del encuestado (1=Nada, 5=Del todo)**



**● Pregunta 7.3**

¿Hasta qué punto estudia la forma de reducirlas y evitar que afecten a la eficiencia de su comunicación?

Esta última sección del capítulo sobre la comunicación está también relacionado con los obstáculos a la comunicación fluida.

En relación con la serie de barreras a la comunicación, los encuestados han sido preguntados acerca de su capacidad de respuesta ante estos inconvenientes. Los jefes de servicio expresan un elevado grado de respuesta ante esas barreras, siendo más de un 65% los que dicen que tratan “bastante” o “mucho” de reducirlas y evitar que afecten la comunicación en su servicio. Llama la atención el esfuerzo que los jefes de servicio consideran que realizan para mejorar la comunicación, **tabla 7.6**. Ninguno de los encuestados apunta.

**Tabla 7.6 Grado en el que los jefes de servicio estudian la forma de reducir y evitar las barreras que afectan a la eficiencia de su comunicación**

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho	Total
¿Hasta qué punto estudias la forma de reducirlas y evitar que afecten a la eficiencia de tu comunicación?	-	9	28	51	18	106
	-	8,49%	26,4%	48,11%	17%	100%

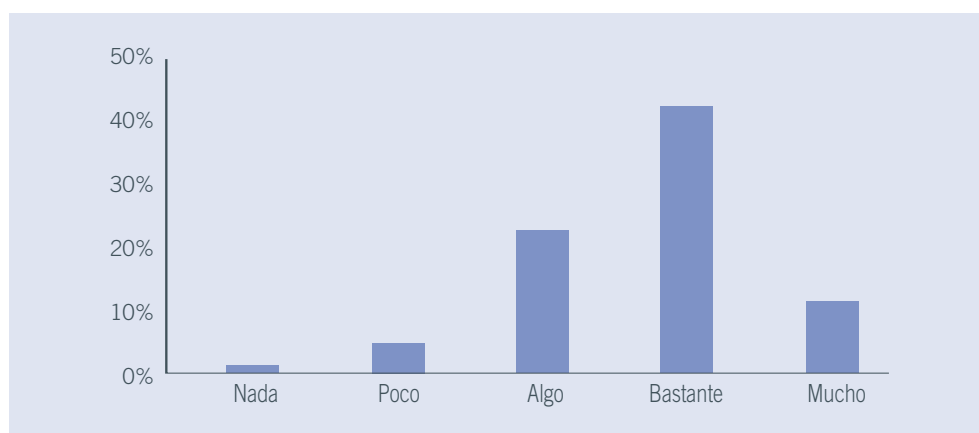
La **tabla 7.7** muestra cómo, por término medio, los jefes de servicio intentan reducir o evitar las barreras a la comunicación en un 3,73, en una escala que va del 1 = Nada hasta 5 = Mucho.

**Tabla 7.7 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 7.3**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
¿Hasta qué punto estudias la forma de reducirlas y evitar que afecten a la eficiencia de tu comunicación?	106	2	3,736	4	4	0,843

El último diagrama de barras del capítulo presenta la distribución de las respuestas en las cinco categorías que la escala planteaba, **gráfico 7.3**. En éste, queda claro cómo mayoritariamente los encuestados considera que actúan “bastante” o “mucho” contra las barreras a la comunicación. Asimismo, un grupo considerable de los encuestados -superior al 20%- apunta que sólo intenta reducirlas o evitarlas “algo”.

**Gráfico 7.3 Representación de la media del grado en el que los jefes de servicio estudian la forma de reducir y evitar las barreras que afectan a la eficiencia de su comunicación**





## 2.8 GESTIÓN DEL TIEMPO/ DELEGACIÓN DE FUNCIONES





## 2.8. GESTIÓN DEL TIEMPO. DELEGACIÓN DE FUNCIONES

En esta parte del cuestionario se pretende conocer cuál es la percepción de los encuestados respecto a la gestión de su propio tiempo. Así mismo, también se incluye en este apartado el análisis del proceso de delegación de funciones del encuestado en el personal de su servicio.

Por medio de 16 preguntas se abordan los siguientes temas:

- La gestión del tiempo del propio jefe de servicio
- La opinión del jefe de servicio respecto de la delegación de funciones
- El procedimiento de delegación de funciones propias del jefe de servicio
- El seguimiento de las funciones delegadas.

El apartado relativo a la gestión del tiempo de los responsables clínicos comienza precisamente indagando en que grado ciertas actividades les impiden hacerlo correctamente.

Las dos actividades que retienen principalmente a los encuestados son las “visitas inesperadas” y la “elaboración de informes internos”. Ambas obstaculizan “bastante” o “mucho” para más de la mitad de los clínicos. Otras dos actividades son consideradas igualmente interferentes por cerca de un tercio de los clínicos: las llamadas telefónicas y la asistencia a reuniones improductivas.

Los otros cinco factores tienden a no impedir la gestión idónea del tiempo para al menos el 55% de los clínicos. Estas actividades incluyen: la resolución de problemas personales, el correo irrelevante, la impuntualidad de los demás y la búsqueda de documentos trasapelados. La actividad con menor incidencia según los jefes de servicio es conversar sobre temas ajenos al trabajo.

### Pregunta 8.1 ●

Indique el grado en el que le impiden gestionar su tiempo las siguientes actividades

**Tabla 8.1 Grado en el que distintas actividades impiden a los jefes de servicio gestionar su tiempo**

Actividades	Nada	Poco	Algo	Bastante	Del todo	Total
Atender a visitantes no esperados	3	13	37	53	1	107
	2,8%	12,1%	34,6%	49,5%	0,9%	100%
Resolver problemas personales	17	51	25	10	2	105
	16,2%	48,6%	23,8%	9,5%	1,9%	100%
Contestar llamadas telefónicas	4	27	41	34	2	108
	3,7%	25%	38%	31,5%	1,9%	100%
Conversar sobre temas ajenos al trabajo	17	65	21	4	1	108
	15,7%	60,2%	19,4%	3,7%	0,9%	100%
Asistencia a reuniones improductivas	10	25	39	31	2	107
	9,3%	23,4%	36,4%	29%	1,9%	100%
Revisar correo irrelevante	11	49	27	19	1	107
	10,3%	45,8%	25,2%	17,8%	0,9%	100%
Dedicar tiempo a informes internos	1	22	35	47	2	107
	0,9%	20,6%	32,7%	43,9%	1,9%	100%
Buscar documentos trasapelados	14	48	30	13	1	106
	13,2%	45,3%	28,3%	12,3%	0,9%	100%
La falta de puntualidad de otras personas	14	44	34	11	2	105
	13,3%	41,9%	32,4%	10,5%	1,9%	100%

Como se observa en la **tabla 8.2**, tan sólo un jefe de servicio ha querido añadir alguna actividad a la lista propuesta en el enunciado en el apartado de otros. Merece ser destacado que la actividad que él considera que interfiere bastante en la gestión de su tiempo sea la actividad asistencial.

**Tabla 8.2 Otras actividades que impiden gestionar su tiempo a los encuestados**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Actividades (grado)
1	Urología CL	Actividad asistencial (bastante)

La **tabla 8.3** presenta un resumen estadístico de las respuestas de los clínicos a la batería de preguntas sobre las actividades que impiden gestionar su tiempo.



**Tabla 8.3 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 8.1**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Atender a visitantes inesperados	107	1	3,336	4	4	0,812
Resolver problemas personales	105	3	2,324	2	2	0,925
Contestar llamadas telefónicas	108	0	3,028	3	3	0,891
Conversar sobre temas ajenos al trabajo	108	0	2,139	2	2	0,755
Asistir a reuniones improductivas	107	1	2,907	3	3	0,986
Revisar el correo	107	1	2,533	2	2	0,935
Dedicar tiempo a informes internos	107	1	3,252	3	4	0,837
Buscar documentos trasapelados	106	2	2,425	2	2	0,904
La falta de puntualidad de otros	105	3	2,457	2	2	0,920

El **gráfico 8.1** permite apreciar la media del grado en que las actividades mencionadas impiden gestionar su tiempo a los jefes de servicio. Como se ha mencionado previamente, destacan, por su alto impacto en el tiempo de los encuestados, el “atender a visitantes inesperados” y el “dedicar tiempo a informes internos”. Por el contrario, destacan por su bajo impacto la “resolución de problemas personales” y el conversar sobre temas ajenos al trabajo.

**Gráfico 8.1 Representación de la media del grado en que distintas actividades impiden a los jefes de servicio gestionar su tiempo (1=Nada, 5=Del todo)**



### ● **Pregunta 8.2**

¿Planificas personalmente la agenda de tu actividad diaria?,

### ● **Pregunta 8.3**

¿Cumples salvo excepciones el horario / calendario planificado? y

### ● **Pregunta 8.4**

¿Te reservas tiempos muertos en la agenda para afrontar problemas no previstos?

Este apartado presenta las respuestas de los encuestados a tres preguntas relativas a aspectos de cómo los jefes de servicio gestionan personalmente su tiempo. A pesar de que las tres preguntas aparecían en el cuestionario separadas, se analizarán como si se trataran de una batería de tres preguntas dicotómicas puesto que todas ellas hacen referencia al modo en que los jefes de servicio gestionan su propio tiempo.

Tanto la **tabla 8.4**, con los porcentajes de respuesta, como el gráfico de barras, **gráfico 8.2**, revelan que casi todos encuestados planifican personalmente su agenda diaria y cumplen, habitualmente, con su planificación. Un 90,7% planifica su agenda de actividad diaria y el 85% cumple normalmente los plazos y fechas que se impone.

En cambio, al ser preguntados sobre si esa planificación incluye tiempos muertos, para resolver contingencias no programadas, el porcentaje de clínicos que lo hace habitualmente se ve reducido a un 54%, siendo el 45,7% los clínicos que no lo hacen.

**Tabla 8.4 Aspectos de la gestión del tiempo de los jefes de servicio**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Planificas personalmente la agenda de tu actividad diaria?	98	90,7%	10	9,26%	108
¿Cumples, salvo excepciones, el horario / calendario planificado?	91	85,8%	15	14,2%	106
¿Te reservas tiempos muertos en la agenda para afrontar problemas no previstos?	58	54,2%	49	45,7%	107

La información expuesta en la **tabla 8.4** es presentada de forma visual en el siguiente diagrama comparativo de barras, **gráfico 8.2**.

**Gráfico 8.2 Representación gráfica de las proporciones de distintos aspectos de la gestión del tiempo de los jefes de servicio**



La **tabla 8.5** y la **tabla 8.5**, junto con el gráfico de barras que las acompaña muestran las respuestas a las preguntas relativas a la actitud de los clínicos respecto a la impuntualidad. Según las respuestas recogidas en los cuestionarios, la flexibilidad que los clínicos muestran para con los demás se vuelve rigidez al considerar su propia puntualidad. En la **tabla 8.5** se aprecia que la mayoría de los clínicos habitualmente tolera en los demás hasta 15 minutos de retraso -así lo indica el 60% de ellos-. Mientras, respecto a ellos mismos, tabla 8.6, hasta un 54% de los clínicos encuestados consideran una impuntualidad intolerable retrasarse más de cinco minutos. A pesar de este último dato, un grupo de 41 clínicos -el 37%-, se concede hasta el cuarto de hora antes de considerarse impuntual.

### Pregunta 8.5 ●

¿Cuál es el margen de autotolerancia de tu no-puntualidad?

### Pregunta 8.6 ●

¿Cuál es el margen de no-puntualidad que toleras en los demás?

**Tabla 8.5 Margen de impuntualidad que se toleran los jefes de servicio**

	N	%
5 minutos	59	54,6%
15 minutos	41	37,9%
30 minutos	3	2,77%
Otro	5	4,6%
Total	108	100%

**Tabla 8.6 Margen de impuntualidad que toleran los jefes de servicio en los demás**

	N	%
5 minutos	26	24%
15 minutos	65	60,1%
30 minutos	12	11,1%
Otro	5	4,6%
Total	108	100%

En el **gráfico 8.3**, el diagrama de barras permite comparar la diferencia entre el margen de impuntualidad que los jefes de servicio se conceden a sí mismos y el margen de impuntualidad que no admiten en los demás.

**Gráfico 8.3 Representación gráfica de la comparación entre el tiempo de impuntualidad que se toleran los jefes de servicio y el tiempo que toleran en los demás**



### ● Pregunta 8.7

¿Se lleva normalmente trabajo a casa?

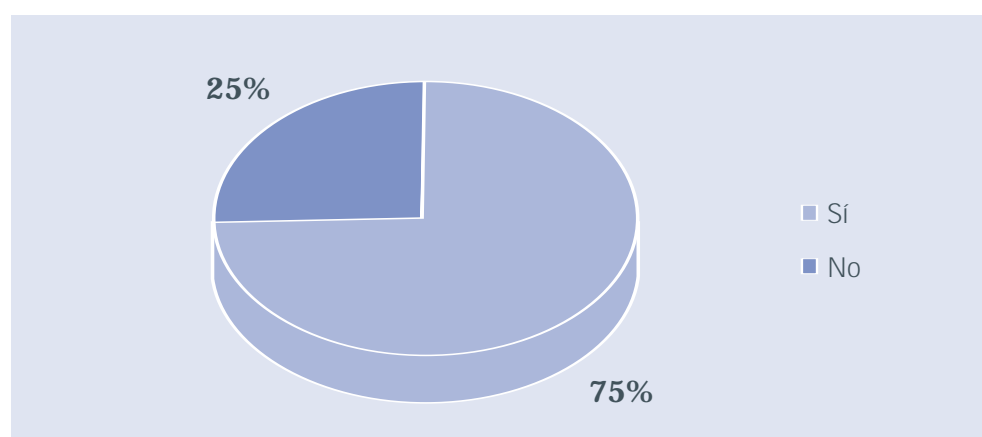
La **tabla 8.7** incluye las respuestas a la pregunta sobre su hábito de llevarse trabajo a su casa. Mientras que tres cuartos de los encuestados admiten que, normalmente, prolongan el tiempo dedicado al trabajo en sus casas, el 25% de los responsables clínicos apunta que no lo hace normalmente.

**Tabla 8.7 Número de jefes de servicio que se llevan normalmente trabajo a casa**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Se lleva normalmente trabajo a casa?	81	75%	27	25%	108

El **gráfico 8.4** despliega visualmente la misma información recogida en la tabla anterior. En éste, se aprecia como tres de cada cuatro jefes de servicio normalmente continúa su jornada laboral fuera de su centro.

**Gráfico 8.4 Representación de la proporción de jefes de servicio que se llevan normalmente trabajo a casa**



### ● Pregunta 8.8

¿Cree que es más rápido hacer el trabajo personalmente antes que explicar a los demás cómo quiere que sea realizado?

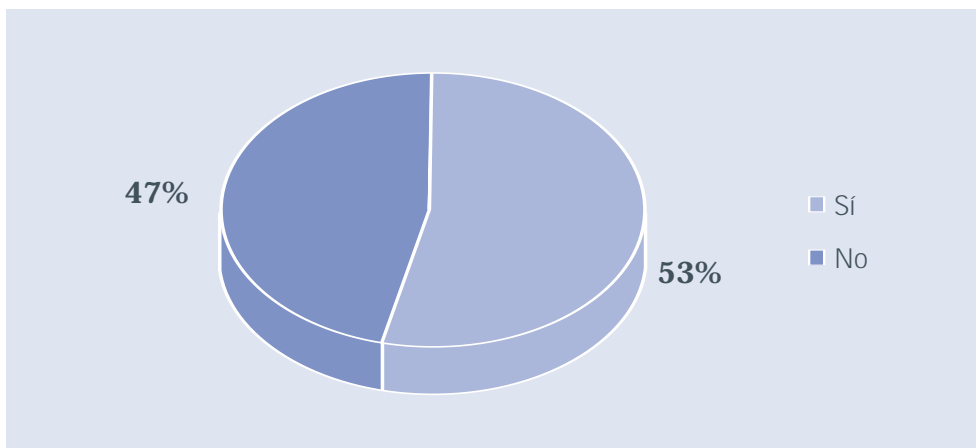
Como la **tabla 8.8** refleja, algo más de la mitad de los responsables clínicos entrevistados entienden que es más rápido realizar una tarea antes que explicar a los demás cómo quieren que sea realizada. Un 53,3% así lo considera, frente al 46,7% que entiende que es más rápido delegar, explicando como se quiere el trabajo, antes que realizarlo personalmente.

**Tabla 8.8 Número de jefes de servicio que creen que es más rápido hacer el trabajo personalmente antes que explicar cómo quieren que sea realizado**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Cree que es más rápido hacer el trabajo personalmente antes que explicar cómo quiere que sea realizado?	56	53,3%	49	46,7%	105

El **gráfico 8.5** permite apreciar como los jefes de servicio se muestran divididos respecto a si es más rápido delegar las propias funciones o realizarlas personalmente.

**Gráfico 8.5 Representación de la proporción de jefes de servicio que creen que es más rápido hacer el trabajo hacer el trabajo personalmente antes que explicar cómo quieren que sea realizado**



Los jefes de servicio encuestados opinan, mayoritariamente, que su servicio no se ve afectado cuando él se ausenta, como muestra la tabla 8.9. Un 59% de los encuestados así lo considera mientras que un 41% opina que esa eficiencia sí se ve mermada al ausentarse el responsable de la unidad.

### Pregunta 8.9

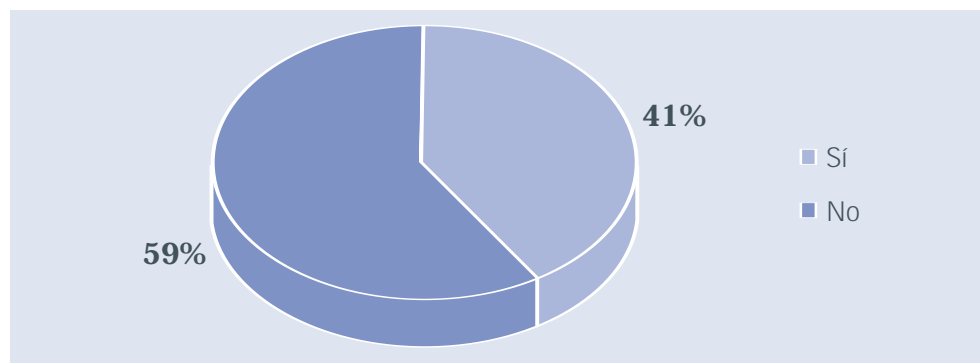
La eficiencia de su equipo, ¿se resiente si está ausente?

**Tabla 8.9 Número de jefes de servicio que indican que la eficacia de su equipo se resiente si se ausentan**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
La eficiencia de su equipo, ¿se resiente si está ausente?	43	41,0%	62	59,0%	105

Una vez más un diagrama de sectores sirve para reproducir las respuestas recogidas en la tabla anterior. En el **gráfico 8.6**, se observa como casi un 60% de los encuestados entienden que la eficiencia de su servicio no se ve mermada cuando ellos no están presentes.

**Gráfico 8.6 Representación de la proporción de jefes de servicio que indican que la eficiencia de su equipo se resiente si se ausentan**



**Pregunta 8.10a**

¿Delega habitualmente algunas funciones?

La pregunta 8.10 del cuestionario se compone de 5 apartados que se presentan de forma separada:

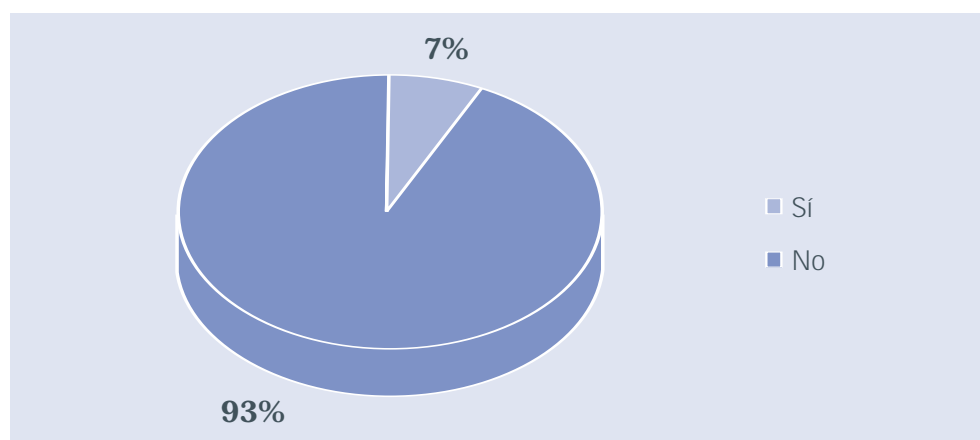
El delegar las responsabilidades propias de su cargo, en algunos de los miembros de su equipo, es una práctica habitual para la mayor parte de los encuestados, según manifiestan el 93% de ellos en la **tabla 8.10**. Solamente siete de ellos admiten no transferir funciones a sus subordinados con regularidad.

**Tabla 8.10 Número de jefes de servicio que delegan habitualmente alguna de sus funciones**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Delega habitualmente algunas funciones?	101	93,5%	7	6,5%	108

El **gráfico 8.7**, que se presenta a continuación permite apreciar como la inmensa mayoría de los jefes de servicio delega normalmente algunas de sus tareas.

**Gráfico 8.7 Representación de la proporción de jefes de servicio que delegan habitualmente algunas funciones**



La **tabla 8.11** presenta de forma integrada las respuestas de 5 jefes de servicio a una pregunta abierta sobre los motivos por los cuales no delegan habitualmente sus funciones.

### Pregunta 8.10b ●

En caso afirmativo, explique los motivos

**Tabla 8.11 Motivos por los que los jefes de servicio dicen no delegar habitualmente algunas de sus funciones.**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Motivos:
1	Cardiología CM	Equipo en formación gente joven
2	Nefrología CA	Pierdo más tiempo repasándolo
3	Nefrología AN	No me gusta cargar a otras personas que ya tienen asignadas sus tareas
4	Oncología VA	Ninguno asumiría mis funciones
5	Urología MA	Las funciones propias del jefe de servicio las delego si estoy ausente, si no, las asumo en su totalidad

El cuestionario, tras indagar si los jefes de servicio delegaban habitualmente algunas funciones, les preguntaba que criterios utilizan para asignar una persona a esa función delegada. La **tabla 8.12** recoge esos datos y permite apreciar que de los tres criterios listados: disponibilidad, empatía e idoneidad; es este último el que es más usado por los encuestados -el 79% de los que habitualmente delegan alguna de sus funciones-. El 30% de ellos lo hace por criterios de disponibilidad. Los porcentajes recogidos en la tabla no suman 100% puesto que una buena parte de los encuestados ha apuntado más de un criterio por el cual delegan funciones habitualmente.

### Pregunta 8.10c ●

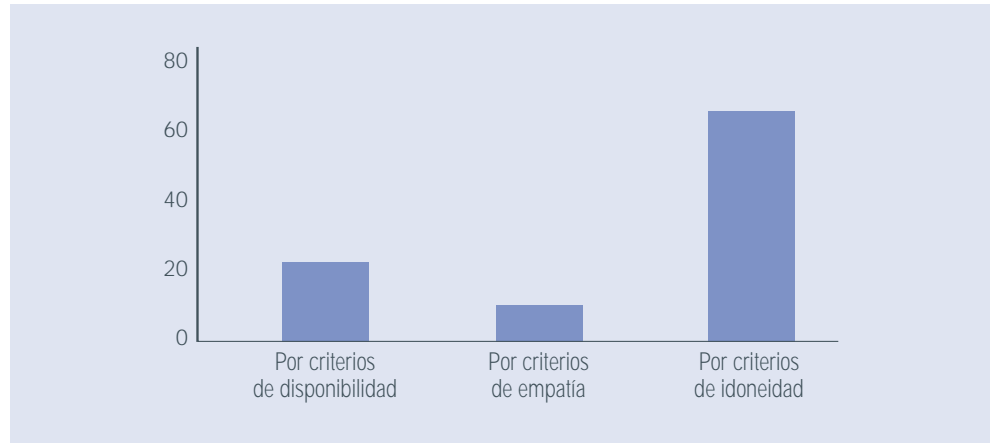
En caso afirmativo ¿cómo selecciona a las personas?

**Tabla 8.12 Porcentaje de jefes de servicio que seleccionan al personal en quien delegan por distintos criterios**

	N	%
Por criterios de disponibilidad	31	30,60%
Por criterios de empatía	16	15,80%
Por criterios de idoneidad	80	79,20%

El **gráfico 8.8** presenta el número de jefes de servicio que usa cada uno de los criterios indicados para delegar sus funciones

**Gráfico 8.8 Representación del número de jefes de servicio que usa cada criterio para seleccionar el personal en quién delegan alguna función**



**Pregunta 8.10d**

¿Le delimita claramente sus límites de decisión?

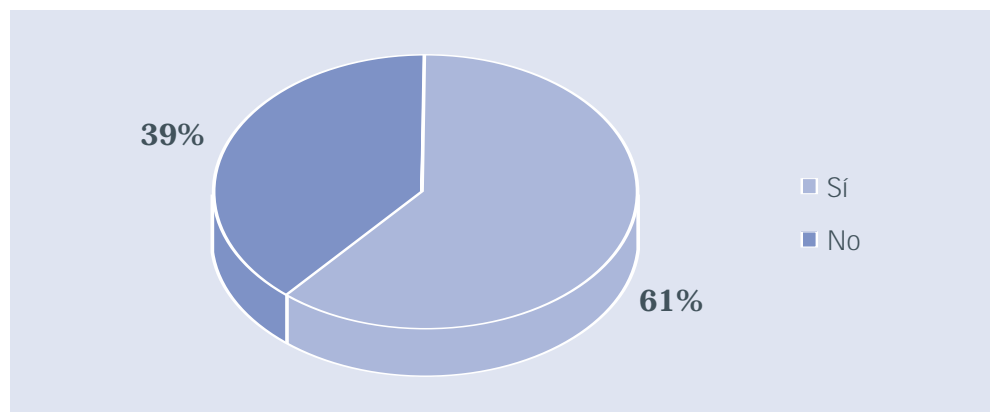
Como muestra la **tabla 8.13**, un 61% de los encuestados considera que delimita claramente el margen de decisión cuando delega en un subordinado. Esto contrasta con el correspondiente 38% que dice no hacerlo al delegar funciones en alguno de sus colaboradores.

**Tabla 8.13 Número de jefes de servicio que delimitan claramente los límites de decisión de la persona en quien delegan**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Delimita claramente sus límites de decisión?	64	61,5%	40	38,5%	104

El diagrama de sectores, **gráfico 8.9**, presenta, de forma visual, la misma información recogida en la tabla anterior.

**Gráfico 8.9 Representación de la proporción de jefes de servicio que delimitan claramente los límites de decisión de la persona en quien delegan alguna función**





En relación con el control de las tareas delegadas, la **tabla 8.14** muestra que un grupo formado por el 78,8% de los encuestados afirma que lo hace con regularidad. En cambio, el 21,2% manifiesta que no controla regularmente aquellas funciones que ha delegado en sus colaboradores.

### Pregunta 8.10e ●

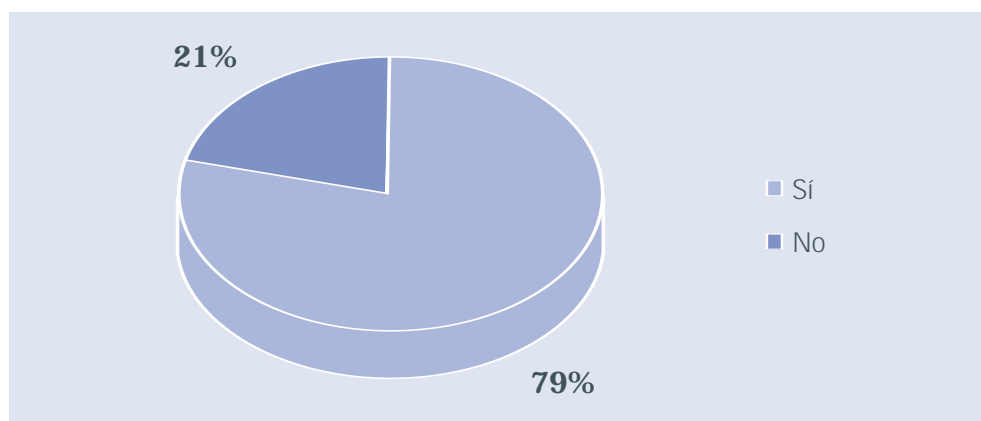
¿Controla regularmente las tareas delegadas?

**Tabla 8.14 Número de jefes de servicio que controlan regularmente las tareas delegadas**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Controla regularmente las tareas delegadas?	82	78,8%	22	21,2%	104

El **gráfico 8.10**, muestra como más de dos tercios de los jefes de servicio manifiesta que ejerce un control regular sobre aquellas funciones que ha delegado en sus colaboradores, mientras que un 21% dice no hacerlo.

**Gráfico 8.10 Representación de la proporción de jefes de servicio que controlan regularmente las tareas delegadas**



Los encuestados manifiestan mayoritariamente que no supervisan la labor de sus colaboradores de forma minuciosa, ya que así lo indica hasta el 71% de los entrevistados, **tabla 8.15**. Sólo 31 de los jefes de servicio encuestados dice hacerlo con regularidad.

### Pregunta 8.11 ●

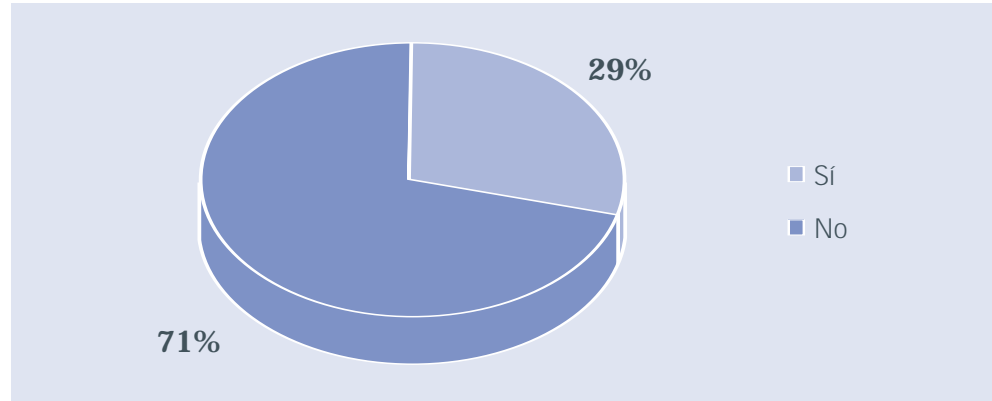
¿Supervisa minuciosamente el trabajo de sus colaboradores?

**Tabla 8.15 Número de jefes de servicio que supervisan minuciosamente el trabajo de sus colaboradores**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Supervisa minuciosamente el trabajo de sus colaboradores?	31	29%	76	71%	107

Nuevamente, el gráfico de sectores presenta las respuestas de los jefes de servicio de forma visual, **gráfico 8.11**. En éste se observa cómo sólo una minoría de los jefes de servicio, controla detalladamente la labor del personal bajo su responsabilidad.

**Gráfico 8.11 Representación de la proporción de jefes de servicio que supervisan minuciosamente el trabajo de sus colaboradores**



**Pregunta 8.12**

¿Tiene confianza en la capacidad profesional de sus colaboradores?

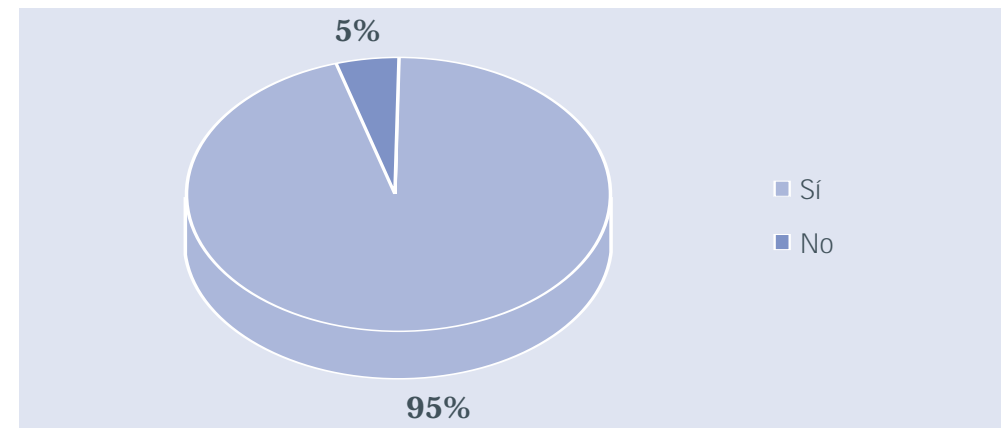
La **tabla 8.16** presenta las respuestas de los clínicos sobre su confianza en la capacidad profesional de su equipo. De forma casi unánime -un 95,3%- de los encuestados confían en la capacidad profesional de sus colaboradores. Solamente cinco clínicos manifiestan que no confían en la competencia profesional de sus colaboradores.

**Tabla 8.16 Número de jefes de servicio que tienen confianza en la capacidad profesional de sus colaboradores**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Tiene confianza en la capacidad profesional de tus colaboradores?	102	95,3%	5	4,7%	107

El **gráfico 8.12** permite observar como es prácticamente insignificante el grupo de clínicos que no confía en las capacidades profesionales de sus colaboradores.

**Gráfico 8.12 Representación de la proporción de jefes de servicio que tienen confianza en la capacidad profesional de sus colaboradores**



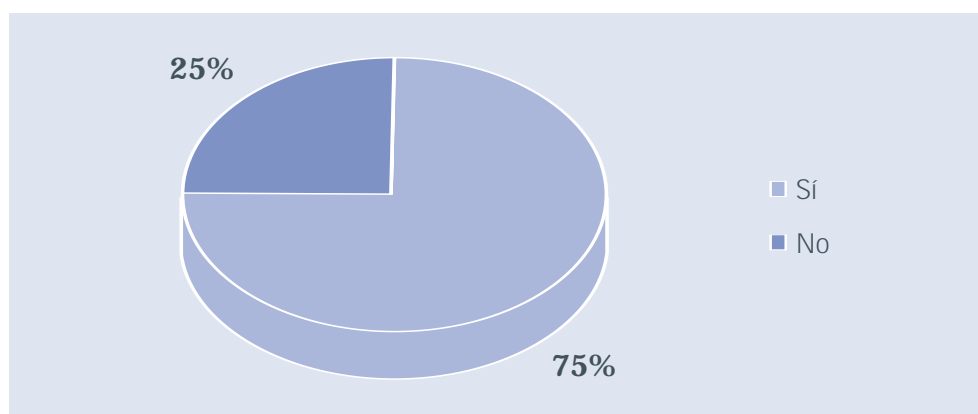
Los responsables de los servicios, según sus respuestas (**tabla 8.17**), creen que si ellos hubieran seleccionado a su equipo delegarían sus funciones con mayor frecuencia. Esto lo indica el 75% de los encuestados mientras que el 25% apunta lo contrario.

**Tabla 8.17 Número de jefes de servicio que creen que si hubiera seleccionado personalmente el personal de su servicio delegarían más frecuentemente**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Cree que si hubiera seleccionado el personal delegaría más frecuentemente?	78	75%	26	25%	104

Como el diagrama de sectores muestra, tres cuartos de los jefes de servicio encuestados creen que delegarían con mayor asiduidad sus funciones si ellos mismos hubieran seleccionado al personal de su equipo.

**Gráfico 8.13 Representación de la proporción de jefes de servicio que creen que delegarían con más frecuencia si hubieran seleccionado el personal**



Las siguientes tablas, junto con el diagrama de barras que las acompaña, presentan el grado de preocupación que tienen los clínicos a que se cuestione su autoridad. La **tabla 8.18** muestra como los clínicos han respondido de forma poco homogénea. Más de un 25% de ellos no parece estar preocupado por que se cuestione su autoridad y casi un 40% dice estarlo "algo". De la misma manera 37% de los clínicos entrevistados está "bastante" o "muy" preocupado por que su autoridad sea cuestionada.

**Tabla 8.18 Grado en que los jefes de servicio están preocupados por que se cuestione su autoridad**

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho	Total
¿Hasta qué punto le preocupa que se cuestione tu autoridad?	6	19	42	28	13	108
	5,56%	17,6%	38,9%	25,93%	12%	100%

**Pregunta 8.13 ●**

¿Cree que si hubiera seleccionado al personal, delegaría más recuentemente?

**Pregunta 8.14 ●**

¿Hasta qué punto le preocupa que se cuestione su autoridad?



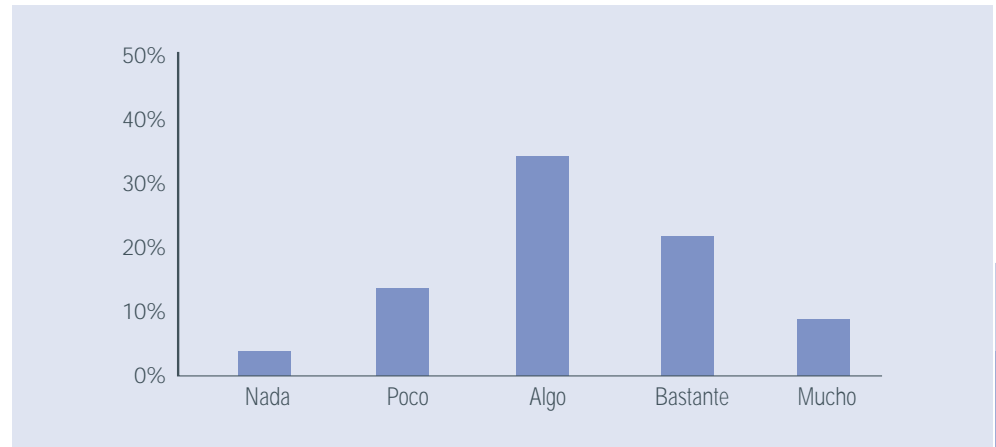
La **tabla 8.19** presenta los estadísticos de las respuestas de los jefes de servicio valorando éstas en la escala que va de 1 = Nada a 5 = Mucho.

**Tabla 8.19 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 8.14**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
¿Hasta qué punto le preocupa que se cuestione su autoridad?	108	0	3,213	3	3	1,051

El **gráfico 8.14** muestra la distribución de las respuestas de los encuestados. En él puede apreciarse como el grupo mayoritario se concentra entorno a la respuesta que indica que están “algo” preocupados porque su autoridad sea cuestionada.

**Gráfico 8.14 Representación del grado en que los jefes de servicio están preocupados porque se cuestione su autoridad**



### ● Pregunta 8.15

¿Cree que el hecho de delegar funciones le hace más vulnerable?

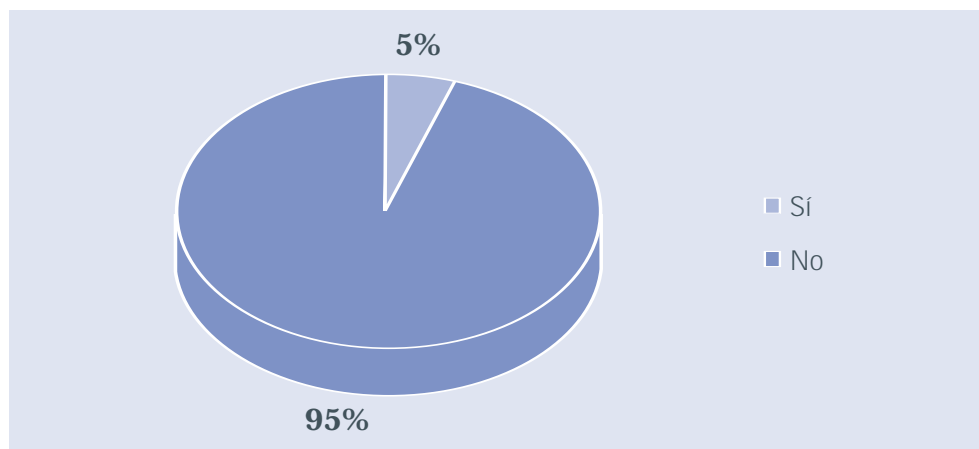
La **tabla 8.20**, recoge las respuestas a la pregunta que indagaba sobre si la delegación era percibida como una amenaza por los clínicos. Las respuestas muestran que éstos no entienden que delegar sus responsabilidades les haga más vulnerables, ya que así lo expresan en un 95% de los casos.

**Tabla 8.20 Número de jefes de servicio que creen que el hecho de delegar funciones les hace más vulnerables**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Cree que el hecho de delegar funciones le hace más vulnerable?	5	4,6%	103	95,4%	108

Sólo una minoría de los encuestados entiende que son más vulnerables al delegar responsabilidades en sus colaboradores que al no hacerlo, como muestra el **gráfico 8.15**.

**Gráfico 8.15 Representación de la proporción de jefes de servicio que creen que delegar funciones les hace más vulnerables**



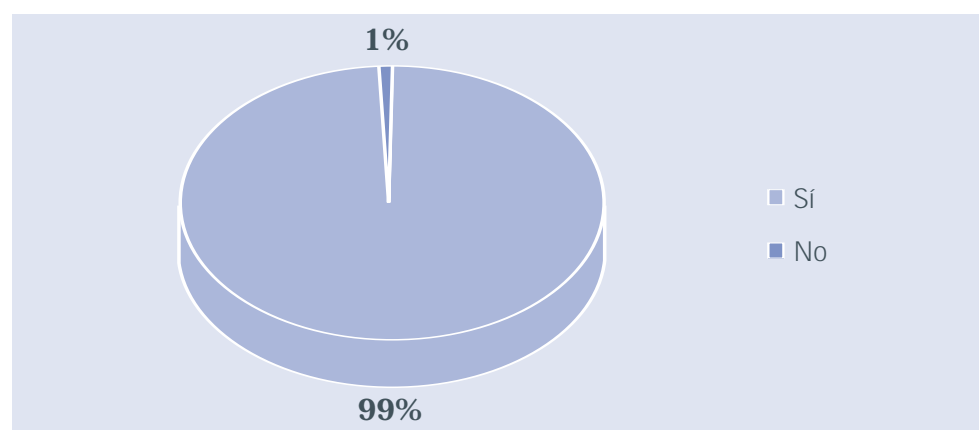
En la tabla siguiente se aprecia como los jefes de servicio encuestados indican, sin fisuras, que no les cuesta asumir la posibilidad de que sus subordinados puedan ser mejores que ellos en alguna habilidad. Solamente uno de los encuestados admite no asumir la posibilidad de ser superado en alguna habilidad por un subordinado.

**Tabla 8.21 Número de jefes de servicio que asumen que sus colaboradores puedan ser mejores que ellos en alguna habilidad concreta**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Asume que sus colaboradores puedan ser mejores que usted en alguna habilidad concreta?	106	99,1%	1	0,9%	107

El último diagrama de barras de este capítulo muestra como la práctica totalidad de los encuestados asume que sus colaboradores puedan ser mejores que ellos en alguna habilidad concreta, **gráfico 8.16**.

**Gráfico 8.16 Representación de la proporción de jefes de servicio que asumen que sus colaboradores puedan ser mejores que ellos en algunas habilidades concretas**



**Pregunta 8.16**

¿Asume que sus colaboradores puedan ser mejores que usted en alguna habilidad concreta?



## 2.9 MOTIVACIÓN







## 2.9. MOTIVACIÓN

En este apartado del cuestionario se pretende indagar acerca de cuáles son los factores y situaciones que inciden, a juicio de los jefes de servicio, en la motivación del equipo en su conjunto.

A través de 3 preguntas se analizan aspectos como:

- Las situaciones que inciden en la motivación del servicio
- Los factores que pueden motivar al personal y el grado de intervención en ellos de los jefes del servicio
- Las prácticas idóneas para motivar al equipo del servicio, así como su grado de utilización por parte de los jefes de servicio

Los encuestados han valorado, en primer lugar, distintos aspectos propuestos en el cuestionario que pueden incidir en la falta de motivación del equipo humano del servicio. La **tabla 9.1** presenta las opiniones apuntadas por los clínicos.

Los jefes de servicio identifican tres factores con una mayor capacidad de desmotivación, en comparación con los demás. En primer lugar se sitúa la elevada presión asistencial, con un 72% de los clínicos que la consideran “bastante” o “del todo” influyente en la falta de motivación. En segundo lugar, con un 58%, sitúan la “actividad poco gratificante”. Y, en tercer lugar, se encuentra la “cultura inmovilista del responsable”, ya que un 57% de los encuestados cree que incide “bastante” o “del todo” en la motivación.

En el lado contrario del espectro se encuentran los aspectos con menor incidencia en la falta de motivación. El más destacado de éstos son las quejas de los pacientes, puesto que un 40% de los clínicos sostiene que inciden “poco” o “nada” en la falta de motivación. Otros factores, con una incidencia moderadamente baja, son el absentismo de parte del personal, la falta de competencia del mismo y la alta rotación del personal técnico, aproximadamente el 30% de los encuestados los considera “nada” o “poco” incidentes en la falta de motivación.

### Pregunta 9.1

Señale el grado en que cada una de estas situaciones podría incidir en la falta de motivación del servicio.

**Tabla 9.1 Grado en el que los jefes de servicio consideran que distintas situaciones podrían incidir en la falta de motivación del servicio**

Situaciones	Nada	Poco	Algo	Bastante	Del todo	Total
Actividad poco gratificante	2	15	28	49	14	108
	1,9%	13,9%	25,9%	45,4%	13%	100%
Absentismo de algunos compañeros	8	27	30	38	4	107
	7,5%	25,2%	28%	35,5%	3,7%	100%
Elevada rotación del personal técnico	7	28	31	38	2	106
	6,6%	26,4%	29,2%	35,8%	1,9%	100%
Falta de competencia del personal	5	26	21	40	15	107
	4,7%	24,3%	19,6%	37,4%	14%	100%
Elevada presión asistencial	-	7	23	63	15	108
	-	6,5%	21,3%	58,3%	13,9%	100%
Quejas frecuentes de los pacientes	8	35	33	24	7	107
	7,5%	32,7%	30,8%	22,4%	6,5%	100%
Conflictos interpersonales	6	21	25	37	18	107
	5,6%	19,6%	23,4%	34,6%	16,8%	100%
Malas relaciones con la dirección del hospital	7	21	32	36	11	107
	6,5%	19,6%	29,9%	33,6%	10,3%	100%
Actividad poco gratificante	2	15	28	49	14	108
	1,9%	13,9%	25,9%	45,4%	13%	100%
Cultura inmovilista del responsable	6	19	20	39	22	106
	5,7%	17,9%	18,9%	36,8%	20,8%	100%
Falta de congruencia con los objetivos de la organización	5	16	28	43	15	107
	4,7%	15%	26,2%	40,2%	14%	100%

Los estadísticos, junto con el diagrama de barras, permiten apreciar cómo no existen enormes diferencias al agregar las respuestas de los encuestados. Todos los factores obtienen medias cercanas al valor tres, que los califica como “algo” incidentes en la falta de motivación del servicio. Merece ser destacada la sensiblemente más baja desviación típica de la elevada presión asistencial. Los clínicos muestran, de este modo, que existe mayor acuerdo en considerar esa actividad como la más desmotivadora, en comparación con las valoraciones de los restantes factores.

**Tabla 9.2 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 9.1**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Actividad poco gratificante	108	0	3,537	4	4	0,951
Absentismo de algunos compañeros	107	1	3,028	3	4	1,032
Elevada rotación del personal técnico	106	2	3,000	3	4	0,986
Falta de competencia del personal	107	1	3,318	4	4	1,129
Elevada presión asistencial	108	0	3,796	4	4	0,758
Quejas frecuentes de los pacientes	107	1	2,879	3	2	1,052
Conflictos interpersonales	107	1	3,374	4	4	1,145
Malas relaciones con la dirección del hospital	107	1	3,215	3	4	1,082
Cultura inmovilista del responsable	106	2	3,491	4	4	1,173
Falta de congruencia con los objetivos de la organización	107	1	3,439	4	4	1,057

**Gráfico 9.1 Representación de la media del grado en el que distintas situaciones podrían incidir en la falta de motivación del servicio según los jefes de servicio (1=Nada, 5=Del todo)**



## ● Pregunta 9.2

Indique el grado en que los siguientes factores pueden motivar al personal de su servicio y el grado en que puede intervenir para su consecución y/o mejora (valóralo de 1 = Nada a 5 = Mucho).

Esta sección presenta las respuestas a una batería de 11 preguntas dobles. En cada una de ellas, los jefes de servicio debían indicar, en primer lugar, el grado en que un factor podía motivar al personal del equipo para, en segundo lugar, indicar el nivel en que ellos podían intervenir para que se diera ese factor. Las respuestas se presentan agrupadas en la **tabla 9.3**.

La mayoría de los encuestados considera que todos los factores propuestos, a excepción de dos, tienen “bastante” o “mucho” incidencia en la motivación del personal. Estos factores son los siguientes: las “perspectivas de promoción profesional”, con un 80% de los encuestados, y la “satisfacción por una actividad de calidad”, con un 78%.

Dos de los factores propuestos -el “sentimiento de ser imprescindible” y el “aumento de influencia en el entorno”- muestran patrones de respuestas más moderados que los demás, en cuanto a su incidencia en la motivación del personal. A pesar de ello, siguen siendo considerados útiles para motivar al personal.

Respecto a la capacidad de los encuestados de intervenir en los factores mencionados, en la **tabla 9.3** también se presentan las respuestas de los jefes de servicio. Éstas muestran patrones más heterogéneos para todas las preguntas.

En función del grado en que los clínicos pueden incidir en ellos, se pueden clasificar los factores en tres grupos. Un primer grupo de factores lo componen aquéllos en que una mayoría sustantiva de encuestados cree que pueden intervenir “mucho” o “bastante”; son: la “satisfacción por la actividad profesional de calidad”, el “aumento de autonomía en el trabajo”, el “sentimiento de ser respetado por los colegas”, el “participar en la toma de decisiones” y el “participar en la fijación de objetivos”.

El segundo grupo lo forman aquellos factores en los que las opiniones se dispersan en todo el rango de respuestas. En estos factores ningún grupo mayoritario de los encuestados se decanta por un alto o bajo grado de margen de acción. A esta categoría corresponden los siguientes factores: las “posibilidades de desarrollo profesional”, el “aumento de influencia en el entorno” y la “participación en la formulación de criterios de incentiación”.

Las dos actividades restantes forman el último grupo. Las “perspectivas de promoción profesional” y “los beneficios económicos de actividades no asistenciales” cuentan claramente con una mayoría de clínicos que entienden que no pueden incidir en ellos. Esto es especialmente así en la segunda de las actividades, puesto que el 67% de los jefes de servicio dice poder intervenir “poco” o “nada” en los “beneficios económicos por actividades no asistenciales”.

**Tabla 9.3 Grado en que los jefes de servicio valoran distintos factores que pueden motivar al personal de su servicio y cómo los propios jefes pueden incidir en su consecución y/o mejora.**

Factores		Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho	Total
Perspectivas de Promoción profesional	G. M	5 4,6%	6 5,6%	11 10,2%	37 34,3%	49 45,4%	108 100%
	G. I	37 35,2%	29 27,6%	21 20%	14 13,3%	4 3,8%	105 100%
Beneficios económicos por actividades no asistenciales	G. M	6 5,6%	9 8,3%	26 24,1%	42 38,9%	25 23,1%	108 100%
	G. I	53 50,5%	18 17,1%	18 17,1%	13 12,4%	3 2,9%	105 100%
Satisfacción por actividad profesional de calidad	G. M	1 0,9%	5 4,6%	18 16,7%	49 45,4%	35 32,4%	108 100%
	G. I	7 6,7%	13 12,4%	23 21,9%	42 40%	20 19%	105 100%
Posibilidades de desarrollo profesional	G. M	1 0,9%	5 4,6%	17 15,7%	46 42,6%	39 36,1%	108 100%
	G. I	17 16,2%	20 19%	34 32,4%	22 21%	12 11,4%	105 100%
Aumento de influencia en el entorno	G. M	8 7,4%	19 17,6%	32 29,6%	36 33,3%	13 12%	108 100%
	G. I	19 18,1%	32 30,5%	26 24,8%	25 23,8%	3 2,9%	105 100%
Aumento de autonomía en el trabajo	G. M	1 0,9%	11 10,3%	25 23,4%	51 47,7%	19 17,8%	107 100%
	G. I	7 6,7%	14 13,3%	27 25,7%	38 36,2%	19 18,1%	105 100%
Sentimiento de ser imprescindible en el trabajo	G. M	9 8,4%	23 21,5%	35 32,7%	27 25,2%	13 12,1%	107 100%
	G. I	19 18,3%	23 22,1%	32 30,8%	21 20,2%	9 8,7%	104 100%
Sentimiento de ser respetado por los compañeros	G. M	1 0,9%	5 4,6%	24 22,2%	46 42,6%	32 29,6%	108 100%
	G. I	8 7,7%	10 9,6%	22 21,2%	48 46,2%	16 15,4%	104 100%
Participar en la toma de decisiones	G. M	1 0,9%	4 3,7%	21 19,6%	48 44,9%	33 30,8%	107 100%
	G. I	1 1%	4 3,9%	18 17,5%	45 43,7%	35 34%	103 100%
Participar en la determinación de objetivos	G. M	1 0,9%	7 6,5%	25 23,1%	46 42,6%	29 26,9%	108 100%
	G. I	1 1%	12 11,5%	15 14,4%	44 42,3%	32 30,8%	104 100%

**Tabla 9.3 Grado en que los jefes de servicio valoran distintos factores que pueden motivar al personal de su servicio y cómo los propios jefes pueden incidir en su consecución y/o mejora (Cont.)**

Factores		Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho	Total
Participar en la formulación de los criterios de incentiación	G. M	5	7	17	49	28	106
		4,7%	6,6%	16%	46,2%	26,4%	100%
	G. I	24	18	12	34	14	102
		23,5%	17,6%	11,8%	33,3%	13,7%	100%

G.M: Grado de Motivación; G.I: Grado de Intervención

La **tabla 9.4**, que resume los estadísticos, permite apreciar cómo, en todos los factores propuestos, la dispersión de las respuestas es mayor en el caso de la capacidad de intervención que en el caso de la incidencia en la motivación del personal. Así pues, los jefes de servicio están más de acuerdo en qué factores motivan a su personal que en el grado que pueden ellos incidir en estos aspectos.

**Tabla 9.4 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 9.2**

		N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Perspectivas de promoción profesional	Motivación	108	0	4,102	4	5	1,093
	Intervención	105	3	2,229	2	1	1,179
Beneficios económicos por actividades no asistenciales	Motivación	108	0	3,657	4	4	1,095
	Intervención	105	3	2,000	1	1	1,201
Satisfacción por actividad profesional de calidad	Motivación	108	0	4,037	4	4	0,875
	Intervención	105	3	3,524	4	4	1,136
Posibilidades de desarrollo profesional	Motivación	108	0	4,083	4	4	0,887
	Intervención	105	3	2,924	3	3	1,230
Aumento de influencia en el entorno	Motivación	108	0	3,250	3	4	1,112
	Intervención	105	3	2,629	3	2	1,120
Aumento de autonomía en el trabajo	Motivación	107	1	3,710	4	4	0,911
	Intervención	105	3	3,457	4	4	1,135
Sentimiento de ser imprescindible en el trabajo	Motivación	107	1	3,112	3	3	1,135
	Intervención	104	4	2,788	3	3	1,212
Sentimiento de ser respetado por los compañeros	Motivación	108	0	3,954	4	4	0,890
	Intervención	104	4	3,519	4	4	1,106
Sentimiento de ser respetado por los compañeros	Motivación	108	0	3,954	4	4	0,890
	Intervención	104	4	3,519	4	4	1,106
Participar en la toma de decisiones	Motivación	107	1	4,009	4	4	0,863
	Intervención	103	5	4,058	4	4	0,873
Participar en la determinación de objetivos	Motivación	108	0	3,880	4	4	0,914
	Intervención	104	4	3,904	4	4	1,000
Participar en la formulación de los criterios de incentiación	Motivación	106	2	3,830	4	4	1,046
	Intervención	102	6	2,961	3	4	1,421

El siguiente diagrama de barras, **gráfico 9.2**, permite comparar visualmente las medias de las respuestas a cada pregunta doble. Se aprecia, así, la diferencia, en el ámbito agregado, entre la capacidad de motivación de las medidas propuestas en cada factor y el grado de intervención según los jefes de servicio encuestados en cada una de ellas. En su conjunto, se constata que los clínicos entienden que estos factores podrían ser de gran utilidad para motivar a su equipo pero ellos tienen, también de forma general, una capacidad de intervención no del todo de acuerdo con la idoneidad de esas medidas.

A simple vista, destaca en el gráfico la distancia que hay entre la motivación y la utilización, en los dos primeros factores: las perspectivas de promoción y los beneficios económicos extra-asistenciales. También destaca el caso de dos factores, en la parte baja de la tabla, en que los clínicos indican un grado de intervención mayor que el grado de motivación derivado de ellos. Estos factores son la "participación en la toma de decisiones" y en la "determinación de los objetivos".

**Gráfico 9.2 Representación de la media del grado en que distintos factores pueden motivar al personal y el grado en que el propio jefe de servicio puede intervenir para su consecución y/o mejora (1=Nada, 5=Mucho)**



### ● Pregunta 9.3

Indique el grado de idoneidad de las siguientes prácticas para motivar al equipo en su conjunto y el grado de utilización de las mismas por su parte (valóralo de 1 = Nada a 5 = Mucho).

Siguiendo el patrón marcado en el apartado anterior, aquí se recoge otra batería de preguntas dobles relacionadas, en este caso, con las prácticas de los encuestados para motivar al equipo de su servicio.

Los jefes de servicio, en primer lugar, han valorado el grado de utilidad de cada práctica propuesta para pasar luego a valorar el grado de uso que hacen de ella en su propio servicio.

En este caso, todas las actividades propuestas por el cuestionario han sido consideradas de “mucho” o “bastante” utilidad por la mayor parte de los encuestados. Como mínimo, un 68% de los entrevistados así lo consideraba en todos los casos. Entre las prácticas, resalta el muy decidido apoyo que ha recibido el “dotar de una infraestructura necesaria para el trabajo”, puesto que han sido cerca del 89% de los encuestados los que la han considerado “bastante” o “muy” motivadora.

En cambio, al considerar el grado de utilización de esas mismas prácticas, los clínicos han mostrado más diversidad en sus respuestas. Por un lado, algunas de las prácticas propuestas son ampliamente utilizadas por la mayoría de los clínicos, como “informar al equipo del progreso de los objetivos” y “mantener unos patrones de conducta ecuanímenes”. Esta última es la actividad más utilizada por la mayoría de los clínicos, el 83% la utiliza “mucho” o “bastante”. Por otro lado, las demás actividades propuestas muestran unos niveles de utilización menos homogéneos, según las respuestas de los encuestados. En estas prácticas, los encuestados se posicionan, en al menos un 10%, en cuatro de las categorías de la escala: “poco”, “algo”, “bastante” y “mucho”. Así sucede muy especialmente con la “proporción de una mayor autonomía de gestión” y con la “dotación de una infraestructura necesaria para el trabajo”, como se puede observar en la **tabla 9.5**.

**Tabla 9.5 Grado de idoneidad de distintas prácticas para motivar al equipo en su conjunto y el grado de utilización de las mismas según los jefes de servicio**

Prácticas		Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucha	Total
Promover la discusión permanente y global de temas	Gº idoneidad	3 2,8%	7 6,6%	23 21,7%	49 46,2%	24 22,6%	106 100%
	Gº utilización	4 3,8%	17 16,3%	33 31,7%	38 36,5%	12 11,5%	104 100%
Proporcionar mayor autonomía de gestión	Gº idoneidad	1 0,9%	8 7,5%	21 19,6%	55 51,4%	22 20,6%	107 100%
	Gº utilización	15 14,4%	18 17,3%	30 28,8%	28 26,9%	13 12,5%	104 100%
Mantener informado al equipo del progreso en la consecución de sus objetivos	Gº idoneidad	1 0,9%	6 5,7%	16 15,1%	44 41,5%	39 36,8%	106 100%
	Gº utilización	3 2,9%	10 9,6%	23 22,1%	38 36,5%	30 28,8%	104 100%
Mantener patrones de conducta objetivos y ecuanímenes	Gº idoneidad	1 0,9%	3 2,8%	14 13,2%	43 40,6%	45 42,5%	106 100%
	Gº utilización	3 2,9%	8 7,7%	20 19,2%	43 41,3%	30 28,8%	104 100%



**Tabla 9.5 Grado de idoneidad de distintas prácticas para motivar al equipo en su conjunto y el grado de utilización de las mismas según los jefes de servicio**

Prácticas		Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucha	Total
Dotar de la infraestructura necesaria para el trabajo	G° idoneidad	-	2	11	41	52	106
		-	1,9%	10,4%	38,7%	49,1%	100%
	G° utilización	9	28	23	21	22	103
		8,7%	27,2%	22,3%	20,4%	21,4%	100%

De igual modo que en el apartado anterior, la tabla de estadísticos (tabla 9.6) confirma que el grado de acuerdo entre los jefes encuestados es sensiblemente mayor al evaluar la idoneidad de las prácticas que al indicar el nivel de uso que hacen de ellas.

**Tabla 9.6 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 9.3**

		N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Promover la discusión permanente y global de temas	Idoneidad	106	2	3,792	4	4	0,963
	Utilización	104	4	3,356	3	4	1,014
Proporcionar mayor autonomía de gestión	Idoneidad	107	1	3,832	4	4	0,874
	Utilización	104	4	3,058	3	3	1,237
Mantener informado al equipo del progreso en la consecución de sus objetivos	Idoneidad	106	2	4,075	4	4	0,912
	Utilización	104	4	3,788	4	4	1,058
Mantener patrones de conducta objetivos y ecuánimes	Idoneidad	106	2	4,208	4	5	0,848
	Utilización	104	4	3,856	4	4	1,018
Dotar de la infraestructura necesaria para el trabajo	Idoneidad	106	2	4,349	4	5	0,744
	Utilización	103	5	3,184	3	2	1,289

El **gráfico 9.3** permite comparar las distancias entre el nivel agregado de idoneidad y uso. De él llama poderosamente la atención la gran distancia que hay entre aquel factor considerado por los encuestados como el más idóneo, el dotar de infraestructuras para trabajar, y su nivel medio de utilización.

**Gráfico 9.3 Representación de la media del grado de idoneidad de distintas prácticas para motivar al equipo en su conjunto y el grado de utilización de las mismas por parte de los jefes de servicio (1=Nada, 5=Mucho)**





## 2.10 FORMACIÓN CONTINUADA. DOCENCIA. INVESTIGACIÓN





## 2.10. FORMACIÓN CONTINUADA. DOCENCIA. INVESTIGACIÓN

Este apartado final del cuestionario pretende conocer la opinión de los jefes de servicio sobre la formación continuada en su servicio y en su centro. También se indagará acerca de las actividades de docencia e investigación llevadas a cabo por personal del servicio del encuestado.

Mediante 13 preguntas, este apartado abordará los siguientes temas:

- La evaluación de capacidades en el servicio
- Las características de la formación continuada en el servicio y en el centro del encuestado
- La opinión del jefe de servicio respecto a la formación continuada de su centro
- El acceso a la formación continuada
- La docencia y la investigación en el servicio

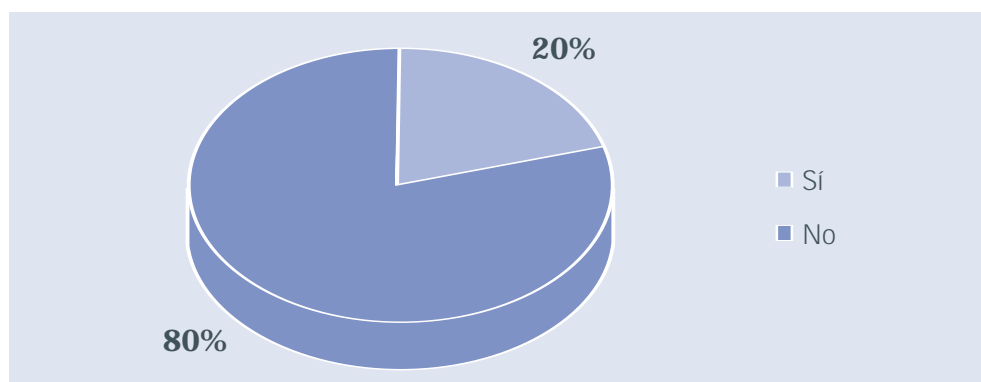
La primera tabla de esta última sección presenta las respuestas de los jefes de servicio a la pregunta relativa a la evaluación de capacidades del personal que compone el servicio. La **tabla 10.1** muestra cómo el 80% de los jefes de servicio encuestados dice que su servicio no dispone de un sistema fiable para evaluar las capacidades del personal que lo compone. En cambio, el 20% de los encuestados dice que sí cuenta con un sistema fiable para evaluar las capacidades de personal de su unidad.

**Tabla 10.1** Número de jefes de servicio que indican que su servicio tiene un sistema fiable para evaluar las capacidades del personal que lo compone

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Tiene su servicio un sistema fiable para evaluar las capacidades del personal que lo compone?	21	20%	84	80%	105

El **gráfico 10.1** muestra cómo sólo uno de cada cinco servicios dispone de un mecanismo para evaluar las capacidades del personal que trabaja en él.

**Gráfico 10.1** Representación de la proporción de jefes de servicio que indican que su servicio tiene un sistema fiable para evaluar las capacidades del personal que lo compone



### Pregunta 10.1 ●

¿Tiene su servicio un sistema fiable para evaluar las capacidades del personal que lo compone?

### ● **Pregunta 10.2**

¿Dispone su servicio de un plan de formación para el personal que se incorpora?

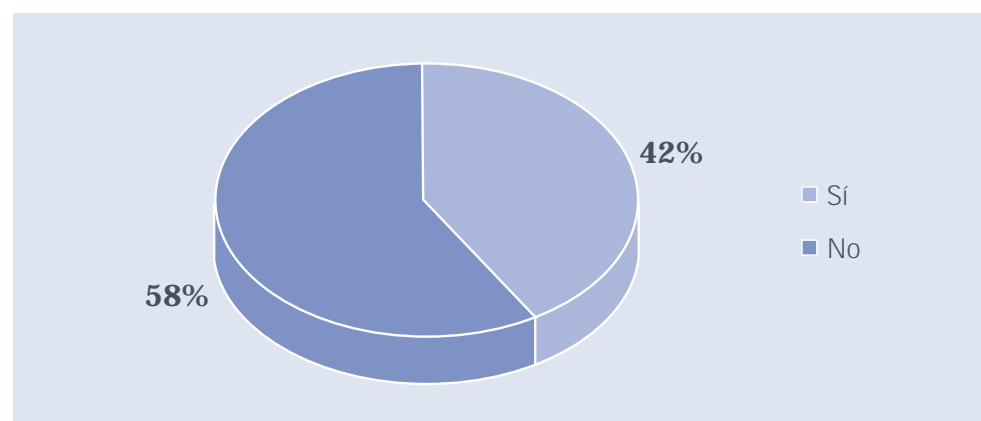
Como muestra la **tabla 10.2**, una mayoría compuesta por el 56% de los encuestados, apunta que no existe un plan de formación para el personal que se incorpora a la unidad. En cambio, el 44% de los jefes de servicio indica que en su servicio está establecido un plan de acogida destinado a homogenizar los conocimientos y procesos, al mismo tiempo que se facilita la incorporación del nuevo personal.

**Tabla 10.2 Número de jefes de servicio que indican que su servicio cuenta con un plan de formación para el personal que se incorpora**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Dispone su servicio de un plan de formación para el personal que se incorpora?	47	43,5%	61	56,5%	108

El diagrama de sectores, **gráfico 10.2**, presenta de forma visual la información sobre los planes de formación en los servicios.

**Gráfico 10.2 Representación de la proporción de jefes de servicio que indican que su servicio dispone de un plan de formación para el personal que se incorpora**



### ● **Pregunta 10.3**

¿Tiene identificadas las necesidades de formación continuada del personal de su servicio?

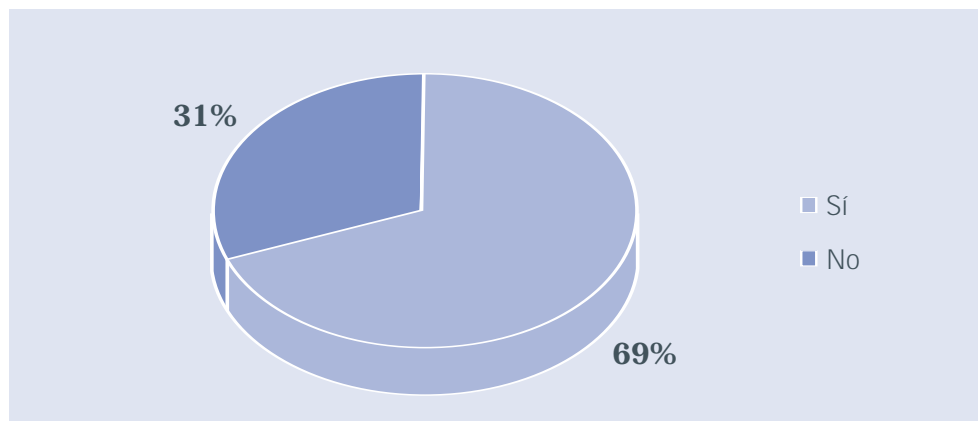
Como muestra la **tabla 10.3**, una mayor proporción de los jefes de servicio dice tener identificadas las necesidades de formación continuada de su unidad -así lo indica algo menos del 70% de los encuestados-. Un 30% de los responsables clínicos admite no conocer cuáles son las carencias o puntos débiles de la formación de sus profesionales.

**Tabla 10.3 Número de jefes de servicio que tienen identificadas las necesidades de formación continuada de sus servicios**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Tiene identificadas las necesidades de formación continuada del personal de su servicio?	74	69,2%	33	30,8%	107

El diagrama de sectores, **gráfico 10.3**, presenta de forma visual cómo el 69% de los clínicos indica que tiene identificadas las necesidades de formación continuada del personal que está adscrito al servicio bajo su responsabilidad.

**Gráfico 10.3 Representación de la proporción de jefes de servicio que tiene identificadas las necesidades de formación continuada de su servicio**



El cuestionario preguntaba a los encuestados su parecer acerca de los programas de formación ofrecidos en su centro, **tabla 10.4**. En general, los jefes de servicio se muestran en desacuerdo con esos programas de formación. Son considerablemente más los encuestados que apuntan estar "poco" o "nada" de acuerdo que los que dicen estarlo "bastante" o "del todo", un 50% de los clínicos frente a un 20%.

**Tabla 10.4 Grado en que los jefes de servicio están de acuerdo con los programas de formación continuada que ofrece su hospital**

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Del todo	Total
¿Hasta qué punto está de acuerdo con los programas de formación continuada que ofrece el hospital?	26	25	31	16	5	103
	25,2%	24,3%	30,1%	15,53%	4,8%	100%

La **tabla 10.5** muestra cómo la media de las respuestas de los jefes de servicio se sitúa en el valor 2,505, siendo la escala Nada = 1 y Del todo = 5.

**Tabla 10.5 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 10.4**

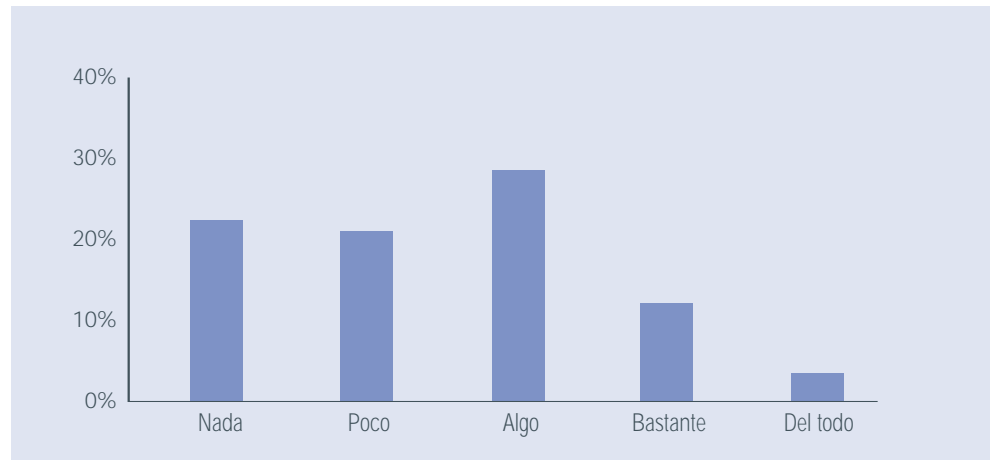
	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
¿Hasta qué punto está de acuerdo con los programas de formación continuada que ofrece el hospital?	103	5	2,505	3	3	1,171

El **gráfico 10.4** presenta la distribución de las respuestas de los encuestados. En él se aprecia cómo la mayoría los jefes de servicio no están de acuerdo con los programas de formación continuada que ofrece su propio centro.

#### Pregunta 10.4

¿Hasta qué punto está de acuerdo con los programas de formación continuada que ofrece el hospital?

**Gráfico 10.4 Representación del grado en que los jefes de servicio están de acuerdo con los programas de formación continuada que ofrece el hospital**



● **Pregunta 10.5**

Si está poco o nada de acuerdo, indique las necesidades de formación continuada que a su juicio debería ofrecer el hospital.

En esta pregunta se solicitaba a los jefes de servicio que indicaran aquellas necesidades de formación continuada que, a su entender, el centro en el que trabajan debería cubrir. La **tabla 10.6**, presentada a continuación, contiene las respuestas íntegras ofrecidas por los jefes de servicio encuestados.



**Tabla 10.6 Necesidades de formación continuada que el hospital debería ofrecer para el personal, según los jefes de servicio que no están de acuerdo con los programas de formación continuada que ofrece su hospital**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Tipo de formación	Tipo de formación	Tipo de formación
1	Análisis Clínicos	MA	Formación continuada personal de enfermería y formación continuada al personal de gestión	
2	Cardiología	MA	Incrementar programas de educación continuada para enfermería, especializados enfermería/médicos y también de gestión clínica	
3	Cardiología	AN	Funciones clínicas de tu servicio: programas de formación diferentes niveles / servicios, programa de reciclaje externo	
4	Cardiología	AN	Organizar reuniones con expertos	Ofrecer cursos de formación continuada
5	Cardiología	AR	Gestión y mejora de la calidad	Relaciones personales con los pacientes
6	Cardiología	CM	Mejorar docencia en los ATS	
7	Cardiología	MA	Incentivar la preparación en nuevas tecnologías	Cursos de formación al personal que se incorpora
8	Cardiología	VA	Medir déficit y medir la mejora	Formar en técnicas o procesos
9	Cardiología	AS	Cursos programados	Clases de gestión e informática
10	Cardiología	VA	Programas de todas las secciones del servicio	Aspectos básicos de las técnicas
11	Cardiología	GA	Prácticamente inexistente	Contenidos insuficientes, no flexibles
12	Cardiología	MA	Inglés	Gestión clínica
13	Cirugía	CA	Intercambios con otros centros	
				Incentivar asistencia a congresos
				Investigación/ofimática/Inglés
				Reciclaje de conocimientos al personal adscrito
				Inglés
				Idioma inglés

**Tabla 10.6 Necesidades de formación continuada que el hospital debería ofrecer para el personal, según los jefes de servicio que no están de acuerdo con los programas de formación continuada que ofrece su hospital (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Tipo de formación	Tipo de formación	Tipo de formación
14	Cirugía Torácica MU	La formación continuada de los facultativos especialistas no radica en el hospital	El hospital puede ofrecer formación continuada a personal sanitario no facultativo o no sanitario para sus procesos específicos	
15	Farmacia Hospitalaria MA	Cursos básicos teórico-prácticos sobre nuestra actividad concreta	Cursos teórico-prácticos sobre las nuevas técnicas puestas en marcha	Cursos de reciclaje sobre nuestra actividad concreta
16	Farmacia Hospitalaria LR	Comunicación personal y grupal	Equipos de trabajo ¿cómo mejorar el rendimiento?	Mejora continua de la calidad
17	Ginecología y Obstetricia -	Protocolizar periódicamente cursos de formación continuada obligatorios para personal médico y enfermería	Evaluación periódica del resultado de estos cursos	
18	Medicina Intensiva VA	Ofrecer bolsas /becas para estudios concretos	Evitar en lo posible por regulaciones legales el impacto del marketing de las casas comerciales	Subsidiar las incentivaciones propuestas por el jefe de servicio
19	Medicina Intensiva IC	Reciclaje en otros centros en horario laboral		
20	Medicina Intensiva AN	Gestión clínica por procesos	Mapa de procesos asistenciales	Trabajo en red
21	Microbiología VA	Actividades relacionadas con su trabajo habitual	Actividades que mejoren su relación con otras áreas: I+D	Fomentar áreas de las personas que se manifiestan valiosas en algún aspecto concreto
22	Nefrología CA	Debería ser obligatoria la asistencia a sesiones clínicas	Difusión de nuevas	Acceso a bibliografía

**Tabla 10.6 Necesidades de formación continuada que el hospital debería ofrecer para el personal, según los jefes de servicio que no están de acuerdo con los programas de formación continuada que ofrece su hospital (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Tipo de formación	Tipo de formación	Tipo de formación
23	Nefrología VA	Potenciar sesiones generales del hospital	Facilitar intercambio con otros hospitales nacionales o extranjeros	
24	Nefrología PV	Asistencia a reuniones, congresos...	Participación en programas de investigación	
25	Nefrología AN	Información general sobre funcionamiento del hospital	Cursos generales de gestión	
26	Nefrología AN	Habilitar cursos	Incentivar reuniones científicas de calidad	
27	Nefrología EX	Cursillos nacionales	Cursillos internacionales	Charlas
28	Nefrología CA	Están muy ligados y son muy específicas de la especialidad en general, las facilita la industria y las sociedades científicas	El hospital debe facilitar a realización de las actividades	I
29	Neumología NA	Financiación económica	Días de permiso para formación	
30	Neumología MA	Facilidad de asistencia a reuniones científicas	Facilidad de asistencia en otros servicios	Soporte técnico y económico para publicaciones
31	Neurología AN	Debería existir un programa de formación continuada (que no existe)	Disponer de tiempo específico para formación y de presupuesto específico para formación	
32	Neurología CA	Los programas son insuficientes		
33	Neurología GA	Formación técnica específica	Formación teórica (avances)	Formación básica (Formación continuada)
34	Neurología CA	La formación es general y sin objetivos	No se valora para quién, cómo y de qué modo debe realizarse	
35	Neurología MA	Formación para investigación	Formación en MBE	Formación en comunicación con pacientes, con gestores

**Tabla 10.6 Necesidades de formación continuada que el hospital debería ofrecer para el personal, según los jefes de servicio que no están de acuerdo con los programas de formación continuada que ofrece su hospital (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Tipo de formación	Tipo de formación	Tipo de formación
36	Neurología AR	Programas de formación para la gestión	Facilitar estancias para aprendizaje de técnicas	
37	Neurología AN	Claramente se debería disponer de un % del tiempo	Debería haber un organismo intrahospitalario encargado y coordinador	Existir un plan de formación consensuado para el hospital y por servicios
38	Oncología IMA	El hospital no muestra preocupación por los profesionales	Sólo tiene criterios / objetivos asistenciales	Sólo se ocupa de valorar listas de espera y proporcionar apoyo a los que más lista tienen
39	Oncología VA	El hospital no ofrece ninguno, el que existe es de mi servicio		
40	Psicogeriatría CA	Son necesidades globales de la administración, hay que individualizarlo		
41	Psiquiatría AN	Programas específicos: trastornos bipolares, tercera edad y trastornos cognitivos		
42	Psiquiatría AS	Habilidades concretas		
43	Psiquiatría AR	Hoy por hoy, no ofrece cursos	El personal se forma por su cuenta en áreas que son de su interés	Facilitan los días de acceso a cursos hasta 8/año y la jefatura de servicios valora la conveniencia
44	Psiquiatría PV	Formación en calidad	Formación en técnicas específicas	
45	Psiquiatría IC	Gestión de servicios	Atención a la cronicidad	Actualización terapéutica
46	Psiquiatría CA	Metodología científica	Capacitación específica	Trabajo en grupo en área
47	Psiquiatría CA	Actualización en intervenciones psiquiátricas		

**Tabla 10.6 Necesidades de formación continuada que el hospital debería ofrecer para el personal, según los jefes de servicio que no están de acuerdo con los programas de formación continuada que ofrece su hospital (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Tipo de formación	Tipo de formación	Tipo de formación
48	Psiquiatría CL	Conferencias	Cursos programados	Incentivación
49	Psiquiatría MA	Basado en necesidades reales de los profesionales	Proporcionado por conocedores reales del tema	Eminentemente prácticas
50	Enfermedades Infecciosas AN	Financiación de cursos y congresos	Periodos mayores de 7 días	Incentivación económica o no de la formación
51	Urología GA	Los programas de formación continuada dependen únicamente de nuestro presupuesto	Debería poder ofrecer estancias pagadas para adquisición de nuevas técnicas	Sufragar costes de congresos si se presentan comunicaciones
52	Urología VA	No existe plan de formación continuada	Cursos, seminarios, formación en otros centros	
53	Urología MA	Cursos propios, financiación para la formación continuada y validación de estándares de calidad		
54	Urología AS	Viajes de formación a centros de referencia	Quirófano de experimentación	Organizar eventos dentro del hospital que estimulen mejorar el nivel científico
55	Urología CL	Incentivar asistencia y participación cursos	Potenciar formación en nuevas tecnologías	Permitir rotatorio periódico en otras instituciones para perfeccionamiento
56	Urología CL	Benchmarking		
57	Urología -	Facilitar permanencia,	Facilitar acceso a personal técnico para formación (epidemiólogos...)	
58	Urología -	Financiación de cursos de forma objetiva	Adaptación de los cursos a las distintas especialidades	Flexibilidad laboral para asistir

### ● **Pregunta 10.6**

¿Existe algún mecanismo de validación del impacto objetivo de los programas de formación y la capacitación profesional?

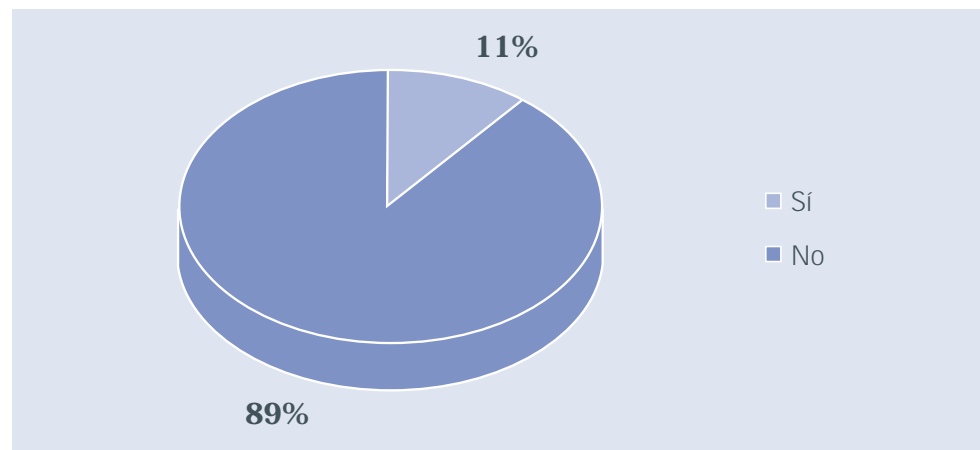
La **tabla 10.7** presenta las respuestas relativas a la evaluación que realiza el servicio sobre la formación recibida por el personal. Así, casi el 90% de los encuestados afirman que en su servicio no existe un mecanismo de validación de los efectos que generan los programas de formación del personal.

**Tabla 10.7 Número de jefes de servicio que indican que existe un mecanismo de validación del impacto objetivo de los programas de formación y la capacitación profesional**

	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Existe algún mecanismo de validación del impacto objetivo de los programas de formación y la capacitación profesional?	11	10,5%	94	89,5%	105

El **gráfico 10.5** presenta la información, de forma visual, en relación con la evaluación de la formación continuada que el personal recibe.

**Gráfico 10.5 Representación de la proporción de jefes de servicio que indican que existe algún mecanismo de validación del impacto objetivo de los programas de formación y capacitación profesional**



### ● **Pregunta 10.7**

¿Cuánto tiempo en promedio, y para los facultativos, cree que se debe destinar al mes en formación continuada?

En esta sección se agrupan las opiniones de los encuestados respecto a la dedicación que el personal facultativo debería destinar a la formación continuada. Como la pregunta era abierta y las respuestas de los clínicos se han extendido en un rango amplio -un mínimo de 1 hora y un máximo de 78,7 horas al mes- se ha optado por cambiar el formato de presentación de las respuestas. Así, en primer lugar, se muestra un resumen de los estadísticos del conjunto de las respuestas y, en segundo lugar, se muestra un histograma que presenta, de forma reducida, la distribución completa de las respuestas.

La mayoría de las respuestas de los jefes de servicio se presentaba en número de horas al mes. Aquellas respuestas que se medían en días o porcentajes de la jornada han sido convertidas en número de horas al mes, computando una jornada mínima de 8 horas diarias y 40 horas semanales.

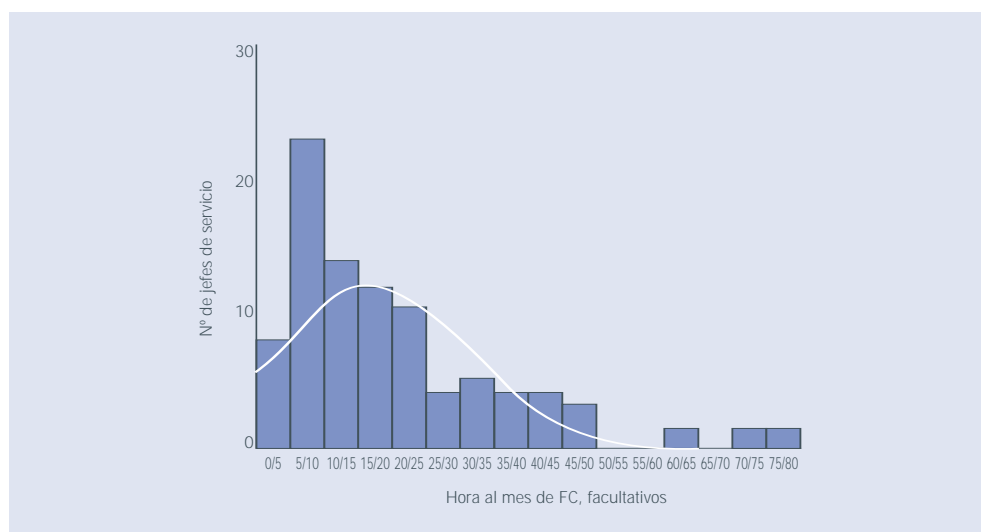
La **tabla 10.8** muestra que el tiempo que, por término medio, los facultativos deberían dedicar a la formación es de 18 horas/mes. Si, en lugar de tomar como referente la media se toma la mediana, que diluye la dispersión de las respuestas, se aprecia que los encuestados creen que el personal facultativo debería dedicar unas 16 horas, es decir, dos días al mes.

**Tabla 10.8 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 10.7**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Horas al mes de formación continuada para facultativos	91	17	18,684	16	8	15,081	1	78,75

El **gráfico 10.6** nos presenta un histograma con la distribución de las respuestas de los jefes de servicio. Como puede apreciarse, un grupo mayoritario de los encuestados considera que los facultativos deberían dedicar entre 5% y el 20% de su tiempo. El gráfico permite ver cómo algunos jefes de servicio creen que su personal facultativo debería dedicar más de 60 horas al mes, es decir, más de una semana al mes.

**Gráfico 10.6 Representación del número de horas de formación continuada que el personal facultativo debería dedicar al mes, según los jefes de servicio**



Esta sección presenta las respuestas de los clínicos a una pregunta similar a la incluida en el apartado anterior, pero referida, en esta ocasión, al personal de enfermería. La **tabla 10.9** presenta los estadísticos de estas repuestas. Como se puede apreciar, las horas en promedio se sitúan en 15,17 horas al mes, pero la mediana es únicamente de 9 horas. Esto se debe a que algunos encuestados han respondido de forma claramente diferenciada del conjunto de la muestra.

**Tabla 10.9 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 10.8**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Horas al mes de formación continuada para enfermería	85	23	15,171	9	8	13,334	2	78,75

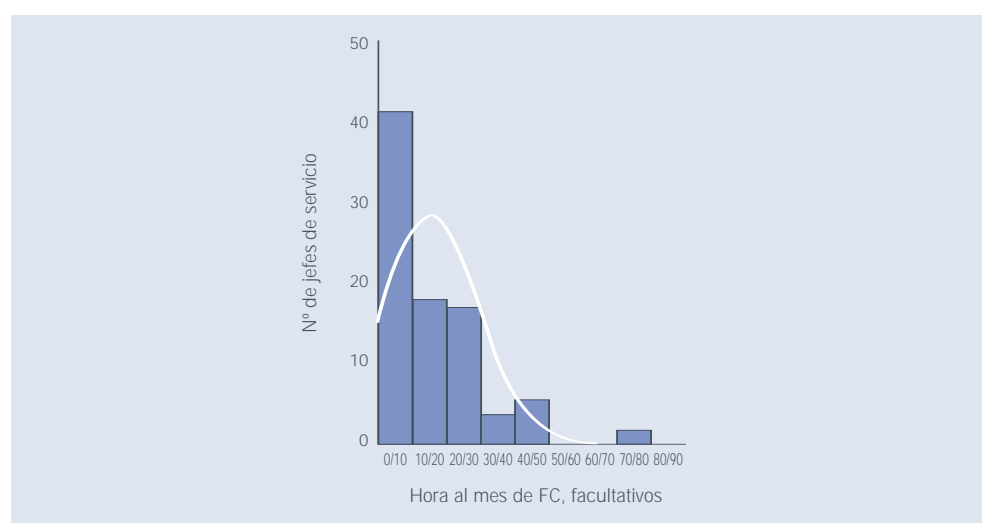
**Pregunta 10.8**

¿Cuánto tiempo al mes, y en promedio, estima que debe asignarse al personal de enfermería?



En el caso del personal de enfermería, al igual que con el personal facultativo, se aprecia cómo la distribución de las respuestas también se concentra en los rangos bajos de las respuestas que van de 0 a 10 horas al mes, **gráfico 10.7**. Respecto a las respuestas, y a diferencia de la distribución del tiempo de formación continuada para el personal de enfermería, un único jefe de servicio responde de manera claramente diferenciada del resto de los encuestados, mencionando que el personal de enfermería debería dedicar más de 70 horas al mes a formación, que significan casi dos semanas.

**Gráfico 10.7 Representación del número de horas de formación continuada que el personal de enfermería debería dedicar al mes, según los jefes de servicio**



**Pregunta 10.9**

Por el reparto asignado de funciones, ¿estima que el acceso a la formación continuada es equitativo?

En la **tabla 10.10** se puede ver cómo, de nuevo, una mayoría de jefes de servicio, el 58,5% de los encuestados, no estima que el acceso a la formación continuada en su servicio se produzca de forma equitativa de acuerdo al reparto asignado de funciones. Solamente algo más del 41% de los clínicos entrevistados entiende como equitativo ese acceso a la formación continuada.

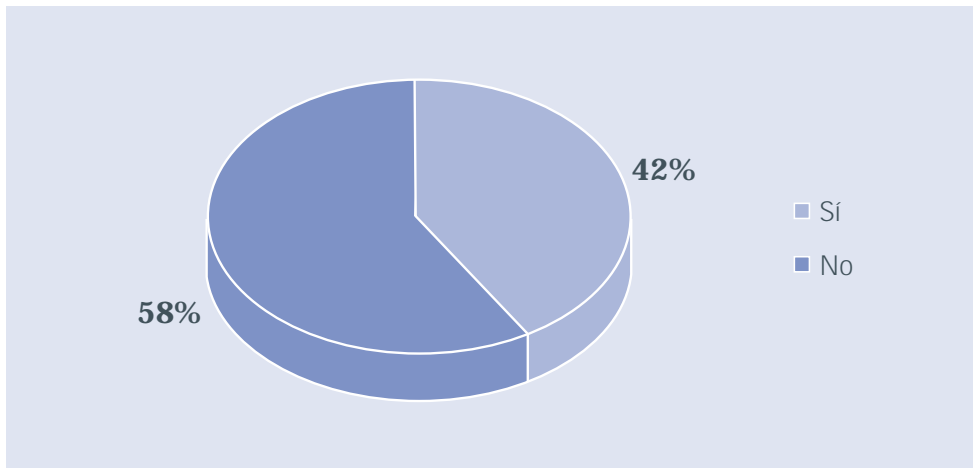
**Tabla 10.10 Número de jefes de servicio que estiman que el acceso a la formación continuada es equitativo**

	Sí		No		Total N
	N	%	N	%	
Por el reparto asignado de funciones, ¿estimas que el acceso a la formación continuada es equitativo?	39	41,5%	55	58,5%	94



La información presentada en la tabla anterior puede ser observada en el diagrama de sectores que se presenta a continuación, **gráfico 10.8**.

**Gráfico 10.8 Representación de la proporción de jefes de servicio que estiman que el acceso a la formación continuada es equitativo**



La **tabla 10.11** muestra cómo los encuestados apuntan que en sus servicios, normalmente, no hay un orden preestablecido de acceso a la formación. Así lo indican el 68% de ellos. Mientras tanto, el 31% de los responsables señala que ese orden sí opera en sus servicios.

**Tabla 10.11 Número de jefes de servicio que indican que está establecido un orden de acceso a la formación continuada**

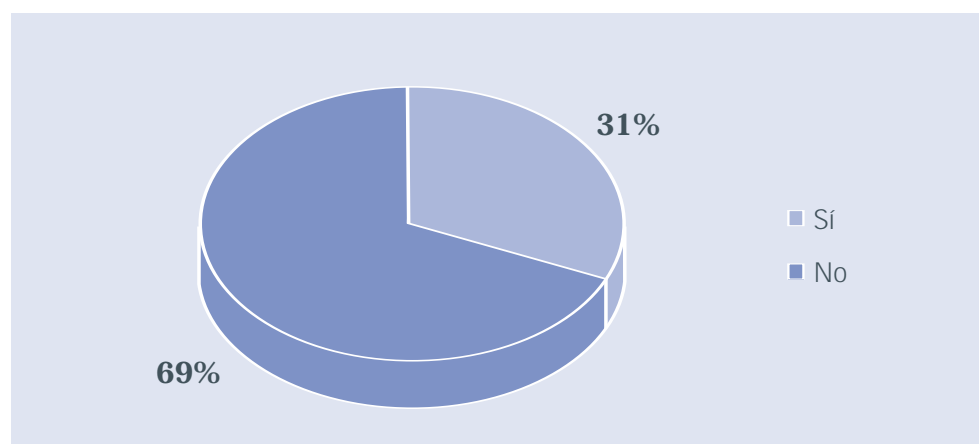
	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿Está establecido un orden de acceso a la formación continuada?	32	31,4%	70	68,6%	102

**Pregunta 10.10**

¿Está establecido un orden de acceso a la formación continuada?

El **gráfico 10.9** muestra cómo un porcentaje superior al 30% de los jefes de servicio entrevistados indica que no hay establecido ningún orden de acceso a la formación continuada.

**Gráfico 10.9 Representación de la proporción de jefes de servicio que indican que está establecido un orden de acceso a la información continuada**



### ● Pregunta 10.11

En caso negativo, indique las razones.

La **tabla 10.12** reproduce las respuestas íntegras de los jefes de servicio a la pregunta abierta sobre las razones por las que no está establecido un orden de acceso a la formación continuada.

**Tabla 10.12 Razones por las que no está establecido un orden de acceso a la formación continuada**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Razones
1	Cardiología CM	Está basado en iniciativa personal y no en política general que valore la necesidad para la persona / servicio
2	Cardiología MA	Existencia de una cultura en la que se ha dejado siempre al criterio de los facultativos
3	Cardiología AN	No existe un plan de formación continuada
4	Cardiología IC	No hay orden establecido, pero se intenta facilitar a todo el personal que lo solicita
5	Cardiología AR	Apenas existe la formación continuada
6	Cardiología MA	No existe promoción, ni publicidad, ni obligatoriedad, tan sólo recae sobre los intereses personales. Alto nivel de funcionariado
7	Cardiología VA	Es voluntario, la gente que puede
8	Cardiología VA	Lo desconozco
9	Cirugía IC	Porque la formación de calidad es una asignatura pendiente para la organización
10	Cirugía CA	No hay un plan, depende de las apetencias y/o tendencias asistenciales de cada profesional
11	Farmacia Hospitalaria MA	No hay formación continuada salvo la que a duras penas y aprovechando temporadas de menos actividad proporcionamos los facultativos al personal auxiliar

**Tabla 10.12 Razones por las que no está establecido un orden de acceso a la formación continuada (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Razones
12	Farmacia Hospitalaria CA	No sabe si está establecido ningún orden
13	Ginecología y Obstetricia -	No existe como tal la formación continuada. Sólo en casos excepcionales y por iniciativas personales
14	Medicina Intensiva VA	Deficiente organización y programación de cursos promovidos sin asesoramiento de los distintos jefes de servicio
15	Medicina Intensiva -	En muchos casos justificado, en otros no
16	Medicina Intensiva IC	No existe programa de formación continuada
17	Microbiología VA	No existe ninguna organización en este tema
18	Nefrología CA	Se deja a la disponibilidad y voluntad individual
19	Nefrología CM	Depende del tipo de curso y de la orientación del tema que se trata de un determinado facultativo
20	Nefrología VA	La solicitud de formación es inferior por parte de enfermería, quizás porque tampoco está motivada ni se le proporciona igual medios que al personal facultativo
21	Nefrología PV	No creo que esté ni pensado. Debería de planificarse por servicios, áreas y responsables
22	Nefrología AN	La oferta es mayor que la demanda
23	Nefrología AN	Hay un orden establecido para algunas actividades de formación
24	Nefrología AN	No hay ningún sistema de formación continuada
25	Nefrología EX	No hay
26	Neurología AN	No hay un programa de formación continuada
27	Neurología CA	Los hospitales están más preocupados por la productividad que por la calidad
28	Neurología CA	El programa de formación continuada es irregular. La participación en el programa es voluntaria y relacionada con la disponibilidad laboral del momento
29	Neurología GA	No existe
30	Neurología CA	No tenemos establecido un sistema de formación, actualmente es muy personal
31	Neurología MA	No se ha planteado
32	Neurología VA	Puesto de trabajo con horario que dificulta asistencia a actividades docentes programadas
33	Neurología AR	En función de la oferta
34	Psicogeriatría CA	De momento, es demasiado subjetivo
35	Psiquiatría AS	Falta de interés de las actuaciones para profesionales con más calificación
36	Psiquiatría PV	En función de la demanda personal
37	Psiquiatría IC	El acceso está subordinado a los imperativos asistenciales

**Tabla 10.12 Razones por las que no está establecido un orden de acceso a la formación continuada (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Razones
38	Psiquiatría CA	No se ha contemplado
39	Psiquiatría CA	No está contemplada la formación continuada
40	Psiquiatría CL	Falta de interés. Selección del personal inadecuado
41	Psiquiatría MA	Admisión a cursos ajenos al servicio
42	Urología GA	Decido qué necesidades nuevas creadas requieren formación que no poseemos
43	Urología VA	No existe formación continuada reglada
44	Urología VA	Las necesidades individuales de formación suelen estar por debajo de las posibilidades
45	Urología MA	Todos los facultativos tienen acceso, si quieren, a dicha formación
46	Urología AS	No existe ningún programa actualmente en el hospital
47	Urología CL	No existe programa de atención continuada
48	Urología AN	No se sabe
49	Urología -	No es apreciado como una novedad
50	Urología -	Se desconocen las necesidades de los individuos

**Pregunta 10.12**

¿Cuánto tiempo, en porcentaje del tiempo total, destina en promedio el personal facultativo de su servicio a la docencia e investigación?

Este apartado expone la primera de las tres referencias hechas a la docencia e investigación en el cuestionario. Las respuestas a la primera de estas preguntas son presentadas en un formato distinto. Se trata de preguntas con una respuesta numérica. Su representación resulta más comprensible a través de la presentación de un resumen de indicadores estadísticos de las respuestas, acompañado por un gráfico que presenta visualmente la distribución de las respuestas.

De este modo, la **tabla 10.13** presenta, según los encuestados, cómo el personal facultativo de su servicio dedica un porcentaje medio del 12% a las dos tareas combinadas: docencia e investigación.

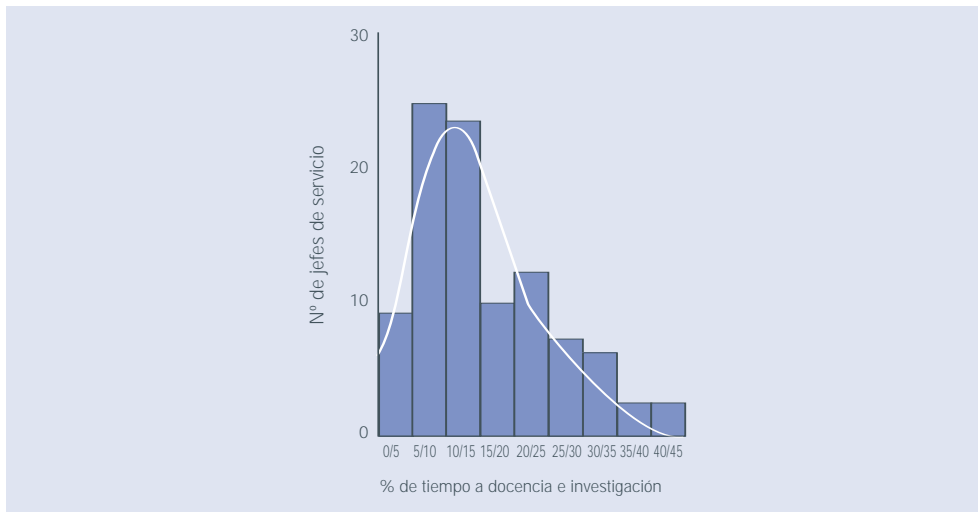
**Tabla 10.13 Estadísticos de las respuestas a la pregunta 10.12**

	N	NS/NC	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
¿Cuánto tiempo, en % del tiempo total, destina en promedio el personal facultativo de tu servicio a la docencia e investigación?	87	21	12,175	10	5	8,594	0	40

La distribución de las respuestas de los jefes de servicio puede apreciarse en el **gráfico 10.10**. Un grupo mayoritario indica que el personal facultativo de su servicio dedica entre un 5 y un 15% de su tiempo a la docencia y a la investigación. Un grupo considerable de los encuestados, por el contrario, indica que los facultativos de su unidad dedican entre el 15% y el 30% de su tiempo. El histograma permite apreciar cómo en ciertos servicios la actividad docente y científica es muy relevante,

ya que sus facultativos dedican a actividades académicas y científicas entre un 35% y un 40% de su tiempo.

**Gráfico 10.10 Representación del porcentaje de tiempo que los facultativos del servicio dedican a la docencia y a la investigación, según los jefes de servicio**



Como se observa en la **tabla 10.14**, enseñar e investigar no es considerado un privilegio, en la mayoría de los servicios de los encuestados -así lo indican el 68,6% de los encuestados-. Pese a ello, un 31% considera que sí se trata de un privilegio reservado a ciertos facultativos.

**Tabla 10.14 Jefes de servicio que indican que el acceso a la docencia y a la investigación es privilegio de un grupo determinado de facultativos**

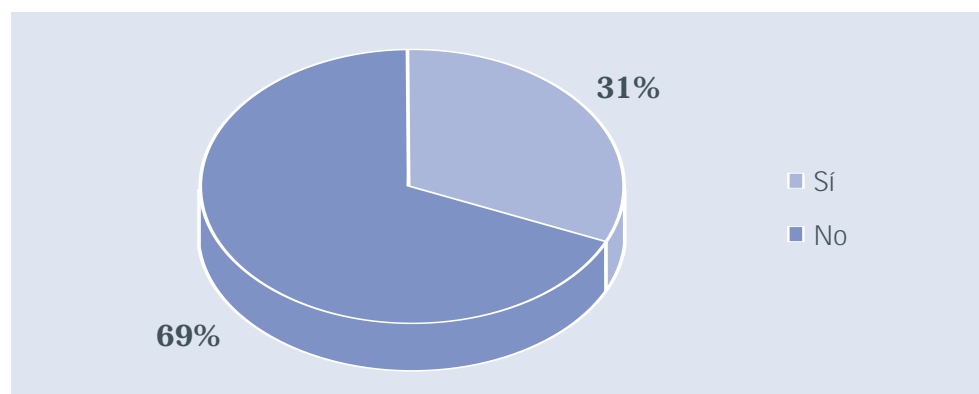
	Sí		No		Total
	N	%	N	%	N
¿El acceso a la docencia e investigación es privilegio de un grupo determinado de facultativos?	33	31,4%	72	68,6%	105

El **gráfico 10.11**, muestra cómo se distribuyen las respuestas de los encuestados respecto al acceso a la docencia e investigación en un diagrama de sectores.

**Pregunta 10.13**

¿El acceso a la docencia e investigación es privilegio de un grupo determinado de facultativos? En caso afirmativo, indique los motivos.

**Gráfico 10.11 Representación de la proporción de jefes de servicio que indican que está establecido un orden de acceso a la información continuada**



La **tabla 10.15** presenta las respuestas íntegras de los jefes de servicio a una pregunta abierta del cuestionario. En ella se pedía a los jefes de servicio que indicaran los motivos por los que consideran que el acceso a la docencia e investigación es un privilegio de un grupo determinado de facultativos.

**Tabla 10.15 Motivos por que los jefes de servicio consideran que el acceso a la docencia e investigación es privilegio de un grupo determinado de facultativos**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Motivos expuestos por el encuestado
1	Cardiología CM	No es privilegio exactamente, lo realizan aquellos que realmente están interesados y dedican tiempo extra al mismo, dado que mantienen la misma actividad asistencial
2	Cardiología MA	Interés, situación académica de los diferentes facultativos, puesto que desempeñan y falta de exigencia real
3	Cardiología GA	No todos están interesados por igual
4	Cardiología AR	Sólo son docentes e investigan los más motivados, ya que lo hacen sin incentivo alguno.
5	Cardiología MA	Edad avanzada en un porcentaje del personal. Gran presión asistencial que recae sobre el grupo más joven y disminuye la posibilidad de acceso a cursos y trabajos de investigación
6	Cardiología AS	Hay profesores universitarios
7	Cardiología VA	4 de los 14 facultativos son profesores universitarios
8	Cardiología AN	Facultad de medicina
9	Cirugía Torácica MU	Depende primero de motivos personales, que le guste la docencia o investigar y luego que le acepte el grupo que tiene los recursos de investigación
10	Enfermedades Infecciosas AN	Reparto irregular en el hospital de las cargas asistenciales
11	Farmacia Hospitalaria LR	Preferencia con plaza en propiedad en la institución
12	Medicina Intensiva VA	Motivos socio-políticos. De grupos con poder decisorio y de poderes fácticos. Otros

**Tabla 10.15 Motivos por que los jefes de servicio consideran que el acceso a la docencia e investigación es privilegio de un grupo determinado de facultativos (Cont.)**

Jefe de servicio	Especialidad y Comunidad Autónoma del encuestado	Motivos expuestos por el encuestado
13	Medicina Intensiva IC	Tiempo para hacerlo
14	Nefrología CA	Hay muchas diferencias en las disponibilidades humanas
15	Nefrología VA	Todo el personal facultativo participa de la docencia de post y pregrado
16	Nefrología PV	El sistema dedica muy pocos recursos a investigar y no recurre a la docencia extra-universitaria. Siempre recae la investigación en los "listos" y amigos del sistema, aunque no vean a los enfermos
17	Nefrología NA	Depende de la presión asistencial, del número de facultativos del servicio y de su motivación
18	Nefrología CL	Conocimientos técnicos estadísticos
19	Nefrología AN	Los servicios bien dotados de personal pueden dedicar más tiempo a investigación que los mal dotados, en los cuales prácticamente se dedica todo el tiempo a la asistencia
20	Nefrología EX	Están de profesor asociado
21	Neumología IC	Puedo no haber entendido la formulación de la cuestión ya que privilegio se puede interpretar en doble vertiente. Si se refiere a uno no ganado por el esfuerzo y sacrificio, creo que es absolutamente
22	Neumología CA	La enseñanza de pregraduados está reservada casi exclusivamente a los cargos vinculados con la universidad (catedráticos, profesores titulares y profesores asociados)
23	Neurología MA	Al resto no les interesa
24	Neurología AN	Hay algunos miembros del servicio que son profesores asociados en la facultad de medicina y dan docencia pre grado y otros no
25	- AN	Formación deficiente. Falta de estímulos. Sobrecarga asistencial excesiva
26	Psiquiatría AN	Por los intereses personales de ellos, yo lo único que hago es apoyar e intentar que lo que no hacen, lo hagan
27	Psiquiatría CL	No está incentivada ni estimulada, la formación
28	Psiquiatría MA	La presión asistencial de los dispositivos comunitarios dificulta o claramente impide la investigación. La docencia únicamente es incentivada en ámbito hospitalario, siendo en el comunitario absolutamente una sobrecarga para el clínico sin incentivo
29	Urología IC	La mayoría no desea participar
30	Urología MA	Sólo tenemos 3 personas en actividad docente universitaria. Ahora bien, la docencia a los MIR es asumida por toda la plantilla
31	Urología AS	Servicios que tienen más plantilla y menor sobrecarga asistencial
32	Urología -	No todos los servicios están igualmente dotados y, por tanto, es diferente la carga asistencial
33	Urología AN	Depende de su interés y grado de formación para la docencia e investigación





# 3. RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO





### 3. RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA PERCEPCIÓN DE LOS JEFES DE SERVICIO SOBRE SU FUNCIÓN DIRECTIVA

Esta segunda parte del informe sobre la función directiva de los jefes de servicio en España constituye en si misma la culminación del proyecto de investigación de la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica. En ella se presentan los aspectos más relevantes que el análisis y contraste estadístico han permitido destacar de las respuestas descritas en el apartado anterior.

Se ha realizado un estudio más detallado de las respuestas de esos jefes de servicio encuestados en aquellas preguntas que permiten un análisis estadístico directo. Con este análisis se han identificado relaciones entre las distintas facetas de la función directiva del grupo jefes de servicio encuestado. La identificación de estas relaciones ayuda a vislumbrar aspectos desconocidos que permitirán acotar campos de investigación que deberán ser desarrollados en futuras investigaciones, dadas las limitaciones muestrales y poblacionales del proyecto actual, que han sido ya mencionadas en la descripción del proyecto de investigación.

A continuación se presentan los aspectos más relevantes identificados en el análisis estadístico de las respuestas. Para ello, esta sección sigue el mismo orden de presentación del cuestionario aunque únicamente se recogen aquellas preguntas que han ofrecido resultados relevantes desde un punto de vista estadístico. Los resultados obtenidos para cada pregunta se presentan resumidos y comentados destacando que tipo de relación se establece entre las respuestas del conjunto de encuestados y los aspectos que les caracterizan como grupo, es decir las variables independientes.





## 3.1 ANÁLISIS DEL SERVICIO





### 3.1 ANÁLISIS DEL SERVICIO

El contraste estadístico confirma una relación significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que disponen de una descripción de su trabajo donde aparecen responsabilidades y deberes y los perfiles de jefe de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio.

- La **tabla 1.1** confirma que entre los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” es mayor el porcentaje que cuenta con una descripción de responsabilidades y deberes en su puesto de trabajo, en comparación con el porcentaje entre los jefes de servicio de los demás perfiles.

#### Pregunta 1.1 ●

¿Tiene una descripción de su trabajo en la que aparezcan deberes y responsabilidades?

**Tabla 1.1** Tabla de contingencia

¿Tienes una descripción de tu trabajo en que aparezcan deberes y responsabilidades?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	15	9	24
		%	62,50%	37,50%	100%
	Clínico	N	20	9	29
		%	68,97%	31,03%	100%
	Investigadores y Docentes	N	6	11	17
		%	35,29%	64,71%	100%
Exclusivamente clínico	N	21	8	29	
	%	72,41%	27,59%	100%	
Total	N	62	37	99	
	%	62,63%	37,37%	100%	

El análisis estadístico confirma una relación significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que disponen de una descripción de su trabajo, donde aparecen responsabilidades y deberes, y los grupos de jefes de servicio según su comunidad autónoma.

- La **tabla 1.2** confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas cuyas competencias de sanidad fueron transferidas después de 1994 cuentan con un mayor porcentaje de jefes que “no” tienen una descripción de deberes y responsabilidades de su trabajo, en comparación con los jefes des servicio de las demás comunidades autónomas.

**Tabla 1.2** Tabla de contingencia

¿Tienes una descripción de tu trabajo en que aparezcan deberes y responsabilidades?

			No	Sí	Total
Transferidas después de 1994	N	28	8	36	
	%	77,78%	22,22%	100%	
Transferidas antes de 1994	N	38	30	68	
	%	55,88%	44,12%	100%	
Total	N	66	38	104	
	%	63,47%	36,53%	100%	

\*Chi-Pearson 5.294 (sig<0.05); V de Cramer 0,236



● **Pregunta 1.2**

¿Realiza la organización de forma rutinaria un control de gestión de su servicio? (Sí/No)

No se ha podido confirmar estadísticamente la existencia de una relación entre el porcentaje de jefes de servicio que considera que la organización de su centro realiza, de forma rutinaria, un control de gestión su servicio y los perfiles de encuestados según su patrón actividad al frente del servicio.

- Sin embargo, en la tabla de contingencia se intuye existencia de una relación que debido al reducido número de encuestados y el patrón de respuestas no puede verificarse estadísticamente.
- La **tabla 1.3** muestra que el porcentaje de jefes de servicio de perfil “gestor” que considera que la organización realiza de forma rutinaria un control de gestión de su servicio es mayor que en el caso de los demás perfiles de jefes de servicio.

**Tabla 1.3** Tabla de contingencia

¿Realiza la organización de forma rutinaria un control de gestión de tu servicio?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	3	22	25
		%	12,00%	88,00%	100%
	Clínico	N	10	19	29
		%	34,50%	65,50%	100%
	Investigadores y Docentes	N	4	13	17
		%	23,50%	76,50%	100%
	Exclusivamente clínico	N	9	22	31
		%	29,00%	71,00%	100%
Total	N	26	76	102	
	%	25,50%	74,50%	100%	

El contraste estadístico no ha confirmado la relación entre el porcentaje de jefes de servicio que considera que la organización de su centro realiza, de forma rutinaria, un control de gestión en su servicio y los grupos de encuestados según el tipo de servicio que dirigen.

- Sin embargo la **tabla 1.4** permite intuir una relación entre las respuestas que, debido al reducido número de encuestados, no puede verificarse estadísticamente.
- La misma **tabla 1.4** muestra como los jefes de “servicios de salud mental” responden de forma diferente a los demás grupos de jefes de servicio: los jefes de servicio de salud mental se dividen en dos entre aquellos que consideran que la organización realiza un control de gestión rutinario de su servicio y aquellos que no lo creen así.



**Tabla 1.4 Tabla de contingencia**

¿Realiza la organización de forma rutinaria un control de gestión de tu servicio?

			No	Sí	Total
Grupos de jefes según el tipo de servicio	Servicios centrales y Apoyo	N	6	10	16
		%	37,50%	62,50%	100%
	Servicios Quirúrgicos	N	5	20	25
		%	20,00%	80,00%	100%
	Especialidades Clínicas	N	12	42	54
		%	22,20%	77,80%	100%
Servicios de Salud Mental	N	8	8	16	
	%	50,00%	50,00%	100%	
Total		N	31	80	111
		%	27,90%	72,10%	100%

Mediante el contraste estadístico no se ha confirmado la existencia de una relación entre el porcentaje de jefes de servicio que considera que la organización de su centro realiza, de forma rutinaria, un control de gestión su servicio y los grupos de encuestados según el tipo de centro donde trabajan.

- De nuevo, la **tabla 1.5** permite intuir una relación que debido al reducido número de encuestados el patrón de respuestas no puede ser confirmada.
- La misma **tabla 1.5** muestra como los jefes de servicio de “centros privados” responden de forma diferente a los demás grupos de jefes de servicio. Un mayor porcentaje de estos jefes de servicio considera que la organización no realiza un control de gestión rutinario de su servicio, en comparación con los otros grupos de encuestados.

**Tabla 1.5 Tabla de contingencia**

¿Realiza la organización de forma rutinaria un control de gestión de tu servicio?

			No	Sí	Total
Grupos de jefes de servicio según el tipo de centro	Centros públicos pequeños	N	2	13	15
		%	13,30%	86,70%	100%
	Centros públicos medianos	N	8	26	34
		%	23,50%	76,50%	100%
	Grandes centros públicos	N	13	29	42
		%	31,00%	69,00%	100%
Centros privados	N	6	9	15	
	%	40,00%	60,00%	100%	
Total		N	29	77	106
		%	27,40%	72,60%	100%

### ● Pregunta 1.3

En caso de que se realice un control de gestión del servicio ¿cada cuánto tiempo?

- 1 vez al mes,
- 1 vez al trimestre,
- 1 vez al semestre,
- 1 vez al año)

Dado que la respuesta “una vez al semestre” ha sido señalada por dos encuestados se ha optado por dejarla fuera de este análisis aumentando la capacidad analítica de la herramienta estadística.

A pesar de ello, el contraste estadístico no ha confirmado la existencia de ninguna relación significativa entre la frecuencia con que la organización realiza un control de gestión del servicio de los encuestados y las características de los jefes de servicio estudiadas: comunidad autónoma, tipo y tamaño del centro, tipo de servicio, patrón de actividad al frente del servicio.

- Aunque no pueda considerarse una relación estadísticamente relevante, la **tabla 1.6** muestra como los jefes de servicio de perfil “clínico” revelan en sus respuestas un control diferenciado al de los otros encuestados. En comparación con los otros tres perfiles, un mayor porcentaje de los jefes de perfil “clínico” señala que el control de su servicio es “una vez al mes” o “una vez al trimestre”.

**Tabla 1.6** Tabla de contingencia

En caso afirmativo, ¿cada cuanto tiempo?

			1 vez al mes	1 vez al trimestre	1 vez al año	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	10	6	7	23
		%	43,50%	26,10%	30,40%	100%
	Clínico	N	12	6	3	21
		%	57,10%	28,60%	14,30%	100%
	Investigadores y docentes	N	5	2	5	12
		%	41,70%	16,70%	41,70%	100%
Exclusivamente clínico	N	9	7	8	24	
	%	37,50%	29,20%	33,30%	100%	
Total	N	36	21	23	80	
	%	45,00%	26,30%	28,80%	100%	

### ● Pregunta 1.4

¿En qué medida necesita consultar a su superior jerárquico decisiones del siguiente tipo antes de adoptarlas? (Escala de 1 “Nada” hasta 5 “Mucho”)

**Tabla 1.7** Respuesta a la pregunta 1.4

¿En qué medida necesitas consultar a tu superior jerárquico decisiones del siguiente tipo antes de adoptarlas?

Decisiones sobre:	Media	Desv. típica	N
Organización de RRHH	3,287	1,560	115
Organización asistencial	2,070	1,098	115
Provisión de material o equipo	3,861	1,115	115

El contraste estadístico confirma la relación según la cual el grado en que los encuestados señalan que necesitan consultar a su superior sobre la organización de los recursos humanos de su servicio es distinto en función del tipo de servicio que dirigen.

- La **tabla 1.7** confirma que el grado en que los jefes de “servicios de salud mental” consideran que necesitan consultar a sus superiores sobre la organización de los recursos humanos es mayor al que indican los jefes de “servicios quirúrgicos”.

**Tabla 1.8 ANOVA, resumen de estadísticos**

Necesitas consultar a tu superior sobre organización de los RRHH\*

Grupos de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
Servicios Centrales y Apoyo	3,14	1,23	14
Servicios Quirúrgicos	#2,57	1,62	23
Especialidades Clínicas	3,43	1,51	51
Servicios de Salud Mental	#3,94	1,39	16
Total	3,28	1,53	104

\*F =3,034 (sig. <0.05); #Diferencias significativas 'post hoc'.

**Tabla 1.9 Respuesta a la pregunta 1.5:**

¿Qué grado de impacto tienen en la organización de tu servicio?

Estamentos	Media	Desv. típica	N
El director médico	2,522	1,238	115
La dirección de enfermería	2,552	1,232	116
El conjunto de profesionales adscritos al servicio	3,530	1,029	115
Tu mismo	4,296	0,761	115
El conjunto de direcciones del centro	2,739	1,163	115

El análisis estadístico de las respuestas a esta pregunta en relación a las características de los jefes de servicio estudiadas, no ha confirmado ninguna relación estadística.

Por tanto no se puede confirmar que existan diferencias significativas en las respuestas de los jefes de servicio en función de su tipo de servicio, tipo de centro o perfil de actividad, de los encuestados.

- A pesar de ello, en la **tabla 1.10** se intuye una relación por la cual los jefes de servicio de perfil “gestor” consideran que el impacto del Director Médico en la organización de su servicio es menor al indicado por los demás perfiles de jefes de servicio.
- Además, los jefes de perfil “gestor” señalan que el impacto del conjunto de direcciones de la institución en la organización del servicio es también menor, en comparación con el grado apuntado por los encuestados de perfil “investigador y docente” y “exclusivamente clínico”.

### Pregunta 1.5

Teniendo en cuenta que se entiende por organizar: decidir el contenido y responsabilidades de los puestos de trabajo, asignar las personas a los puestos y priorizar la actividad, ¿qué grado de impacto tienen en la organización de tu servicio? (Escala de importancia de 1 “Nada” a 5 “Mucho”)

**Tabla 1.10 ANOVA, Resumen de estadísticos**

**Impacto en la organización del servicio de los siguientes agentes**

Agentes	Perfiles de jefes de servicio según patron de actividad	Media	Desviación típica	N
Director médico	Gestor	2,077	1,129	26
	Clínico	2,774	1,257	31
	Investigador y docente	2,882	1,269	17
	Exclusivamente clínico	2,594	1,292	32
	Total	2,566	1,258	106
El conjunto de direcciones de la institución	Gestor	2,500	1,140	26
	Clínico	2,733	1,112	30
	Investigador y docente	2,824	1,074	17
	Exclusivamente clínico	2,906	1,254	32
	Total	2,743	1,152	105

**Tabla 1.11 RESPUESTAS: a la pregunta 1.6**

**¿Hasta qué punto limitan tus iniciativas los siguientes factores?**

**Pregunta 1.6**

¿Hasta qué punto limitan sus iniciativas los siguientes factores? Grado de limitación de 1 "Nada" a 5 "Mucho":

	Media	Desv. típica	N
La actitud de tu jefe inmediato	2,813	1,078	112
La actitud de tus otros jefes de servicio	2,774	1,093	115
La actitud de los subordinados	3,165	0,954	115
La política y los procedimientos	3,330	1,118	112
La estructura y cultura de la organización sanitaria	3,722	0,987	115
Los condicionamientos legales	3,070	1,219	115
Los acuerdos sindicales	2,843	1,189	115
El escaso personal cualificado	2,983	1,235	115
La escasez de otros recursos	3,388	1,011	116
La dificultad de acceder a una tecnología adecuada	2,991	1,064	115
La incorrecta distribución de los espacios físicos	3,235	1,172	115
Las propias limitaciones del encuestado (habilidades, conocimiento, experiencia, actitudes)	2,560	0,954	116
La elevada carga asistencial	3,526	1,008	116
El presupuesto asignado	3,336	1,206	110

Esta detallada pregunta ha permitido identificar diversas relaciones estadísticamente significativas entre las respuestas de los encuestados y las variables independientes introducidas en el análisis.

El contraste estadístico confirma que existen diferencias relevantes en el grado en que los grupos de jefes de servicio, según el tipo de servicio que dirigen, consideran que el escaso personal cualificado y la dificultad para acceder a tecnología adecuada limitan sus iniciativas.

- La **tabla 1.12** confirma que los jefes de “servicios quirúrgicos” entienden que sus iniciativas se ven menos limitadas por el escaso personal cualificado, en comparación con el promedio de las respuestas de los jefes de servicio de “especialidades clínicas”.
- Asimismo la **tabla 1.12** también confirma que los jefes de “servicios centrales y de apoyo” entienden que la dificultad para acceder a tecnología adecuada es para ellos una limitación mayor en comparación con la limitación que supone a los jefes de “servicios de salud mental”.

**Tabla 1.12 ANOVA, Estadísticos descriptivos**

**¿Cuánto limitan tus iniciativas los siguientes factores?**

Factores	Grupos de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
El escaso personal cualificado (F = 3.176)*	Servicios Centrales y Apoyo	3,214	1,311	14
	Servicios Quirúrgicos	#2,348	1,112	23
	Especialidades Clínicas	#3,255	1,230	51
	Servicios de Salud Mental	2,813	1,276	16
	Total	2,981	1,262	104
La dificultad de acceder a tecnología adecuada (F = 3.123)*	Servicios Centrales y Apoyo	#3,571	0,756	14
	Servicios Quirúrgicos	3,130	1,100	51
	Especialidades Clínicas	2,941	1,028	51
	Servicios de Salud Mental	#2,438	1,209	16
	Total	2,990	1,075	104

\*Significativo <0.05; #Diferencias significativas ‘post hoc’.

Aunque no puede confirmarse mediante el contraste estadístico, **tabla 1.13**, se intuye una relación entre el grado en que los grupos de encuestados, según el tipo de servicio que dirigen, entienden que sus propias limitaciones y la incorrecta distribución de los espacios físicos limitan sus iniciativas al frente de los servicios.

- Los jefes de “servicios quirúrgicos” señalan que se ven menos afectados por la incorrecta distribución de los espacios físicos, especialmente en comparación con la opinión expresada por los jefes de “servicios centrales y de apoyo”.
- Los jefes de “servicios quirúrgicos” se ven menos limitados por sus propias capacidades en comparación con los jefes de los demás tipos de servicios.

**Tabla 1.13 ANOVA, Estadísticos descriptivos**

¿Cuánto limitan tus iniciativas los siguientes factores?

Factores	Grupos de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
La incorrecta distribución de los espacios Especialidades físicas (F = 3.176)*	Servicios Centrales y Apoyo	3,500	1,286	14
	Servicios Quirúrgicos	2,783	1,085	23
	Clínicas	3,431	1,136	51
	Servicios de Salud Mental	3,000	1,155	16
	Total	3,231	1,168	104
La dificultad de acceder a tecnología adecuada (F = 3.123)*	Servicios Centrales y Apoyo	2,714	0,994	14
	Servicios Quirúrgicos	2,130	0,694	23
	Especialidades Clínicas	2,635	0,971	52
	Servicios de Salud Mental	2,750	0,775	16
	Total	2,552	0,909	105

El estudio estadístico confirma que existen diferencias en el grado en que los grupos de jefes de servicio, según su tipo de centro, consideran que una elevada carga asistencial limita sus iniciativas.

- Los jefes de servicio de “grandes centros públicos” valoran de forma estadísticamente distinta el grado en que la elevada carga asistencial limita sus iniciativas en comparación con los jefes de servicios de “centros públicos pequeños”.
- La **tabla de 1.14** confirma que los jefes de servicio de “grandes centros públicos” consideran que la elevada carga asistencial limita sus iniciativas en un mayor grado en comparación con lo que indican los jefes de servicios de “centros públicos pequeños”.

**Tabla 1.14 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Cuánto limitan tus iniciativas los siguientes factores?\*

Grupos de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
Centros públicos pequeños	#3,000	0,730	16
Centros públicos medianos	3,622	1,037	37
Grandes centros públicos	#3,833	1,057	42
Centros privados	3,267	0,704	15
Total	3,564	1,000	110

\*Est. Brown-Forsythe = 4.189 (sig. <0.01); #Diferencias significativas ‘post hoc’.

El análisis de regresión, **tabla 1.15**, permite confirmar una relación entre el grado en que los jefes de servicio consideran que la elevada carga asistencial limita sus iniciativas y el tamaño del centro, medido en número de camas, donde ejercen su función.

- Existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de camas del centro de los encuestados con el aumento el grado en que éstos entienden que la elevada carga asistencial supone una limitación a sus iniciativas.
- Aunque la relación existe estadísticamente, ésta es una relación de intensidad leve. El tamaño del centro es sólo uno más de los factores relevantes que inciden en el grado en que los jefes de servicio consideran que la carga asistencial limita sus iniciativas.

**Tabla 1.15 Regresión**

**Variable dependiente: ¿Cuánto limita tus iniciativas la elevada carga asistencial?**

Resumen del modelo de Regresión*	
R	R <sup>2</sup>
0,311	0,096

\* F =8.327(sig. < 0.05)

Coeficientes		
Variabes en modelo	Coefficiente no estándar B	Error
(Constante)	2,974	0,231
Número de camas del centro	0,0007783*	0,000

\*Significación < 0.01

El análisis ANOVA ha confirmado que los encuestados valoran de forma distinta el grado en que los condicionamientos legales y la dificultad para acceder a la tecnología adecuada limitan sus iniciativas, en función del patrón de actividad que desarrollan al frente de sus respectivos servicios.

Aunque existe esta relación, las limitaciones de la muestra y de la propia herramienta estadística no permiten confirmar entre que perfiles de jefes de servicio se encuentran las diferencias en las respuestas.

Las diferencias en las valoraciones hechas por los encuestados de los distintos perfiles de jefes de servicio se pueden intuir:

- La **tabla 1.16** muestra que los jefes de servicio de perfiles "clínico" e "investigador y docente" consideran que los condicionamientos legales limitan en un menor grado sus iniciativas en comparación con los jefes de perfil "gestor" y "exclusivamente clínico".
- La **tabla 1.16** muestra que los jefes de servicio de perfiles "clínico" e "investigador y docente" consideran que la dificultad para acceder a la tecnología adecuada limita, en un menor grado, sus iniciativas en comparación con los encuestados de perfil "gestor" y los de perfil "exclusivamente clínico".

**Tabla 1.16 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Cuánto limitan tus iniciativas los siguientes factores?

Factores	Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Los condicionamientos legales (F = 2,841)*	Gestor	3,346	1,263	26
	Clínico	2,677	0,791	31
	Investigador y docente	2,706	1,160	17
	Exclusivamente clínico	3,387	1,453	31
	Total	3,057	1,223	105
La dificultad de acceder a tecnología adecuada	Gestor	3,231	0,992	26
	Clínico	2,600	0,968	30
	Investigador y docente	2,706	1,160	17
	Exclusivamente clínico	3,281	1,085	32
	Total	2,981	1,074	105

\* Significación < 0.05

**Pregunta 1.7**

¿En qué medida depende de su capacidad de decisión el establecer durante el proceso asistencial los siguientes aspectos? (Valorado de 1 "Ninguno" hasta 5 "Totalmente")

**Tabla 1.17 RESPUESTAS:**

¿En qué medida depende de tu capacidad de decisión el establecer durante el proceso asistencial los siguientes aspectos?

Aspectos	Media	Desv. típica	N
Qué trabajo debe hacerse	3,670	1,015	115
Cuándo debe hacerse el trabajo	3,600	0,906	115
Cómo debe hacerse el trabajo	3,583	0,898	115
Quién debe hacer el trabajo	3,807	0,786	114
Cuáles son los estándares de trabajo	3,345	0,893	110

El análisis ANOVA ha confirmado la relación estadística entre el grado en que los jefes de servicio consideran que depende de su capacidad de decisión establecer cuándo debe hacerse el trabajo y quién debe hacer ese trabajo durante el proceso asistencial, en función del tipo de servicio de los propios jefes de servicio.

Aunque existe esta relación, las limitaciones de la muestra y de la propia herramienta estadística no permiten confirmar entre que grupos de jefes de servicio se encuentran las diferencias en las respuestas.

Las diferencias en las valoraciones de los grupos de jefes de servicio se pueden intuir en la **tabla 1.18**:

- Los jefes de "servicios quirúrgicos" consideran que establecer cuando debe hacerse el trabajo durante el proceso asistencial depende de su capacidad de decisión en mayor grado en comparación con la opinión de los jefes de otros tipos de servicio.



- Así mismo, los jefes de “servicios quirúrgicos” y de “especialidades clínicas” consideran que establecer quién debe hacer el trabajo durante el proceso asistencial depende de su capacidad de decisión en mayor grado en comparación con la opinión de los jefes de “servicios centrales y de apoyo” y de “especialidades clínicas”.

**Tabla 1.18 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿En qué medida depende de tu capacidad de decisión establecer los siguientes elementos durante el proceso asistencial?**

Elementos	Grupos de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
¿Cuándo debe hacerse el trabajo? (F = 3.285)*	Servicios Centrales y Apoyo	3,400	1,056	15
	Servicios Quirúrgicos	4,080	0,812	25
	Especialidades Clínicas	3,527	0,879	55
	Servicios de Salud Mental	3,368	0,831	19
	Total	3,605	0,908	114
¿Quién debe hacer el trabajo? (F = 3.268)*	Servicios Centrales y Apoyo	3,500	0,816	16
	Servicios Quirúrgicos	0,040	0,611	25
	Especialidades Clínicas	3,925	0,781	53
	Servicios de Salud Mental	3,474	0,841	19
	Total	3,814	0,785	113

\*Significación <0.05

Aunque no puede confirmarse, el contraste estadístico permite intuir que los distintos perfiles de jefes de servicio, en función de su patrón de actividad al frente del servicio, valoran de forma distinta el grado en que depende de su capacidad de decisión establecer cuáles son los estándares de trabajo durante el proceso asistencial.

- La **tabla 1.19** muestra que los jefes de servicio de perfil “gestor” consideran que depende de su capacidad de decisión decidir cuáles son los estándares de trabajo en mayor grado en comparación con los jefes de servicio de perfil “exclusivamente clínico”.

**Tabla 1.19 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿En qué medida depende de tu capacidad de decisión el establecer durante el proceso asistencial decir cuáles son los estándares de trabajo?\***

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media típica	Desviación	N
Gestor	3,600	0,957	25
Clínico	3,464	0,693	28
Investigador y docente	3,471	0,800	17
Exclusivamente clínico	3,033	0,928	30
Total	3,370	0,872	100

\* F =2.346

## ● Pregunta 1.8

¿En qué grado tiene autoridad para tomar decisiones sobre alguno de los siguientes estamentos? Escala de 1 "Muy poca" a 5 "Muy alta"

**Tabla 1.20 RESPUESTA a la pregunta 1.8**

¿En qué grado tienes autoridad para tomar decisiones sobre alguno de los siguientes estamentos?

Estamentos	Media	Desv. típica	N
Personal facultativo	3,739	0,909	115
Personal de enfermería	2,193	1,063	114
Personal administrativo	2,684	1,257	114
Personal subalterno	2,020	1,143	102

El contraste estadístico realizado confirma una relación entre el grado de autoridad que tienen los jefes de servicio sobre el personal administrativo y los grupos de jefes de servicio según la comunidad autónoma en que desarrollan su actividad.

- La **tabla 1.21** confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas cuyas competencias en sanidad fueron transferidas después de 1994 consideran que tienen un mayor grado de autoridad para tomar decisiones sobre el personal administrativo en comparación con los jefes de servicio de las demás comunidades.

**Tabla 1.21 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Qué grado de autoridad tienes para tomar decisiones sobre personal administrativo?\*

Grupos de jefes según si las competencias de Sanidad de su CA fueron:	Media	Desviación típica	N
Transferidas después de 1994	3,081	1,164	37
Transferidas antes de 1994	2,514	1,289	72
Total	2,706	1,272	109

\* F =5,047 (sig.< 0,05)

Aunque el análisis estadístico no puede confirmar la presencia de una relación, se intuyen diferencias en el grado de autoridad expresado por los jefes de servicio para tomar decisiones sobre el personal de enfermería, en función de los grupos de encuestados según el tipo de servicio que dirigen.

- En la **tabla de 1.22**, se observa que los jefes de "servicios quirúrgicos" consideran que tienen un grado de autoridad menor para tomar decisiones sobre el personal de enfermería en comparación con los jefes de los demás tipos de servicios.

**Tabla 1.22 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Qué grado de autoridad tienes para tomar decisiones sobre personal de enfermería?

Grupos de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
Servicios Centrales y Apoyo	2,400	1,121	15
Servicios Quirúrgicos	1,800	0,764	25
Especialidades Clínicas	2,167	1,161	54
Servicios de Salud Mental	2,632	0,955	19
Total	2,195	1,068	113

Se confirma mediante el contraste estadístico que los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio consideran que tienen un grado de autoridad distinto para tomar decisiones sobre el personal administrativo.

- La **tabla de 1.23** muestra que el grado de autoridad que señalan los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” es estadísticamente distinto del de los jefes de perfil “exclusivamente clínico”.
- Así los encuestados de perfil “investigador y docente” indican que tienen mayor autoridad para tomar decisiones sobre el personal de administrativo que los jefes de servicio “exclusivamente clínico”.

**Tabla 1.23 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Qué grado de autoridad tienes para tomar decisiones sobre personal administrativo? \*

Grupos de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	2,885	1,336	26
Clínico	2,759	1,244	29
Investigador y docente	#3,353	0,996	17
Exclusivamente clínico	#2,313	1,176	32
Total	2,750	1,244	104

\* F = 2.903 (sig. < 0.05); #Diferencias significativas “post-hoc”

No se puede confirmar estadísticamente la existencia de una relación entre el grado de autoridad para tomar decisiones sobre el personal facultativo, de enfermería y subalterno, y los perfiles de jefes de servicio según su actividad.

Sin embargo la **tabla 1.24** permite intuir relaciones que las limitaciones de la muestra y de la propia herramienta estadística no permiten confirmar:

- Los jefes de servicio de perfil “exclusivamente clínico” consideran que tienen un grado de autoridad sobre el personal facultativo menor, en comparación con el expresado por los demás perfiles de jefes de servicio.

- Los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” consideran que tiene un mayor grado de autoridad sobre el personal de enfermería, en comparación con los jefes de servicio de perfiles “gestor” y “exclusivamente clínico”.
- Los encuestados de perfil “investigador y docente” consideran que tiene un mayor grado de autoridad sobre el personal subalterno, en comparación con los jefes de servicio de perfil “exclusivamente clínico”.

**Tabla 1.24 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Qué grado de autoridad tienes para tomar decisiones sobre los siguientes grupos?

Grupos	Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Personal facultativo (BF = 2.086)	Gestor	4,038	0,662	26
	Clínico	3,700	1,022	30
	Investigador y docente	3,941	0,748	17
	Exclusivamente clínico	3,531	0,879	32
	Total	3,771	0,869	105
Personal de enfermería (F = 2.073)	Gestor	1,962	0,999	26
	Clínico	2,276	0,960	29
	Investigador y docente	2,706	1,105	17
	Exclusivamente clínico	2,063	1,076	32
	Total	2,202	1,046	104
Personal subalterno (F = 2.065)	Gestor	2,000	1,168	23
	Clínico	2,120	1,201	25
	Investigador y docente	2,625	1,258	16
	Exclusivamente clínico	1,759	0,951	29
	Total	2,065	1,150	93

### ● Pregunta 1.9

¿Sobre qué conceptos y en que grado tiene esa autoridad?  
Escala de 1 “Muy poca” a 5 “Muy alta”

**Tabla 1.25 RESPUESTA a la pregunta 1.9**

¿Sobre qué conceptos y en que grado tienes esa autoridad?

Conceptos	Media	Desv. típica	N
Salarios	1,043	0,308	115
Contratación	2,113	1,316	115
Movilidad	2,052	1,283	115
Incentivos	1,635	1,046	115
Organización del trabajo	3,843	0,904	115

Se confirma, a través del contraste estadístico, una relación entre el grado de autoridad que tienen los jefes de servicio tiene sobre la contratación y la movilidad del personal y los grupos de jefes de servicio según la comunidad autónoma en que desarrollan su actividad.

- La **tabla 1.26** confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas cuyas competencias en sanidad fueron transferidas antes de 1994 consideran que tienen un mayor grado de autoridad para tomar decisiones sobre la contratación en comparación con los jefes de servicio de las demás comunidades.
- La misma **tabla 1.26** confirma, también, que los jefes de servicio de comunidades autónomas cuyas competencias en sanidad fueron transferidas antes de 1994 consideran que tienen un mayor grado de autoridad para tomar decisiones sobre la movilidad del personal, en comparación con los jefes de servicio de las demás comunidades.

**Tabla 1.26 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Qué grado de autoridad tienes para decidir sobre los siguientes aspectos?

Aspectos	Grupos de jefes de servicio según si las competencias de Sanidad de su CA fueron:	Media	Desviación típica	N
Contratación (BF = 5.480*)	Transferidas después de 1994	1,703	1,151	37
	Transferidas antes de 1994	2,315	1,363	73
	Total	2,109	1,323	110
Movilidad (BF = 4.690*)	Transferidas después de 1994	1,703	0,996	37
	Transferidas antes de 1994	2,260	1,395	73
	Total	2,073	1,297	110

\*Significación <0.05

El contraste estadístico confirma que los grupos de jefes de servicio, de acuerdo al tipo de servicio que dirigen, entienden que tienen un grado de autoridad distinta para decidir sobre aspectos relativos a la movilidad del personal de su servicio.

- La **tabla 1.27**, muestra que los jefes de servicios de “especialidades clínicas” señalan que tienen un mayor grado de autoridad sobre la movilidad del personal en comparación con el grupo de jefes de “servicios quirúrgicos”.

Aunque no puede confirmarse estadísticamente, la **tabla 1.27** permite intuir una relación entre el grado de autoridad de los encuestados sobre los incentivos del personal y el tipo de servicio de los encuestados.

- Los jefes de servicios “centrales y de apoyo” consideran que tienen un grado de autoridad menor sobre los incentivos del personal en comparación con los jefes de los demás tipos de servicios.

**Tabla 1.27 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿Qué grado de autoridad tienes para decidir sobre los siguientes aspectos?**

Aspectos	Grupos de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
Movilidad (BF = 2.713*)	Servicios Centrales y Apoyo	2,000	1,265	16
	Servicios Quirúrgicos	#1,400	1,044	25
	Especialidades Clínicas	#2,222	1,313	54
	Servicios de Salud Mental	2,368	1,342	19
	Total	2,044	1,286	114
Incentivos (BF = 2.054)	Servicios Centrales y Apoyo	1,063	0,250	16
	Servicios Quirúrgicos	1,840	1,434	25
	Especialidades Clínicas	1,704	0,983	54
	Servicios de Salud Mental	1,684	0,946	19
	Total	1,640	1,049	114

\*Significación <0.05; #Diferencias significativas 'post hoc'.

Aunque no se puede confirmar, se intuye la existencia de una relación estadística entre el grado de autoridad de los jefes de servicio para tomar decisiones sobre la organización del trabajo y los grupos de encuestados según su patrón de actividad en la jefatura del servicio.

- En la **tabla de 1.28**, se observa que los jefes de servicio de perfil "investigador y docente" consideran que tienen un grado de autoridad mayor para tomar decisiones sobre la organización del trabajo en comparación con los encuestados de perfil "clínico".

**Tabla 1.28 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿Qué grado de autoridad tienes para decidir sobre la organización del trabajo?\***

Grupos de jefes de servicio según su actividad principal	Media	Desviación típica	N
Gestor	3,962	0,958	26
Clínico	3,613	0,919	31
Investigador y docente	4,294	0,588	17
Exclusivamente clínico	3,710	0,864	31
Total	3,838	0,889	105

\* F = 2.656.







## 3.2 PLANIFICACIÓN





## 3.2 PLANIFICACIÓN

**Tabla 2.1 RESPUESTAS a la pregunta 2.1**

	Media	Desv. típica	N
¿Hasta qué punto crees en la necesidad de planificar tu trabajo/servicio?	4,557	0,665	115

No se ha confirmado ninguna relación entre el grado en que los encuestados creen que en la necesidad de planificar su trabajo y las variables independientes planteadas.

Como muestra la **tabla 2.2**, el análisis estadístico apenas a permitido identificar diferencias en entre las respuestas de los encuestados, de este modo se aprecia que el conjunto de jefes de servicio encuestados cree que la planificación de la actividad del servicio es realmente una necesidad.

**Tabla 2.2 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿Qué grado de autoridad tienes para decidir sobre la organización del trabajo?\***

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	4,423	0,902	26
Clínico	4,484	0,724	31
Investigador y docente	4,765	0,437	17
Exclusivamente clínico	4,548	0,506	31
Total	4,554	0,669	112

### Pregunta 2.1 ●

¿Hasta qué punto cree en la necesidad de planificar su trabajo/servicio? (Escala de 1 "Nada" hasta 5 "Mucho")

## ● Pregunta 2.2

¿Se planifican las actividades y/o actuaciones de su servicio? (Sí / No)

No se ha podido confirmar ninguna relación estadística relevante dada la práctica unanimidad de las respuestas de los encuestados y el limitado tamaño de la muestra.

La **tabla 2.3** refleja que los cuatro grupos de jefes de servicio según su patrón de actividad señalan mayoritariamente que las actividades y actuaciones de su servicio son planificadas.

**Tabla 2.3 Tabla de contingencia**

¿Se planifican las actividades y/o actuaciones de tu servicio?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes según patrón de actividad	Gestor	N	0	25	25
		%	0,00%	100,00%	100%
	Clínico	N	2	29	31
		%	6,45%	93,55%	100%
	Investigador y docente	N	1	16	17
		%	5,88%	94,12%	100%
	Exclusivamente clínico	N	2	30	32
		%	6,25%	93,75%	100%
Total	N	5	100	105	
	%	4,76%	95,24%	100%	

## ● Pregunta 2.3

¿Cuál es el alcance temporal actual de la planificación de su servicio?

## Pregunta 2.4

¿Cuál cree que debería ser el alcance temporal?

- Menos de un año.
- Un año.
- Entre uno y dos años.
- Más de dos años.

Estas dos preguntas formuladas de forma separada en el cuestionario han revelado el mismo problema al ser analizadas: una excesiva dispersión en las respuestas para permitir un contraste estadístico mediante tablas de contingencia. Para permitir su estudio se ha optado por realizar un análisis de varianza de la respuestas, ANOVA, asignando a cada una de ellas los siguientes valores "Menos de una año" valor 1, "Un año" valor 2, "Entre uno y dos años" valor 3 y "Más de dos años" valor 4.

Estadísticamente no se confirma la relación entre el alcance temporal actual de la planificación y los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio.

Sin embargo la **tabla 2.4** permite intuir la presencia de una relación entre esas dos variables.

- Los jefes de servicio de perfil "investigador y docente" señalan que la planificación de su servicio, en promedio, tiene un mayor alcance temporal que los demás grupos de jefes de servicio.

**Tabla 2.4 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Cuál es el alcance temporal actual de la planificación de tu servicio?

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	2,115	0,952	26
Clínico	2,185	1,039	27
Investigador y docente	2,857	1,099	14
Exclusivamente clínico	2,194	0,946	31
Total	2,265	1,011	98

Se confirma la relación estadística entre el alcance que según los encuestados debería tener la planificación del servicio y los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad.

- La **tabla 2.5** confirma que la opinión respecto a la planificación, los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” es distinta de la de los jefes de servicio de perfil “gestor”.
- Los jefes de servicio “investigadores y docentes” creen que la planificación debería tener un mayor alcance temporal en comparación con lo que piensan los jefes de servicio de perfil “gestor”.

**Tabla 2.5 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿Cuál cree que debería ser el alcance temporal de la planificación del servicio?\***

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	#2,692	1,011	26
Clínico	2,931	0,961	29
Investigador y docente	#3,500	0,730	16
Exclusivamente clínico	3,034	0,906	29
Total	2,990	0,948	100

\* F = 2.573 (sig. < 0,05); #Diferencias significativas 'post hoc'.

**Tabla 2.6 RESPUESTAS a la pregunta 2.5**

	Media	Dev. típica	N
¿Hasta qué punto eres el responsable de la planificación actual de tu servicio?	3,897	0,817	116

No se ha confirmado ninguna relación estadística significativa entre el grado en que los jefes de servicio se consideran responsables de la planificación actual de su servicio y las demás variables independientes analizados.

A pesar de ello la **tabla 2.7** permite intuir una relación entre el grado en que los encuestados se consideran responsables de la planificación de sus servicio y el tipo de servicio del que son responsables.

- Los jefes de servicios “quirúrgicos” y de “especialidades clínicas” consideran que son responsables de la planificación actual de su servicio en un mayor grado que los jefes de servicios de “salud mental”.

### Pregunta 2.5

¿Hasta qué punto es el responsable de la planificación actual de su servicio?  
(Escala de 1 “Nada” hasta 5 “Completamente”)

**Tabla 2.7 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿Hasta qué punto eres el responsable de la planificación actual de tu servicio?\***

Grupos de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
Servicios Centrales y Apoyo	3,813	0,655	16
Servicios Quirúrgicos	4,160	0,746	25
Especialidades Clínicas	3,927	0,836	55
Servicio de Salud Mental	3,526	0,905	19
Total	3,896	0,821	115

\* F = 2.307

### ● Pregunta 2.6

¿Hasta qué punto cree que realmente le corresponde la responsabilidad de la planificación del servicio? (Escala de 1 “Nada” a 5 “Completamente”)

**Tabla 2.8 RESPUESTAS a la pregunta 2.6**

	Media	Desv. típica	N
¿Hasta qué punto crees que realmente le corresponde la responsabilidad de la planificación de servicio?	4,328	0,586	116

Se confirma una relación estadística entre el grado en que los jefes de servicio creen que realmente les corresponde la responsabilidad de la planificación del servicio y los grupos de encuestados según su actividad.

- La **tabla 2.9** confirma que la opinión de los jefes de servicio de perfil “gestor” es distinta de la expresada por los encuestados de perfil “clínico”.
- Los jefes de servicio de perfil “gestor” consideran con mayor intensidad que los encuestados de perfil “clínico” que realmente les corresponde la responsabilidad de planificar la actividad de su servicio.

**Tabla 2.9 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿Hasta qué punto crees que realmente te corresponde la responsabilidad de la planificación del servicio?\***

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	#4,538	0,581	26
Clínico	#4,064	0,512	31
Investigador y docente	4,352	0,492	17
Exclusivamente clínico	4,343	0,653	32
Total	4,311	0,591	106

\* BF =3.494 (sig. <0.05); #Diferencias significativas ‘post hoc’.

**Tabla 2.10 RESPUESTAS a la pregunta 2.7**

**¿Puedes indicar qué peso tienen los cargos que te proponemos en tu responsabilidad en la planificación de tu servicio?**

Cargos	Media	Desv. típica	N
Con otros jefes de servicio	2,590	1,074	78
Con dirección médica	3,542	0,872	107
Con la dirección de enfermería	2,747	1,091	91
Con la dirección de gestión	3,219	1,058	96

El análisis de regresión **tabla 2.11** permite confirmar que existen relaciones estadísticamente significativas, aunque débiles, entre el tamaño del centro en el que ejercen los encuestados y el peso que los mismos encuestados atribuyen a distintos agentes -dirección médica, dirección de enfermería y dirección de gestión- tienen en su responsabilidad en la planificación de sus servicios.

- Existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de camas de los centros de los encuestados con una disminución en el peso que los encuestados atribuyen a las direcciones médicas en la planificación de sus servicios.
- También existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de camas de los centros de los encuestados con una disminución en el peso que los encuestados atribuyen a las direcciones de enfermería en la planificación de sus servicios.
- Finalmente, existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de camas de los centros de los encuestados con una disminución en el peso que los encuestados atribuyen a las direcciones de gestión en la planificación de sus servicios.
- Aunque las tres relaciones se confirman estadísticamente, ésta son de intensidad débil indicando que el tamaño del centro no es el único factor que explica el peso que los jefes de servicio atribuyen a cada uno de esos agentes en la planificación del servicio.

## **Pregunta 2.7 ●**

¿Puede indicar qué peso tienen los cargos que le proponemos en su responsabilidad en la planificación de su servicio? (Escala 1 "Ninguno" hasta 5 "Total")

- Otros jefes de servicio.
- La dirección médica.
- La dirección de enfermería.
- La dirección de gestión.

### Tabla 2.11 Regresión

**Modelo 1. Variable dependiente: ¿Qué peso tiene la dirección médica en tu responsabilidad en la planificación de tu servicio?**

**Modelo 2. Variable dependiente: ¿Qué peso tiene la dirección de enfermería en tu responsabilidad en la planificación de tu servicio?**

**Modelo 3. Variable dependiente: ¿Qué peso tiene la dirección de gestión en tu responsabilidad en la planificación de tu servicio?**

#### Resumen del modelo de Regresión\*

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Estad. F
1 Dirección Médica	0,252	0,064	6,590*
2 Dirección de Enfermería	0,213	0,045	3,998*
3 Dirección de Gestión	0,247	0,061	5,741*

\* Significativo < 0.05

#### Coefficientes

Modelos	Variables independientes	Coeficiente no estándar	
		B	Error
1 Dirección Médica	(Constante)	3,941	0,173
	Número de camas según catálogo nacional de hospitales	-0,00056*	0,000
2 Dirección de Enfermería	(Constante)	3,169	0,227
	Número de camas según catálogo nacional de hospitales	-0,00058*	0,000
3 Dirección de Gestión	(Constante)	3,728	0,225
	Número de camas según catálogo nacional de hospitales	-0,00066*	0,000

\*Significación < 0.01

### ● Pregunta 2.8

En el caso de que comparta su responsabilidad de planificación del servicio con alguno de los cargos mencionados ¿cree que es realmente necesario? (Sí es necesario, No es necesario)

La opinión de los jefes de servicio respecto a la necesidad de compartir la responsabilidad en la planificación con otros agentes es bastante homogénea y no ha confirmado diferencias estadísticamente relevantes en las opiniones de los distintos grupos de jefes de servicio.

La **tabla 2.12** que relaciona los grupos de encuestados según el tipo de servicio que dirigen con la necesidad de compartir la responsabilidad en la planificación con otros jefes de servicio. En la misma tabla se aprecian algunas diferencias en las opiniones de los encuestados.

- Un mayor porcentaje de los jefes de servicios “quirúrgicos” considera que no es necesario compartir la responsabilidad de la planificación de su servicio con otros jefes de servicio en comparación con los demás grupos de encuestados.



**Tabla 2.12 Tabla de contingencia**

**Si compartes responsabilidad con otros jefes de servicio ¿crees que es realmente necesario?**

			No es necesario	Sí, es necesario	Total
Grupos de jefes según el tipo de servicio	Servicios centrales y Apoyo	N	3	13	16
		%	18,75%	81,25%	100%
	Servicios Quirúrgicos	N	9	13	22
		%	40,91%	59,09%	100%
	Especialidades Clínicas	N	10	36	46
		%	21,74%	78,26%	100%
	Servicios de Salud Mental	N	3	12	15
		%	20,00%	80,00%	100%
Total	N	25	74	99	
	%	25,25%	74,75%	100%	

Los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio tampoco han mostrado relaciones estadísticas en sus respuestas a esta pregunta.

A continuación, la **tabla 2.13** relaciona los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio con la necesidad de compartir la responsabilidad en la planificación con otros jefes de servicio. En la tabla se aprecian como existen algunas diferencias en los porcentajes de respuestas de los grupos de encuestados.

- Un porcentaje menor de jefes de servicio de perfil “gestor” considera que sí es necesario compartir su responsabilidad en la planificación con otros jefes de servicio, en comparación con la opinión de los demás grupos de encuestados.

**Tabla 2.13 Tabla de Contingencia**

**Si compartes responsabilidad con otros jefes de servicio ¿crees que es realmente necesario?**

			No es necesario	Sí, es necesario	Total
Grupos de jefes según el tipo de servicio	Gestor	N	8	14	22
		%	36,36%	63,64%	100%
	Clínico	N	7	18	25
		%	28,00%	72,00%	100%
	Investigador y docente	N	3	12	15
		%	20,00%	80,00%	100%
	Exclusivamente clínico	N	6	23	29
		%	20,69%	79,31%	100%
Total	N	24	67	91	
	%	26,37%	73,63%	100%	

## ● **Pregunta 2.9**

En el caso de que sea el responsable total de la planificación de su servicio, ¿utiliza alguno de los siguientes medios para hacer participar al resto de personal? (Respuestas “Sí, siempre”, “Sí a veces” y “No, nunca”)

- Les informas.
- Les haces consultas.
- Atiendes sus sugerencias.

Ninguno de los jefes de servicio encuestado ha respondido “no, nunca” a alguna de las categorías propuestas en el enunciado de la pregunta. Esto ha llevado a analizar únicamente la diferencia de matiz en la participación en la planificación del servicio entre “siempre” y “a veces”.

No se han confirmado relaciones significativas entre las respuestas de los jefes de servicio en el cuestionario y los distintos grupos de jefes de servicio analizados.

Como muestra la tabla de contingencia, **tabla 2.14**, se intuye una relación entre el hecho de atender las sugerencias del personal del servicio respecto a la planificación y el tipo de servicio que dirigen los encuestados.

- Los jefes de “servicios de salud mental” indican, mayoritariamente, que atienden “siempre” las sugerencias del personal de su servicio respecto a la planificación, en cambio la mayoría de los jefes de “servicios centrales y de apoyo” atienden “a veces” las sugerencias del personal.

**Tabla 2.14** **Tabla de contingencia**

**Si eres el responsable total de la planificación de tu servicio ¿atiendes las sugerencias del personal?**

			<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Total</b>
Grupos de jefes según el tipo de servicio	Servicios centrales y Apoyo	N	4	12	16
		%	25,00%	75,00%	100%
	Servicios Quirúrgicos	N	13	11	24
		%	54,17%	45,83%	100%
	Especialidades Clínicas	N	29	22	51
		%	56,86%	43,14%	100%
Servicios de Salud Mental	N	12	5	17	
	%	70,59%	29,41%	100%	
Total	N	58	50	108	
	%	53,70%	46,30%	100%	

La siguiente tabla de contingencia, **tabla 2.15**, también permite intuir otra relación entre el hecho de atender a las sugerencias del personal del servicio y los grupos de jefes de servicio según los perfiles de actividad.

- Los encuestados de perfil “investigador y docente” mayoritariamente atienden “siempre” las sugerencias del personal de su servicio respecto a la planificación, en cambio la mayoría de los jefes de servicio de perfil “gestor” atienden “a veces” las sugerencias del personal.

**Tabla 2.15 Tabla de contingencia**

**Si eres el responsable total de la planificación de tu servicio ¿atiendes las sugerencias del personal?**

			Siempre	A veces	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	10	15	25
		%	40,00%	60,00%	100%
	Clínico	N	16	13	29
		%	55,17%	44,83%	100%
	Investigador y docente	N	11	6	17
		%	64,71%	35,29%	100%
	Exclusivamente clínico	N	15	14	29
		%	51,72%	48,28%	100%
Total	N	52	48	100	
	%	52%	48%	100%	

De igual modo que en la pregunta anterior el grupo mayoritario de jefes de servicio indica que las actividades planificadas del servicio “sí” requieren de la cooperación de personal de otro servicio. Sin embargo, un grupo mayor que en la pregunta anterior indica que “no” debería darse esta cooperación.

El contraste estadístico no ha permitido identificar relaciones estadísticas entre esta respuesta negativa y los grupos de jefes de servicio estudiados. La **tabla 2.16** muestra que existe una ligera diferencia en las respuestas de los encuestados.

El porcentaje de jefes de servicio que creen que las actividades planificadas del servicio “no” necesitan cooperación de personal de otro servicio entre los jefes de “servicios de salud mental” y “servicios quirúrgicos” es ligeramente mayor que en el caso de los jefes de “servicios centrales y apoyo” y los de “especialidades clínicas”

**Pregunta 2.10**

¿Necesitan las actividades planificadas del servicio la cooperación de personal de otro servicio?  
(Respuestas: Sí, No)

**Tabla 2.16 Tabla de contingencia**

**¿Necesitan las actividades planificadas del servicio la cooperación de personal de otro servicio?**

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según sus especialidades	Servicios centrales y Apoyo	N	3	13	16
		%	18,75%	81,25%	100%
	Servicios Quirúrgicos	N	8	17	25
		%	32,00%	68,00%	100%
	Especialidades Clínicas	N	10	44	54
		%	18,52%	81,48%	100%
	Servicios de Salud Mental	N	7	12	19
		%	36,84%	63,16%	100%
Total	N	28	86	114	
	%	24,56%	75,44%	100%	



## ● Pregunta 2.11

La planificación del servicio ¿En qué grado ha sido discutida y consensuada por los agentes involucrados? (Escala de 1 "Nada" a 5 "Completamente")

**Tabla 2.17 RESPUESTAS a la pregunta 2.11**

	Media	Desv. típica	N
¿En que grado ha sido suficientemente discutido y consensuado la planificación del servicio por los agentes involucrados?	3,067	1,077	105

No se confirma la existencia de ninguna relación estadística entre el grado en que los encuestados consideran que la planificación del servicio ha sido suficientemente consensuada y discutida por los agentes involucrados y los distintos grupos de jefes de servicio encuestados.

En la **tabla 2.18** se intuyen algunas diferencias existentes entre las respuestas de los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad como jefe de servicio y el grado en que consideran que la planificación ha sido suficientemente discutida.

- Los jefes de servicio de perfil "investigador y docente" consideran que la planificación ha sido suficientemente discutida y consensuada en un mayor grado que los encuestados de perfil "clínico".

**Tabla 2.18 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿En qué grado ha sido suficientemente discutido y consensuado la planificación del servicio por los agentes involucrados?**

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	3,182	1,140	22
Clínico	2,897	1,205	29
Investigador y docente	3,375	0,806	16
Exclusivamente clínico	3,000	0,964	29
Total	3,087	1,067	103





### 3.3. OBJETIVOS







### 3.3 OBJETIVOS

Los jefes de servicio mayoritariamente tienen priorizados los objetivos del servicio. Dado el reducido número de encuestados que indica que “no” tienen esa priorización hecha, resulta difícil realizar contrastes estadísticos para confirmar que existe un grupo específico de jefes de servicio que “no” tiene priorizados los objetivos de su unidad.

- La **tabla 3.1** muestra como el grupo de jefes de servicio de perfil “exclusivamente clínico” cuenta con un porcentaje mayor de jefes de servicio que “no” tiene priorizados los objetivos de su servicio, en comparación con los jefes de servicio de perfiles “gestor” e “investigador y docente”.

**Tabla 3.1** Tabla de contingencia

¿Tienes priorizados los objetivos del servicio?

			No	Sí	Total
Grupos de jefes de servicio según sus especialidades	Gestor	N	1	25	26
		%	3,85%	96,15%	100%
	Clínico	N	4	26	30
		%	13,33%	86,67%	100%
	Investigador y docente	N	1	16	17
		%	5,88%	94,12%	100%
	Exclusivamente clínico	N	9	22	31
		%	29,03%	70,97%	100%
Total	N	15	89	104	
	%	14,42%	85,58%	100%	

Únicamente tres jefes de servicio han indicado que “nunca” abordan cronológicamente los objetivos de acuerdo a la priorización establecida. Se han excluido estas tres respuestas para realizar un contraste estadístico de mayor efectividad.

Al indagar las diferencias de matiz entre los jefes de servicio que abordan “siempre” o “a veces” los objetivos de acuerdo a su priorización no se ha confirmado ninguna relación estadísticamente relevante. A pesar de ello en la **tabla 3.2** se intuye la existencia de una relación.

- Los encuestados de comunidades autónomas que gestionan competencias de sanidad desde antes de 1994 señalan, en un porcentaje mayor, que “siempre” abordan cronológicamente los objetivos, mientras que los jefes de servicio de las demás comunidades autónomas lo hacen en una menor proporción.

#### Pregunta 3.1 ●

¿Tiene priorizados los objetivos del servicio? (Sí/No)

#### Pregunta 3.2 ●

En caso afirmativo, ¿Los aborda cronológicamente en relación a la priorización establecida? (Respuestas: “Sí, siempre”, “Sí, a veces” y “No, nunca”

**Tabla 3.2 Tabla de contingencia**

**En caso afirmativo ¿Los aborda oncológicamente en relación a la priorización establecida?**

			Siempre	A veces	Total
Grupos de jefes de servicio según si las de su CA fueron:	Transferidas después de 1994	N	8	21	29
		%	28%	72%	100%
	Transferidas después de 1994	N	28	33	61
		%	46%	54%	100%
Total	N	36	54	90	
	%	40%	60%	100%	

En la siguiente tabla de contingencia, la **tabla 3.3**, a pesar de que no se confirma estadísticamente, se intuye una clara relación entre las respuestas de los distintos perfiles de jefe de servicio encuestados en relación al hecho de abordar cronológicamente los objetivos de acuerdo a la priorización establecida.

- Los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” señalan mayoritariamente que “siempre” abordan cronológicamente los objetivos mientras que la mayoría de los demás perfiles jefes de servicio dice abordarlos “a veces” de acuerdo a la priorización.

**Tabla 3.3 Tabla de contingencia**

**En caso afirmativo ¿Los aborda oncológicamente en relación a la priorización establecida?**

			Siempre	A veces	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	8	16	24
		%	33,33%	66,67%	100%
	Clínico	N	8	18	26
		%	28,00%	72,00%	100%
	Investigador y docente	N	11	5	16
		%	68,75%	31,25%	100%
	Exclusivamente clínico	N	8	14	22
		%	36,36%	63,64%	100%
Total	N	35	53	88	
	%	39,77%	60,23%	100%	

**Pregunta 3.3**

¿Existe Contrato de Gestión en su Hospital?  
(Respuestas: Sí/No)

- La **tabla 3.4** confirma que jefes de servicio de comunidades autónomas cuyas competencias de sanidad fueron transferidas después de 1994 cuentan con un mayor porcentaje de jefes que indica que “sí” existe contrato de gestión en su centro, en comparación con los jefes de servicio de las demás comunidades autónomas.

**Tabla 3.4 Tabla de contingencia\*****¿Existe Contrato de Gestión en tu Hospital?**

			No	Sí	Total
Grupos de jefes de servicio según si las de su CA fueron:	Transferidas después de 1994	N	3	32	35
		%	8,57%	91,43%	100%
	Transferidas después de 1994	N	25	45	70
		%	35,71%	64,29%	100%
Total	N	28	77	105	
	%	26,67%	73,33%	100%	

\*Chi-Pearson 8.791 (sig<0.01); V de Cramer 0,289

**Tabla 3.5 RESPUESTAS a la pregunta 3.3**

	Media	Desv. típica	N
¿Cuál es tu grado de conocimiento del Contrato de Gestión de tu Hospital?	3,404	1,221	94

Se puede confirmar que el grado de conocimiento del contrato de gestión, para aquellos jefes de servicio que disponen de él en su centro, está estadísticamente relacionado con el tipo de centro en el que se encuentra el jefe de servicio.

- La **tabla 3.6** confirma que el grado de conocimiento del contrato de gestión de los jefes de "centros públicos pequeños" es distinto respecto del de los jefes de servicio de "grandes centros públicos" y de "centros privados".
- Los jefes de servicio de los "centros públicos pequeños" indican que tienen un alto conocimiento del contrato de gestión de su hospital en comparación con los jefes de "grandes centros públicos" y de "centros privados".

**Tabla 3.6 ANOVA, resumen de estadísticos****¿Cuál es tu grado de conocimiento del Contrato de Gestión de tu Hospital?\***

Grupos de jefes según su tipo de centro	Media	Desviación típica	N
Centros públicos pequeños	#4,143	0,770	14
Centros públicos medianos	3,645	1,142	31
Grandes centros públicos	#3,108	1,197	37
Centros privados	#2,625	1,506	8
Total	3,411	1,217	90

\*Brown-Forsythe =4.111 (sig. <.0.05); #Diferencias significativas 'post hoc'.

El análisis de regresión, **tabla 3.7**, confirma que existe una relación entre el grado de conocimiento del contrato de gestión por parte de los jefes de servicio y el tamaño del centro, medido en número de camas, donde ejercen su función.

- Existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de camas del centro de los encuestados con una disminución en el grado en que éstos conocen el contrato de gestión de su centro.

**Pregunta 3.4**

¿Cuál es su grado de conocimiento del mismo? (Escala de 1 "Ninguno" hasta 5 "Completo")

- Aunque la relación existe estadísticamente, ésta es una relación de intensidad moderada indicando que el tamaño del centro no es el único factor que incide en el grado en que los jefes de servicio conocen el contrato de gestión de su centro.

**Tabla 3.7 Regresión**

**Variable dependiente: ¿Cuál es tu grado de conocimiento del Contrato de Gestión de tu Hospital?**

Resumen del modelo de Regresión*	
R	R <sup>2</sup>
0,341	0,116

\* F = 8.327 (sig. < 0,05).

Coeficientes		
VARIABLES EN MODELO	COEFICIENTE NO ESTÁNDAR B	ERROR
(Constante)	4,156	0,259
Número de camas del centro	-0,001*	0,000

\* Significación < 0,01.

### ● Pregunta 3.5

¿Pacta sus objetivos anuales con la dirección del centro? (Sí/No)

Se confirma una relación estadísticamente significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que “sí” pacta sus objetivos anuales con la dirección del centro y los grupos de jefes de servicio según la comunidad autónoma donde ejercen su actividad.

- La **tabla 3.8** confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas cuyas competencias de sanidad fueron transferidas después de 1994 cuentan con un mayor porcentaje de jefes “sí” pacta los objetivos anuales con la dirección de su centro, en comparación con los jefes des servicio de las demás comunidades autónomas.

**Tabla 3.8 Tabla de contingencia**

**¿Pactas tus objetivos anuales con la dirección de centro?**

			No	Sí	Total
Grupos de jefes de servicio según si las de su CA fueron:	Transferidas después de 1994	N	3	33	36
		%	8,33%	91,67%	100%
	Transferidas después de 1994	N	24	49	73
		%	32,88%	67,12%	100%
Total	N	27	82	109	
	%	24,77%	75,23%	100%	

\*Chi-Pearson 7.794; Phi -267 (sig. <0.05)

Aunque no puede confirmarse estadísticamente por el tamaño reducido de la muestra, se intuye una relación aquellos encuestados que indican que “no” pacta sus objetivos anuales con la dirección del centro y los grupos de jefes de servicio según el tipo de centro donde ejercen su función.

- La tabla de contingencia, **tabla 3.9**, muestra como la mayoría de los jefes de servicio de “centros privados” no pactan sus objetivos anuales con la dirección del centro mientras que en los jefes de los tres tipos de centros públicos “sí” pactan la sus objetivos anuales con la dirección del centro.

**Tabla 3.9 Tabla de contingencia**

**¿Pactas tus objetivos anuales con la Dirección del Centro?**

			No	Sí	Total
Grupos de jefes de servicio según si las de su CA fueron:	Centros públicos pequeños	N	2	14	16
		%	12,50%	87,50%	100%
	Centros públicos medianos	N	8	29	37
		%	21,62%	78,38%	100%
	Grandes centros públicos	N	8	32	40
		%	20,00%	80,00%	100%
Centros privados	N	9	6	15	
	%	60,00%	40,00%	100%	
Total	N	27	81	108	
	%	25,00%	75,00%	100%	

Aunque no puede confirmarse estadísticamente por el tamaño reducido de la muestra, se intuye una relación entre aquellos encuestados que indican que “no” pactan sus objetivos anuales con la dirección del centro y los grupos de jefes de servicio según el tipo de servicio que dirigen.

- La tabla de contingencia, **tabla 3.10**, muestra como la mayoría de los jefes de “servicios centrales y de apoyo” no pacta sus objetivos anuales con la dirección del centro mientras que la mayoría de los demás grupos de jefes “sí” pacta la sus objetivos anuales con la dirección del centro.

**Tabla 3.10 Tabla de contingencia**

**¿Pactas tus objetivos anuales con la Dirección del Centro?**

			No	Sí	Total
Grupos de jefes de servicio según tipo de centro	Servicios Centrales y Apoyo	N	10	6	16
		%	62,50%	37,50%	100%
	Servicios Quirúrgicos	N	4	21	25
		%	16,00%	84,00%	100%
	Especialidades Clínicas	N	9	44	53
		%	16,98%	83,02%	100%
	Servicios de Salud Mental	N	5	14	19
%		26,32%	73,68%	100%	
Total	N	28	85	113	
	%	24,78%	75,22%	100%	

### ● Pregunta 3.6

¿Hasta qué punto conoce los objetivos de la dirección médica? (Escala de 1 “Nada” hasta 5 “Completamente”)

**Tabla 3.11 RESPUESTAS a la pregunta 3.6**

	Media	Desv. típica	N
¿Hasta qué punto conoces los objetivos de la dirección médica?	3,052	1,161	115

El análisis estadístico confirma que el grado de conocimiento de los objetivos de la dirección médica por parte de los encuestados, está estadísticamente relacionado con el tipo de centro en el que se encuentra cada jefe de servicio.

- La **tabla 3.12** confirma que el grado de conocimiento de los objetivos de la dirección médica de los jefes de “centros públicos pequeños” es distinto respecto del de los jefes de servicio de “grandes centros públicos”.
- Los jefes de servicio de los “centros públicos pequeños” indican que tienen un alto conocimiento de los objetivos de la dirección médica en comparación con los jefes de “grandes centros públicos”.

**Tabla 3.12 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Hasta qué punto conoces los objetivos de la dirección médica?\*

Grupos de jefes de servicio según su tipo de centro	Media	Desviación típica	N
Centros públicos pequeños	#3,733	0,799	15
Centros públicos medianos	3,216	1,084	37
Grandes centros públicos	#2,643	1,144	42
Centros privados	3,333	1,291	15
Total	3,083	1,156	109

\*F =4.370 (sig. <0.05); #Diferencias significativas ‘post hoc’.

El análisis de regresión, **tabla 3.13**, confirma que existe una relación entre el grado de conocimiento de los objetivos de la dirección médica por parte de los jefes de servicio y el tamaño del centro donde ejercen su función, medido en número de camas.

- Existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de camas del centro de los encuestados con una disminución en el grado en que éstos conocen los objetivos de la dirección médica de su centro.
- Aunque la relación existe estadísticamente, ésta es una relación de intensidad débil, indicando que el tamaño del centro no es el único factor que incide en el grado en que los jefes de servicio los objetivos de la dirección médica de su centro.

**Tabla 3.13 Regresión****Variable dependiente: ¿Hasta que punto conoces los objetivos de la dirección médica?**

Resumen del modelo de Regresión*	
R	R <sup>2</sup>
0,297	0,088

\*F = 8.327 (sig. &lt; 0,05).

Coeficientes		
Variabes en modelo	Coefficiente no estándar B	Error
(Constante)	3,655	0,216
Número de camas del centro	-0,00841*	0,000

\* Significación &lt; 0,01.

**Tabla 3.14 RESPUESTAS a la pregunta 3.7**

	Media	Desv. típica	N
Si conoces los objetivos de la dirección médica ¿hasta qué punto se relacionan con ellos algunos de tus propios objetivos?	3,234	0,927	107

El análisis de varianza confirma que el grado de relación entre los objetivos de la Dirección Médica y los objetivos de los propios encuestados, está estadísticamente relacionado con el tipo de centro en el que se encuentra cada jefe de servicio.

- La **tabla 3.15** confirma que el grado de relación entre los objetivos de la Dirección Médica y los objetivos de encuestados de "centros públicos pequeños" es distinto respecto del de los jefes de servicio de "grandes centros públicos".
- Los jefes de servicio de los "centros públicos pequeños" indican que se produce un más alto grado de relación entre sus objetivos y los de la dirección médica del centro en comparación con los jefes de "grandes centros públicos".

**Tabla 3.15 ANOVA, resumen de estadísticos****Si los conoces en algún grado, ¿hasta qué punto se relacionan con ellos algunos de tus propios objetivos?**

Grupos de jefes según su tipo de centro	Media	Desviación típica	N
Centros públicos pequeños	#3,688	0,793	16
Centros públicos medianos	3,167	0,971	36
Grandes centros públicos	#2,973	0,928	37
Centros privados	3,615	0,768	13
Total	3,235	0,935	102

\* F= 3.192 (Sig.&lt;0,05); Diferencias significativas "post-hoc".

**Pregunta 3.7**

Si conoce los objetivos de la dirección médica ¿hasta qué punto se relacionan con ellos algunos de sus propios objetivos? (Escala de 1 "Nada" hasta 5 "Completamente")

El análisis de regresión, **tabla 3.16**, confirma el grado en que los objetivos de la dirección médica se relacionan con los de los propios encuestados guarda relación con el tamaño del centro, medido en número de camas, donde los encuestados desarrollan su actividad.

- Existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de camas del centro de los encuestados con una disminución en el grado en que los encuestados relacionan sus objetivos con los de la dirección médica.
- Aunque la relación existe estadísticamente, ésta es una relación de intensidad leve. Esto indica que el tamaño del centro es uno de los factores relevantes que incide en la interacción de objetivos entre la jefatura de servicio de los encuestados y la dirección médica de su centro.

**Tabla 3.16 Regresión**

**Variable dependiente: Si conoces los objetivos de la dirección médica, ¿hasta qué punto se relacionan con ellos algunos de tus propios objetivos?**

Resumen del modelo de Regresión*	
R	R <sup>2</sup>
0,304	0,092

\* F =9.963 (sig. < 0,01).

Coeficientes		
Variabes en modelo	Coefficiente no estándar B	Error
(Constante)	3,717	0,181
Número de camas del centro	-0,000720*	0,000

\* Significación < 0,01.

### ● Pregunta 3.8

¿Sabe si cada uno de los componentes del servicio tiene sus propios objetivos?

- Facultativos
- Personal de enfermería
- Personal de gestión
- Personal subalterno

No se han identificado relaciones estadísticamente significativas entre el conocimiento por parte de los encuestados de los objetivos del personal facultativo y de enfermería y los distintos grupos de jefes de servicio encuestados analizados.

La ausencia de relaciones estadísticas se debe a la homogeneidad de las respuestas de los encuestados en relación al conocimiento de los objetivos del su personal facultativo y de enfermería. En cambio en el caso del personal de gestión y subalterno se han apreciado diferencias relevantes en las repuestas de los jefes de servicio encuestados.

Se confirma una relación estadísticamente significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que “sí” sabe si el personal de gestión de su servicio tienen sus propios objetivos y los grupos de jefes de servicio según el tipo de centro donde desarrollan su actividad.

- La **tabla 3.17** confirma que los jefes de servicio de “centros públicos pequeños” saben mayoritariamente si su personal de gestión tienen sus propios objetivos, en comparación con las respuestas de los demás grupos de jefes de servicio, que en mayor proporción dicen desconocerlos.



**Tabla 3.17 tabla de contingencia\***

**¿Sabes si el personal de gestión tiene sus propios objetivos?\***

			No	Sí	Total
Grupos de jefes de servicio según tipo de centro	Centros públicos pequeños	N	4	10	14
		%	28,57%	71,43%	100%
	Centros públicos medianos	N	19	10	29
		%	65,52%	34,48%	100%
	Grandes centros públicos	N	18	15	33
		%	54,55%	45,45%	100%
	Centros privados	N	8	2	10
		%	80,00%	20,00%	100%
Total	N	49	37	86	
	%	56,98%	43,02%	100%	

\* Chi-Pearson 7,713 (sig. < 0,05); V de Cramer 0,299.

Aunque no se confirma estadísticamente se intuye una relación entre el porcentaje de encuestados que indican que “sí” sabe si el personal subalterno de su servicio tiene sus propios objetivos y los grupos de jefes de servicio según el tipo de centro donde desarrollan su actividad.

- La **tabla 3.18** muestra que los jefes de servicio de “centros públicos pequeños” saben mayoritariamente si su personal subalterno tiene sus propios objetivos, en comparación con los demás grupos de jefes de servicio, que en su mayoría lo desconoce.

**Tabla 3.18 Tabla de contingencia**

**¿Sabes si el personal subalterno del servicio tiene sus propios objetivos?**

			No	Sí	Total
Grupos de jefes de servicio según tipo de centro	Centros públicos pequeños	N	5	8	13
		%	38,46%	61,54%	100%
	Centros públicos medianos	N	22	7	29
		%	75,86%	24,14%	100%
	Grandes centros públicos	N	30	4	34
		%	88,24%	11,76%	100%
	Centros privados	N	8	2	10
		%	80,00%	20,00%	100%
Total	N	65	21	86	
	%	75,58%	24,42%	100%	

### ● Pregunta 3.9

Entendiendo que un objetivo es un compromiso de alcanzar en un tiempo, un resultado concreto, medible realista y congruente. Indique, por favor, el grado de utilidad de su establecimiento en las siguientes áreas: (Escala de "Ninguna" hasta "Total")

**Tabla 3.19 RESPUESTAS a la pregunta 3.9**

**Indica, por favor, el grado de utilidad de su establecimiento en las siguientes áreas:**

	Media	Desv. típica	N
Actividad asistencial	4,207	0,729	116
Calidad	4,164	0,791	116
Productividad	3,912	0,826	114
Costes	3,770	0,866	113
Seguridad	3,676	1,011	111
Desarrollo de nuevas actividades	3,870	0,744	115
Satisfacción del cliente	4,000	0,838	115
Motivación del personal	3,793	1,017	116

Se confirma estadísticamente cinco relaciones entre los grupos de jefes de servicio según la comunidad autónoma y el grado en que los jefes de servicio consideran útil el establecimiento de objetivos en las siguientes áreas: actividad asistencia, productividad, seguridad, desarrollo de nuevas actividades y satisfacción del cliente.

- La tabla ANOVA, **tabla 3.20**, confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas cuyas competencias en sanidad fueron transferidas antes de 1994 atribuyen una mayor utilidad al establecimiento de objetivos respecto a la actividad asistencial, en comparación con los jefes de servicio de las demás comunidades.
- La **tabla 3.20** también confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas cuyas competencias en sanidad fueron transferidas antes de 1994 atribuyen una mayor utilidad al establecimiento de objetivos respecto a la productividad, en comparación con los jefes de servicio de las demás comunidades.
- La **tabla 3.20** también confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas cuyas competencias en sanidad fueron transferidas antes de 1994 atribuyen una mayor utilidad al establecimiento de objetivos respecto a la seguridad, en comparación con los jefes de servicio de las demás comunidades.
- La **tabla 3.20** también confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas cuyas competencias en sanidad fueron transferidas antes de 1994 atribuyen una mayor utilidad al establecimiento de objetivos respecto al desarrollo de nuevas actividades, en comparación con los jefes de servicio de las demás comunidades.
- Finalmente, la **tabla 3.20** confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas cuyas competencias en sanidad fueron transferidas antes de 1994 atribuyen una mayor utilidad al establecimiento de objetivos sobre la satisfacción del cliente, en comparación con los jefes de servicio de las demás comunidades.

**Tabla 3.20 ANOVA, resumen de estadísticos**

Indica el grado de utilidad de su establecimiento en las siguientes áreas

Áreas	Grupos de jefes de servicio según si las competencias de sanidad de su CA fueron:	Media	Desv. típica	N
Actividad asistencial (BF=4.763*)	Transferidas después de 1994	4,000	0,624	37
	Transferidas antes de 1994	4,297	0,772	74
	Total	4,198	0,736	111
Productividad (F= 5.727*)	Transferidas después de 1994	3,649	0,753	37
	Transferidas antes de 1994	4,041	0,841	73
	Total	3,909	0,830	110
Seguridad (F=7.446**)	Transferidas después de 1994	3,286	1,017	35
	Transferidas antes de 1994	3,845	0,980	71
	Total	3,660	1,022	106
Desarrollo de nuevas actividades (F=4.767*)	Transferidas después de 1994	3,649	0,753	37
	Transferidas antes de 1994	3,973	0,726	73
	Total	3,864	0,748	110
Satisfacción del cliente (F= 3.942*)	Transferidas después de 1994	3,784	0,886	37
	Transferidas antes de 1994	4,110	0,774	73
	Total	4,000	0,824	110

\* Significación < 0,05. \*\* Significación < 0,01

El análisis de varianza también ha permitido confirmar que el grado de utilidad que los encuestados atribuyen al establecimiento de objetivos en el área de calidad está estadísticamente relacionado con el tipo de servicio que dirige cada encuestado.

- La **tabla 3.21** confirma que el grado de utilidad que los jefes de “servicios quirúrgicos” atribuyen al establecimiento de objetivos en el área de calidad es diferente al atribuido por los jefes de “servicios de salud mental”.
- Los jefes de “servicios quirúrgicos” atribuyen mayor utilidad al establecimiento de objetivos en relación a la calidad, en comparación con los jefes de “servicios de salud mental”.

**Tabla 3.21 ANOVA, resumen de estadísticos**

Grado de utilidad de establecimiento de objetivos en calidad\*

Grupos de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
Servicios Centrales y Apoyo	4,250	0,447	16
Servicios Quirúrgicos	#4,520	0,714	25
Especialidades Clínicas	4,018	0,782	55
Servicios de Salud Mental	#4,000	1,000	19
Total	4,157	0,790	115

\* F= 2,772 (Sig. < 0,05); # Diferencias significativas “pos-hoc”

También, se confirma que el grado de utilidad que los encuestados atribuyen al establecimiento de objetivos en el área de satisfacción del cliente está estadísticamente relacionado con los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio.

- La tabla de ANOVA, **tabla 3.22** confirma que el grado de utilidad que los jefes de servicio de perfil “gestor” atribuyen al establecimiento de objetivos respecto a la satisfacción del cliente es diferente al atribuido por los encuestados de perfil “clínico”.
- Los jefes de servicio de perfil “gestor” atribuyen mayor utilidad al establecimiento de objetivos en relación a la satisfacción del cliente, en comparación con los encuestados de perfil “clínico”.

**Tabla 3.22 ANOVA, resumen de estadísticos**

**Grado de utilidad de establecimiento de objetivos en satisfacción del cliente**

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	#4,346	0,629	26
Clínico	#3,774	0,845	31
Investigador y docente	4,000	0,791	17
Exclusivamente clínico	3,906	0,818	32
Total	3,991	0,799	106

\* F =2.723 (sig.<0.05); #Diferencias significativas ‘post hoc’.

Finalmente, el análisis de varianza confirma la relación estadística entre el grado de utilidad que los encuestados atribuyen al establecimiento de objetivos en el área de costes y el tipo de centro en el que los encuestados realizan su actividad.

- Las limitaciones impuestas por el tamaño de la muestra y por la propia herramienta estadística no permiten confirmar que grupos de jefes de servicio consideran de forma diferente la utilidad del establecimiento de objetivos en relación a los costes.
- En la tabla ANOVA se intuye que la diferencia se encuentra entre la mayor utilidad atribuida por los jefes de servicio de “centros públicos pequeños” en comparación con los jefes de servicio de “centros públicos medianos” y de “centros privados”.

**Tabla 3.23 ANOVA, resumen de estadísticos**

**Grado de utilidad de establecimiento de objetivos en costes\***

Grupos de jefes de servicio según tipo de centro	Media	Desviación típica	N
Centros públicos pequeños	4,133	0,640	15
Centros públicos medianos	3,500	0,971	36
Grandes centros públicos	3,929	0,712	42
Centros privados	3,571	1,089	14
Total	3,766	0.875	107

\* BF =2.680 (sig.<0.05)

Las restricciones impuestas por la muestra y por la herramienta estadística utilizada no permiten confirmar la existencia de ninguna relación estadística respecto a las respuestas a esta pregunta. A pesar de ello, se intuye una relación entre aquellos encuestados que señalan que sus objetivos “no” cuentan con índices de medida no arbitrarios y el tipo de centro donde los encuestados ejercen su jefatura de servicio.

- La tabla de contingencia, **tabla 3.24**, muestra como entre los jefes de servicio de “centros privados” el porcentaje de encuestados que señala que sus objetivos “no” tienen índices de medida no arbitrarios es mayor que para los jefes de servicio de otros tipos de centros, especialmente en comparación con el grupo de encuestados de “centros públicos pequeños”.

### Pregunta 3.10 ●

¿Tienen sus objetivos índices de medida no arbitrarios?  
(Sí/No)

**Tabla 3.24 Tabla de contingencia**

**¿Tienen tus objetivos índices de medida no arbitrarios?**

			No	SÍ	Total
Grupos de jefes de servicio según tipo de centro	Centros públicos pequeños	N	2	13	15
		%	13,3%	86,7%	100%
	Centros públicos medianos	N	8	28	36
		%	22,22%	77,8%	100%
	Grandes centros públicos	N	13	26	39
		%	33,33%	66,67%	100%
	Centros privados	N	6	9	15
		%	40,0%	60,0%	100%
Total	N	29	76	105	
	%	27,6%	72,4%	100%	

Aunque no se puede confirmar, debido al tamaño reducido de la muestra, se intuye una relación entre aquellos encuestados que indican que los objetivos que pacta la dirección del centro “no” han sido previamente alcanzados y los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio.

- La **tabla 3.25** muestra como entre los jefes de servicio de perfil “gestor” el porcentaje de encuestados que señala que “no” pacta con la dirección objetivos ya alcanzados es mayor que para los jefes de servicio de los demás encuestados, especialmente en comparación con el grupo de perfil “investigador y docente”.

### Pregunta 3.11 ●

¿Alguno de los objetivos que pacta con la dirección está ya alcanzado?  
(Sí/No)

**Tabla 3.25 Tabla de contingencia**

**¿Algunos de los objetivos que pactas con la Dirección está ya pactado?**

			No	Si	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	8	17	25
		%	32,00%	68,00%	100%
	Clínico	N	4	23	27
		%	14,81%	85,19%	100%
	Investigador y docente	N	1	13	14
		%	7,14%	92,86%	100%
	Exclusivamente clínico	N	4	26	30
		%	13,33%	86,67%	100%
Total	N	17	79	96	
	%	17,71%	82,29%	100%	

Del mismo modo que en el caso anterior, aunque no se puede confirmar estadísticamente, se intuye una relación entre aquellos encuestados que indican que los objetivos que pacta la dirección del centro “no” han sido previamente alcanzados y los grupos de jefes de servicio según el tipo de centro en el que ejercen su función.

- La tabla de contingencia, **tabla 3.26**, muestra como entre los jefes de servicio de “centros públicos pequeños” el porcentaje de encuestados que señala que “no” pacta con la dirección objetivos ya alcanzados es mayor que para los jefes de servicio de que ejercen en los demás tipos de centros, especialmente en comparación los jefes de “grandes centros públicos”.

**Tabla 3.26 Tabla de contingencia**

**¿Algunos de los objetivos que pactas con la Dirección está ya apctado?**

			No	SÍ	Total
Grupos de jefes de servicio según tipo de centro	Centros públicos pequeños	N	6	10	16
		%	37,5%	62,5%	100%
	Centros públicos medianos	N	5	30	35
		%	14,3%	85,7%	100%
	Grandes centros públicos	N	3	35	38
		%	7,9%	92,1%	100%
	Centros privados	N	2	10	12
		%	16,7%	83,3%	100%
Total	N	16	85	101	
	%	15,8%	84,2%	100%	

Los jefes de servicio encuestados creen mayoritariamente que para alcanzar los objetivos propuestos es necesaria la colaboración de todos los estamentos del servicio es “bastante” o “completamente” necesaria, tal y como muestra la tabla a continuación.

Dada la escasa dispersión en las respuestas, **tabla 3.27**, de los encuestados el análisis estadístico no ha permitido identificar ninguna relación con los grupos de jefes de servicio propuestos en función de su comunidad autónoma, tipo de servicio, tipo de centro o patrón de actividad.

**Tabla 3.27 Resumen de respuestas a la pregunta 3.12**

**¿Hasta qué punto crees que para alcanzar los objetivos propuestos es necesaria la colaboración de todos los estamentos que trabajan en el servicio?**

Grado	Nº de jefes de servicio	%
Nada	0	0%
Poco	0	0%
Algo	2	1,7%
Bastante	48	41,7%
Completamente	65	56,5%
Total	115	100%

Aunque no puede confirmarse estadísticamente, debido a las ya mencionadas restricciones muestrales y analíticas, se intuye una relación entre aquellos encuestados que indican que los objetivos individuales en su servicio “no” se entrelazan con los del grupo / organización y los grupos de jefes de servicio según el tipo de centro en el que ejercen su función.

- La **tabla 3.28** muestra como entre los jefes de servicio de “centros públicos medianos” y de los “grandes centros públicos” los porcentajes de encuestados que señalan que los objetivos individuales “no” se entrelazan con los del grupo/organización son mayores que para los jefes de servicio de que ejercen en “centros privados”.

**Tabla 3.28 Tabla de contingencia**

**¿Se entrelazan los objetivos individuales con los del grupo/organización?**

			No	SÍ	Total
Grupos de jefes de servicio según tipo de centro	Centros públicos pequeños	N	2	14	16
		%	12,5%	87,5%	100%
	Centros públicos medianos	N	7	28	35
		%	20,00%	80,0%	100%
	Grandes centros públicos	N	8	31	39
		%	20,5%	79,5%	100
Centros privados	N	0	15	15	
	%	0,00%	100,0%	100%	
Total	N	17	88	105	
	%	16,2%	83,8%	100%	

### Pregunta 3.12 ●

¿Hasta qué punto cree que, en general, para alcanzar los objetivos propuestos es necesaria la colaboración de todos los estamentos que trabajan en el servicio? (Escala de 1 “Nada” a 5 “Completamente”)

### Pregunta 3.13 ●

¿Se entrelazan los objetivos individuales con los del grupo/organización? (Sí/No)

● **Pregunta 3.14**

¿En caso de cumplir los objetivos del servicio, se obtiene alguna gratificación? (Sí/No)

El análisis de contingencia ha confirmado una relación estadísticamente significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que en su servicio en el caso de cumplir los objetivos “no” se obtiene gratificación alguna y los grupos de jefes de servicio según la comunidad autónoma donde ejercen su actividad.

- La tabla de contingencia, **tabla 3.29**, confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas cuyas competencias de sanidad fueron transferidas antes de 1994 hay un mayor porcentaje de jefes que señala que en su servicio en el caso de cumplir los objetivos “no” se obtiene ninguna gratificación, en comparación con los jefes de servicio de las demás comunidades autónomas.

**Tabla 3.29 Tabla de contingencia**

**En caso de cumplir los objetivos del servicio, ¿se obtiene alguna gratificación?**

			No	Sí	Total
Grupos de jefes de servicio según si las competencias de sanidad de su CA fueron:	Después de 1994	N	16	21	37
		%	43,2%	56,8%	100%
	Antes de 1994	N	48	25	73
		%	65,7%	34,3%	100%
Total		N	64	46	110
		%	58,2%	41,8%	100%

Aunque no puede confirmarse estadísticamente, se intuye una relación entre aquellos encuestados que indican que en su servicio en el caso de cumplir los objetivos “no” se obtiene gratificación alguna y los grupos de jefes de servicio según el tipo de servicio que dirigen.

- La **tabla 3.30** muestra como entre los jefes de “servicios centrales y de apoyo” el porcentaje de encuestados que señala en el caso de cumplir los objetivos “no” se obtiene gratificación es mayor que entre los jefes de servicios de “especialidades clínicas” y los jefes de “servicios quirúrgicos”.



**Tabla 3.30 Tabla de contingencia**

**En caso de cumplir los objetivos del servicio, ¿se obtiene alguna gratificación?**

			No	SÍ	Total
Grupos de jefes de servicio según tipo de servicio	Servicios Centrales y Apoyo	N	13	3	16
		%	81,3%	18,7%	100%
	Servicios Quirúrgicos	N	12	12	24
		%	50,0%	50,0%	100%
	Especialidades Clínicas	N	29	26	55
		%	52,7%	47,3%	100%
Servicios de Salud Mental		N	13	6	19
		%	68,4%	31,6%	100%
Total		N	67	47	114
		%	58,7%	41,3%	100%

**Tabla 3.31 Resumen de respuestas a la pregunta 3.15**

		%	N
¿Crees en la gratificación personalizada?	No	12	10,52%
	Sí	102	89,47%
	Total	114	100%
¿Crees en la gratificación grupal por servicios?	No	26	22,80%
	Sí	88	77,19%
	Total	114	100%
¿Crees en la gratificación grupal por centros?	No	53	50%
	Sí	53	50%
	Total	106	100%

**Pregunta 3.15 ●**

¿Cree en la gratificación personalizada? ¿Cree en la gratificación grupal por servicios? ¿y en la gratificación grupal por centros? (Sí/No)

En conjunto, las respuestas de los jefes de servicio a estas tres preguntas son muy homogéneas para todos los grupos de jefes de servicio estudiados y por tanto no se identifican relaciones estadísticamente relevantes.

Aunque no puede confirmarse estadísticamente, se intuye una relación entre aquellos encuestados que indican que “no” creen en la gratificación personalizada y los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio.

- La tabla de contingencia, **tabla 3.32**, muestra como entre los jefes de servicio de perfiles “investigador y docente” y de perfil “gestor” el porcentaje de encuestados que dice “no” creer en la gratificación personalizada es mayor que entre los jefes de perfil “clínico” y los de perfil “exclusivamente clínico”.

**Tabla 3.32 Tabla de contingencia****¿Crees en la gratificación personalizada?**

			No	SÍ	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	5	20	25
		%	20,0%	80,0%	100%
	Clínico	N	1	30	31
		%	3,3%	96,7%	100%
	Investigador y docente	N	4	13	17
		%	23,5%	76,5%	100%
	Exclusivamente clínico	N	1	30	31
		%	3,3%	96,7%	100%
Total	N	11	93	104	
	%	10,6%	89,4%	100%	

Aunque tampoco puede confirmarse estadísticamente, se intuye una relación entre aquellos encuestados que indican que “no” creen en la gratificación grupal por servicios y los grupos de encuestados en función del tipo de centro donde ejercen la jefatura de servicio.

- La **tabla 3.33** muestra como entre los jefes de servicio “centros privados” el porcentaje de encuestados que dice “no” creer en la gratificación por servicios es claramente mayor que entre los jefes de servicio de “centros públicos medianos” y “centros públicos pequeños”.

**Tabla 3.33 Tabla de contingencia****¿Crees en la gratificación grupal por servicios?**

			No	SÍ	Total
Grupo de jefes de servicio según tipo de centro	Centros públicos pequeños	N	2	14	16
		%	12,5%	87,5%	100%
	Centros públicos medianos	N	4	32	36
		%	11,1%	88,9%	100%
	Grandes centros públicos	N	12	30	42
		%	28,6%	71,4%	100%
Centros privados	N	6	8	14	
	%	42,8%	57,2%	100%	
Total	N	24	84	108	
	%	22,2%	77,8%	100%	

### ● Pregunta 3.16

¿Interviene en la adjudicación personalizada de la gratificación? (Sí / No)

No se ha podido confirmar ninguna relación entre el hecho de que los encuestados participen o no en la adjudicación personalizada de la gratificación y los grupos de jefes de servicio analizados en función del tipo de centro, servicio, comunidad autónoma o patrón de actividad al frente del servicio.

- En la tabla de contingencia, **tabla 3.34**, se intuye una diferencia entre los porcentajes de respuestas de los jefes de servicio de perfil “gestor” y los jefes de perfil “investigador y docente”. Entre estos últimos es mayor el porcentaje que señala que “no” interviene en la adjudicación personalizada de la gratificación en su servicio.

**Tabla 3.34 Tabla de contingencia**

**¿Intervienes en la adjudicación personalizada de la gratificación?**

			No	SÍ	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	15	10	25
		%	60,0%	40,0%	100%
	Clínico	N	21	9	30
		%	70,0%	30,0%	100%
	Investigador y docente	N	13	3	16
		%	81,3%	18,8%	100%
	Exclusivamente clínico	N	19	10	29
		%	65,5%	34,5%	100%
Total	N	68	32	100	
	%	68,0%	32,0%	100%	

A pesar de que en este caso las respuestas no están concentradas en una sola categoría el análisis estadístico no ha permitido establecer relación estadística alguna entre aquellos encuestados que señalan que en sus servicio se exponen públicamente los objetivos individuales del grupo / organización y los grupos de jefes de servicio estudiados.

- La **tabla 3.35** permite observar como las diferencias en los porcentajes correspondientes a cada uno de los perfiles son relativamente reducidas. El único grupo que se destaca es el de los jefes de servicio de perfil “exclusivamente clínico”, con un mayor porcentaje que señala que “no” se expone en su servicio los objetivos individuales del grupo.

**Pregunta 3.17**

¿Se exponen públicamente los objetivos individuales, del grupo/organización?  
(Sí/No)

**Tabla 3.35 Tabla de contingencia**

**¿Se exponen públicamente los objetivos individuales del grupo/organización?**

			No	SÍ	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	12	12	24
		%	50,0%	50,0%	100%
	Clínico	N	17	14	31
		%	54,8%	45,2%	100%
	Investigador y docente	N	9	7	16
		%	56,3%	43,8%	100%
	Exclusivamente clínico	N	20	11	31
		%	64,5%	35,5%	100%
Total	N	58	44	102	
	%	56,9%	43,1%	100%	



## 3.4. CONTROL





## 3.4. CONTROL

**Tabla 4.1 RESPUESTA a la pregunta 4.1**

Señala el grado de control que necesitan las siguientes actividades respecto de tu servicio:

Actividades	Media	Desviación típica	N
La calidad percibida	1,310	0,568	113
Los protocolos de asistencia	1,274	0,504	113
Los costes	1,636	0,646	110
El desempeño personal	1,406	0,548	106

El análisis estadístico confirma que los grupos de encuestados según el tipo de servicio que dirigen valoran de forma distinta la necesidad de controles que deberían tener los costes en su servicio.

- Como muestra la tabla de ANOVA, **tabla 4.2**, se confirma que los jefes de “servicios centrales” y de “especialidades clínicas” entienden que los costes en los servicios necesitan unos controles con mayor prioridad, en comparación con la opinión de los jefes de “servicios de salud mental”.

**Tabla 4.2 ANOVA, resumen de estadísticos**

Grado de control que necesitan los costes\*

Grupos de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
Servicios Centrales y Apoyo	#1,438	0,512	16
Servicios Quirúrgicos	1,625	0,647	24
Especialidades Clínicas	#1,540	0,579	50
Servicios de Salud Mental	#2,105	0,737	19
Total	1,642	0,646	109

\*F =4,641 (sig. < 0,05).

El análisis estadístico confirma, además, que los grupos de encuestados según la comunidad autónoma donde ejercen su labor valoran de forma distinta la necesidad de controles a los que deberían someter los costes y la calidad percibida en su servicio.

- Como muestra la **tabla 4.3**, se confirma que, según los jefes de comunidades autónomas con competencias en sanidad desde antes de 1994, los costes en los servicios necesitan unos controles con mayor prioridad, en comparación con la opinión de encuestados de las demás comunidades autónomas.
- En la misma **tabla 4.3**, se confirma que, según los jefes de comunidades autónomas con competencias en sanidad desde antes de 1994, la calidad percibida en los servicios necesitan unos controles de mayor prioridad, en comparación con la opinión de encuestados de las demás comunidades autónomas.

### Pregunta 4.1 ●

Señale el grado de control que necesitan las siguientes actividades respecto de su servicio:  
(Escala: 1 “Prioritario”, 2 “Regular” y 3 “Ninguno”).

**Tabla 4.3 ANOVA, resumen de estadísticos**

Actividades	Grado de control que necesitan las siguientes actividades	Media	Desviac. típica	N
La calidad percibida (BF = 3,320*)	Transferidas después de 1994	1,472	0,696	36
	Transferidas antes de 1994	1,236	0,489	72
	Total	1,315	0,574	108
Los costes (F = 3,705*)	Transferidas después de 1994	1,806	0,668	36
	Transferidas antes de 1994	1,551	0,631	69
	Total	1,638	0,652	105

\*Significación < 0,05 .

## ● Pregunta 4.2

¿En qué medida necesita los siguientes tipos de información para poder controlar los procesos? (Escala de 1 "Nada" hasta "Mucha").

**Tabla 4.4 RESPUESTA a la pregunta 4.2**

¿En qué medida necesitas los siguientes tipos de información para poder controlar los procesos?

Tipos de Información	Media	Desviación típica	N
Cantidad de actividad asistencial para controlar los procesos	4,591	0,674	115
Planning diario individual miembros del servicio para controlar los procesos	3,868	1,026	114
Número de reclamaciones variables o escritas para controlar los procesos	3,670	1,066	115
Número de incidencias y clasificación para controlar los procesos	3,817	0,960	115
Consumo del servicio para controlar los procesos	3,772	1,031	114
Productos en stock para controlar los procesos	2,882	1,225	110

Respecto al tipo de información necesaria para controlar los procesos del servicio apuntada por los jefes de servicio se han identificado 4 relaciones estadísticamente relevantes en relación con las características de jefes de servicio estudiadas.

El análisis de regresión, **tabla 4.5**, confirma que la información que indican necesitar los encuestados sobre los productos en stock para controlar los procesos guarda relación con el tamaño del centro de los encuestados, medido el tamaño por el número de camas.

- Existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de camas del centro de los encuestados con una disminución en el grado de necesidad de información sobre los productos en stock para controlar los procesos según los encuestados.
- Aunque la relación existe estadísticamente, ésta es una relación de intensidad leve, indicando que el tamaño del centro no es el único factor que incide en la necesidad de información sobre productos en stock a la hora de controlar los procesos, según los encuestados.



**Tabla 4.5 Regresión**

Resumen del modelo de Regresión**	
R	R <sup>2</sup>
0,270	0,073

\*\*F = 7.954, (sig. < 0,01).

Coeficientes		
Variables en modelo	Coefficiente no estándar B	Error
(Constante)	3,488*	,239
Número de camas	-0,008197*	,000

\*Significación < 0,01.

El análisis estadístico confirma que los grupos de encuestados según el tipo de servicio que dirigen consideran que necesitan un grado de información distinto acerca del planning diario de los miembros del equipo y de los productos en stock, a la hora de controlar los procesos.

- Como muestra la **tabla 4.6**, se confirma que los jefes de “servicios quirúrgicos” indican que necesitan más información sobre el planning diario de los miembros del equipo para controlar los procesos, en comparación con la información que necesitan los jefes de “servicios de salud mental”.
- En la misma tabla **tabla 4.6**, se confirma que los jefes de “servicios centrales y de apoyo” y los jefes de “servicios quirúrgicos” indican que necesitan más información sobre los productos en stock para controlar los procesos, en comparación con la información que necesitan los jefes de “servicios de salud mental”.

**Tabla 4.6 ANOVA, resumen de estadísticos**

Para controlar los procesos del servicio se necesita información sobre

	Grupos de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviac. típica	N
El planning diario individual de los miembros del equipo (F = 3.487*)	Servicios Centrales y Apoyo	3,875	1,025	16
	Servicios Quirúrgicos	#4,360	0,860	25
	Especialidades Clínicas	3,774	0,993	53
	Servicios de Salud Mental	#3,421	1,121	19
	Total	3,858	1,025	113
Los productos en stock (F = 5.304**)	Servicios Centrales y Apoyo	#3,600	1,298	15
	Servicios Quirúrgicos	#3,125	0,947	24
	Especialidades Clínicas	2,846	1,161	52
	Servicios de Salud Mental	#2,056	1,305	18
	Total	2,881	1,230	109

\*Significación < 0,05; \*\* Significación < 0,01; # Diferencias significativas “post-hoc”

El análisis estadístico confirma que los perfiles de encuestados según su patrón de actividad frente al servicio consideran que necesitan un grado de información distinto acerca del número de reclamaciones verbales y escritas a la hora de controlar los procesos.

- Como muestra la tabla de ANOVA, **tabla 4.7**, se confirma que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” indican que necesitan más información sobre el número de reclamaciones verbales y escritas para controlar los procesos, en comparación con la información que necesitan los encuestados de perfil “clínico”.

**Tabla 4.7 ANOVA, resumen de estadísticos**

Necesidad de información de número de reclamaciones verbales o escritas para controlar los procesos\*

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	3,840	0,850	25
Clínico	#3,355	1,082	31
Investigador y docente	#4,235	0,752	17
Exclusivamente clínico	3,625	1,157	32
Total	3,695	1,039	105

\*F = 3.077 (sig. < 0,05); #Diferencias significativas 'post hoc'.

### Pregunta 4.3

¿Confecciona personalmente el cuadro de mandos del servicio? (Sí / No)

No se ha identificado ninguna relación entre el hecho de que los encuestados confeccionen, o no, el cuadro de mando de su servicio, con las características de los jefes de servicio encuestados analizadas.

- La tabla de contingencia, **tabla 4.8**, muestra como las diferencias en las respuestas de los jefes de servicio en función de los perfiles creados según su patrón de actividad son escasas.

**Tabla 4.8 Tabla de contingencia**

¿Confeccionas personalmente el cuadro de mandos del servicio?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	11	13	24
		%	45,8%	54,2%	100%
	Clínico	N	13	14	27
		%	48,1%	51,9%	100%
	Investigador y docente	N	8	9	17
		%	47,1%	52,9%	100%
	Exclusivamente clínico	N	10	18	28
		%	35,7%	64,3%	100%
Total	N	42	54	96	
	%	43,7%	56,3%	100%	

Se confirma una relación estadísticamente significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que “sí” cree que los datos que les solicita la dirección del centro son los adecuados para reflejar la actividad de su servicio y los perfiles de jefes de servicio según la su patrón de actividad al frente del servicio.

- La tabla de contingencia, **tabla 4.9**, confirma que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” cuentan con un mayor porcentaje de jefes que “sí” cree que los datos que les solicita la dirección de su centro son los adecuados para reflejar la actividad de su servicio, en comparación con los demás grupos de encuestados.

**Tabla 4.9** Tabla de contingencia\*

¿Crees que los datos que te solicita la Dirección del Centro son los adecuados para reflejar la actividad del servicio?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	12	14	26
		%	46,1%	53,8%	100%
	Clínico	N	18	12	30
		%	60,0%	40,0%	100%
	Investigador y docente	N	5	12	17
		%	29,4%	70,6%	100%
	Exclusivamente clínico	N	22	9	31
		%	71,0%	29,0%	100%
Total	N	57	47	104	
	%	54,8%	45,2%	100%	

\*Chi de Pearson 8.808 (sig < 0,05)

A pesar de que esta pregunta indagaba acerca de cuatro fuentes de información de los jefes de servicio encuestados solo se han identificado dos relaciones que indiquen que los jefes de servicio obtengan la información de forma diferenciada según su especialidad, tipo de centro o tipo de actividad.

Se confirma una relación estadísticamente significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que “sí” obtiene información para el control de los informes del personal de enfermería y los perfiles de jefes de servicio según la su patrón de actividad al frente del servicio.

- La tabla de contingencia, **tabla 4.10**, confirma que los jefes de servicio de perfiles “investigador y docente” y de perfil “exclusivamente clínico” cuentan con un mayor porcentaje de jefes que “sí” obtiene información para el control de los informes del personal de enfermería, en comparación con los otros dos perfiles de jefes de servicio.

#### Pregunta 4.4 ●

¿Cree que los datos que le solicita la Dirección del Centro son los adecuados para reflejar la actividad del servicio?  
(Sí / No)

#### Pregunta 4.5 ●

En cualquier caso, ¿cómo obtiene la información? (Sí / No)

- Informes de los facultativos del servicio
- Estadísticas recogidas personalmente
- Informes del personal de enfermería
- Informes de servicios ajenos



**Tabla 4.10** Tabla de contingencia\*

**¿Obtienes información con informes del personal de enfermería?**

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	11	10	21
		%	52,4%	47,6%	100%
	Clínico	N	13	14	27
		%	48,1%	51,8%	100%
	Investigador y docente	N	3	11	14
		%	21,4%	78,6%	100%
Exclusivamente clínico	N	15	20	25	
	%	20,0%	80,0%	100%	
Total	N	32	55	87	
	%	36,8%	63,2%	100%	

\*Chi de Pearson 8.145 (sig < 0,05).

El análisis estadístico no confirma una relación significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que obtiene información para el control de los informes del personal de enfermería y los grupos de jefes de servicio según el tipo de servicio que dirigen.

- A pesar de ello, se intuye, en la **tabla 4.11**, una relación en el alto porcentaje de jefes de “servicios quirúrgicos” que indica que “no” obtiene información a partir de los informes del personal de enfermería, a diferencia de los demás grupos de encuestados, quienes mayoritariamente señalan que “sí” obtienen información del personal de enfermería.

**Tabla 4.11** Tabla de contingencia

**¿Obtienes información con informes del personal de enfermería?**

			No	Sí	Total
Grupo de jefes según tipo de servicio	Servicio Central y Apoyo	N	4	7	11
		%	36,4%	63,6%	100%
	Servicio Quirúrgicos	N	13	8	21
		%	61,9%	38,1%	100%
	Especialidades Clínicas	N	13	35	48
		%	27,1%	72,9%	100%
Servicio de Salud Mental	N	6	9	15	
	%	40,0%	60,0%	100%	
Total	N	36	59	95	
	%	37,9%	62,1%	100%	

**Tabla 4.12 RESPUESTA a la pregunta 4.6**

Si los datos obtenidos no son los esperados, indica tu capacidad para...

Capacidad para:	Media	Desviación típica	N
Detectar fácilmente los motivos	3,482	0,849	112
Evitar que sigan produciéndose	3,098	0,859	112
Corregirlos	3,159	0,892	107

El análisis estadístico confirma que los grupos de encuestados según la comunidad autónoma en la que ejercen indican que tienen distinta capacidad para corregir cuando los datos obtenidos no son los esperados.

- Como muestra la **tabla 4.13** se confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas con competencias en sanidad transferidas antes de 1994 señalan que tienen una mayor capacidad para corregir unos datos no esperados en comparación con los jefes de servicio de otras comunidades autónomas.

**Tabla 4.13 ANOVA, resumen de estadísticos**

Si los datos obtenidos no son los esperados, ¿cuál es tu capacidad para corregirlos?\*

Grupos de jefes de servicio según: si las competencias de sanidad de su CA fueron	Media	Desviación típica	N
Transferidas después de 1994	2,879	0,927	33
Transferidas antes de 1994	3,300	0,874	70
Total	3,165	0,909	103

\*Estadístico F =5.010, (sig. < 0.05)

El análisis estadístico confirma que los perfiles de encuestados según su patrón de actividad al frente del servicio indican que ante unos resultados no esperados tienen una distinta capacidad para: detectar fácilmente los motivos, evitar que sigan produciéndose y para corregirlos.

- Como muestra la **tabla 4.14**, se confirma que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” indican que tienen una mayor capacidad para detectar fácilmente los motivos de unos datos no esperados, en comparación con la opinión de los jefes de servicio de perfil “exclusivamente clínico”.
- La **tabla 4.14**, también confirma que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” indican que tienen una mayor capacidad para evitar que sigan produciéndose los datos no esperados, en comparación con la opinión de los jefes de servicio de perfil “exclusivamente clínico”.
- Finalmente, en la **tabla 4.14** se confirma que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” indican que tienen una mayor capacidad corregir los datos no esperados, en comparación con la opinión de los jefes de servicio de perfil “exclusivamente clínico”.

## Pregunta 4.6 ●

Si los datos obtenidos no son los esperados, indique su capacidad para.... (Escala de 1 “Nada” hasta 5 “Completa”).

- Detectar fácilmente los motivos
- Evitar que sigan produciéndose
- Corregirlos

**Tabla 4.14 ANOVA, resumen de estadísticos**

Si los datos obtenidos no son los esperados, ¿Cuál es tu capacidad para...?	Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviac. típica	N
Detectar fácilmente los motivos (BF = 3.306)*	Gestor	3,538	0,905	26
	Clínico	3,464	0,744	28
	Investigador y docente	#3,941	0,556	17
	Exclusivamente clínico	#3,194	0,946	31
	Total	3,480	0,853	102
Evitar que sigan produciéndose (F = 5.518)**	Gestor	3,269	0,874	26
	Clínico	3,143	0,756	28
	Investigador y docente	#3,588	0,870	17
	Exclusivamente clínico	#2,677	0,702	31
	Total	3,108	0,843	102
Corregirlos (F = 5.249)**	Gestor	3,462	0,948	26
	Clínico	3,120	0,781	25
	Investigador y docente	#3,588	0,795	17
	Exclusivamente clínico	#2,724	0,797	29
	Total	3,175	0,890	97

\*Significación < 0,05; \*\*Significación < 0,01; #Diferencias significativas 'post hoc'.

El análisis de regresión, **tabla 4.15**, confirma que el grado de capacidad de los encuestados para evitar que unos datos inesperados sigan produciéndose guarda relación con el tamaño del centro de los encuestados, medido mediante el número de camas.

- Existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de camas del centro de los encuestados con una disminución en el grado de capacidad de los encuestados, para evitar que unos datos inesperados sigan produciéndose que los encuestados dicen que necesitan para controlar los procesos.
- Aunque la relación existe estadísticamente, ésta es una relación de intensidad débil, indicando que el tamaño del centro no es el único factor que incide en la variabilidad de la capacidad de los encuestados para evitar que unos datos inesperados sigan produciéndose, según los encuestados.

**Tabla 4.15 Regresión: Variable dependiente. Si los datos obtenidos no son esperados ¿cuál es tu capacidad para evitar que sigan produciéndose?**

Resumen del modelo de Regresión*	
R	R <sup>2</sup>
0,249	0,062

\*F = 6.833, (sig. < 0,01).

Coeficientes**		
Variables en modelo	Coficiente no estándar B	Error
(Constante)	3,499*	0,161
Número de camas del centro	-0,0005155**	0,000

\*\*Significación < 0,01.

A pesar de contar la pregunta 5.7 con seis subapartados sólo se han aislado estadísticamente dos relaciones significativas entre las respuestas de los jefes de servicio y las variables independientes.

Se confirma una relación estadísticamente significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que “sí” han tenido que rectificar sus objetivos a causa de falta de seguimiento y los grupos de jefes de servicio el tipo de centro en el que ejercen su función.

- La **tabla 4.16** confirma entre los jefes de servicio de “centros públicos medianos” hay un mayor porcentaje de jefes que indica que “sí” ha tenido que rectificar objetivos a causa de una falta de seguimiento, en comparación con los demás grupos de jefes de servicio.

**Tabla 4.16** Tabla de contingencia\*

En alguna ocasión ¿has tenido que rectificar los objetos a causa de falta de dedicación a su seguimiento?

			No	Sí	Total
Grupo de jefes de servicio según tipo de centro	Centro públicos pequeños	N	13	3	16
		%	81,2%	18,7%	100%
	Centro públicos medianos	N	16	18	34
		%	47,1%	52,9%	100%
	Grandes centros públicos	N	26	11	37
		%	70,3%	29,7%	100%
	Centro privados	N	13	2	15
		%	86,7%	13,3%	100%
Total	N	68	34	102	
	%	66,7%	33,3%	100%	

\*Chi-Pearson 10.330; V de Cramer 0,318 (sig < 0,05).

Se confirma una relación estadísticamente significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que “no” han tenido que rectificar sus objetivos a causa de un cambio de política sanitaria de su centro / hospital y los grupos de jefes de servicio según su comunidad autónoma.

- La tabla de contingencia, **tabla 4.17**, confirma entre los jefes de servicio de comunidades autónomas con competencias en sanidad de después de 1994 hay un mayor porcentaje de encuestados que indican “no” ha tenido que rectificar objetivos a causa de un cambio en la política sanitaria del centro / hospital, en comparación con los jefes de servicio de las otras comunidades autónomas.

## Pregunta 4.7 ●

En alguna ocasión, ¿ha tenido que rectificar los objetivos a causa de...? (Sí /No)

- Cambio de política sanitaria en el Hospital/Centro
- Escaso apoyo del personal ajeno al servicio
- Escasa motivación de los miembros del equipo
- Planteamientos inicialmente optimistas
- Desaparición de las circunstancias que los motivaron
- Falta de dedicación a su seguimiento

**Tabla 4.17 Tabla de contingencia\***

En alguna ocasión ¿has tenido que rectificar los objetos a causa de un cambio de política sanitaria en el Hospital/Centro?

Grupos de jefes de servicio según: si las competencias de sanidad de su CA fueron		No	Sí	Total
Transferidas después de 1994	N	24	12	36
	%	66,7%	33,3%	100%
Transferidas antes de 1994	N	32	40	72
	%	44,4%	55,6%	100%
Total	N	56	52	108
	%	51,8%	48,1%	100%

\*Chi-Pearson 10.330; V de Cramer 0,318 (sig < 0,05).

### ● Pregunta 4.8

Indique, por favor, en qué medida pueden facilitar la consecución de los objetivos, las siguientes actuaciones (Escala de 1 "Nada" hasta 5 "Mucha").

**Tabla 4.18 RESPUESTAS a la pregunta 4.8**

Indica, por favor, en qué medida pueden facilitar la consecución de los objetivos, las siguientes actuaciones

Actividades	Media	Desv. típ.	N
Comunicarse a menudo con personal implicado dentro del servicio	4,569	0,547	116
Comunicarse a menudo con personal implicado externo al servicio	3,377	1,034	114
Revisar los protocolos de actuación	4,103	0,762	116
Mejorar el sistema de seguimiento	4,129	0,840	116
Aumentar los incentivos	3,875	1,148	112
Ejercer algún tipo de presión	2,754	1,061	114
Evitar el perfeccionismo	2,807	0,918	109
Marginar individuos conflictivos	2,693	1,227	114
Tomar medidas disciplinarias	2,079	0,913	114

Respecto a las actuaciones que pueden facilitar la consecución de los objetivos según los jefes de servicio se han confirmado 5 relaciones con las variables independientes.

El análisis estadístico confirma que los grupos de encuestados según el tipo de servicio que dirigen entienden de forma distinta el modo en que comunicarse a menudo con el personal implicado externo al servicio y aumentar los incentivos pueden facilitar la consecución de los objetivos del servicio.

- Como muestra la tabla de ANOVA, **tabla 4.19**, se confirma que los jefes de "servicios centrales y de apoyo" entienden que comunicarse a menudo con el personal implicado externo al servicio puede facilitar en mayor medida la consecución de los objetivos del servicio, en comparación con la opinión de los jefes de "servicio de salud mental".



- Aunque el análisis ANOVA no confirma la diferencia, la **tabla 4.19** permite intuir que los jefes de “servicios quirúrgicos” entienden que aumentar los incentivos puede facilitar en mayor medida la consecución de los objetivos del servicio, en comparación con la opinión de los jefes de “servicios centrales y de apoyo” y de “servicios de salud mental”.

**Tabla 4.19 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿En qué medida puede facilitar la consecución de los objetivos las siguientes actuaciones?**

Actuaciones	Grupo de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
Comunicarse a menudo con personal implicado externo al servicio (BF=4.324*)	Servicio centrales y apoyo	#4,063	0,574	16
	Servicio Quirúrgicos	3,280	1,173	25
	Especialidades Clínicas	3,370	1,051	54
	Servicios de Salud Mental	#2,944	0,873	18
	Total	3,381	1,038	113
Aumentar los incentivos (F=3.716*)	Servicio centrales y apoyo	3,333	1,447	15
	Servicio Quirúrgicos	4,240	1,052	25
	Especialidades Clínicas	4,019	1,038	52
	Servicios de Salud Mental	3,368	1,065	19
	Total	3,865	1,148	111

\*Significación < 0,05; #Diferencias significativas 'post hoc'.

El análisis estadístico también confirma que los perfiles de encuestados según su patrón de actividad al frente del servicio entienden de forma distinta el modo en que comunicarse a menudo con el personal implicado dentro del servicio y revisar los protocolos de actuación pueden facilitar la consecución de los objetivos del servicio.

- Como muestra la tabla de ANOVA, **tabla 4.20**, se confirma que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” entienden que comunicarse a menudo con el personal implicado dentro del servicio puede facilitar en mayor medida la consecución de los objetivos del servicio, en comparación con la opinión de los jefes de perfil “clínico”.
- Así mismo, en la **tabla 4.20**, se confirma que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” entienden que revisar los protocolos de actuación puede facilitar en mayor medida la consecución de los objetivos del servicio, en comparación con la opinión de los jefes de perfil “clínico”.

**Tabla 4.20 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿En qué medida puede facilitar la consecución de los objetivos las siguientes actuaciones?**

Actuaciones	Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Comunicarse a menudo con personal implicado dentro del servicio (BF = 5.870*)	Gestor	4,577	0,504	26
	Clinico	#4,323	0,653	31
	Investigador y docente	#4,941	0,243	17
	Exclusivamente clínico	4,563	0,504	32
	Total	4,557	0,553	106
Revisar los protocolos de actuación (F = 2.801*)	Gestor	4,115	0,653	26
	Clinico	#3,935	0,680	31
	Investigador y docente	#4,529	0,717	17
	Exclusivamente clínico	4,063	0,716	32
	Total	4,113	0,708	106

\*Significación < 0,05; \*\*Significación <0,01; #Diferencias significativas 'post hoc'.

El análisis estadístico confirma que los grupos de encuestados según la comunidad autónoma indican que valoran de forma distinta capacidad que tiene el evitar el perfeccionismo para facilitar la consecución de los objetivos.

- Como muestra la **tabla 4.21**, se confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas con competencias de sanidad de antes de 1994 consideran que evitar el perfeccionismo que tiene una mayor capacidad para facilitar la consecución de los objetivos, en comparación con la opinión de los jefes de servicio de las demás comunidades autónomas.

**Tabla 4.21 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿En qué medida puede facilitar la consecución de los objetivos evitar el perfeccionismo\*\*?**

Grupos de jefes de servicios según si las competencias de sanidad de su CA fueron:	Media	Desv. típica	N
Transferidas después de 1994	2,471	0,861	34
Transferidas antes de 1994	2,986	0,893	70
Total	2,817	0,911	104

\*\*F=7,795 (sig. <0,01).





## 3.5 TOMA DE DECISIONES





## 3.5. TOMA DE DECISIONES

**Tabla 5.1 RESPUESTA a la pregunta 5.1**

¿Hasta qué punto te identificas con alguna de estas situaciones respecto de la toma de decisiones?

Situaciones	Media	Desv. típica	N
Trasladar la toma de decisiones a tus superiores jerárquico	2,087	0,951	115
Trasladar la toma de decisiones a una persona de tu confianza	2,539	1,103	115
Organizar un grupo que se responsabilice del problema	2,974	1,190	116
Averiguar qué decisión será más valorada por tu superior jerárquico	2,214	1,094	112
Escoger la situación más fácil o menos costosa	2,600	1,138	115
Pensar que el problema se solucionará él sólo, con el paso del tiempo	1,643	0,774	115
Delegar en tus subordinados	2,704	1,131	115

La pregunta 5.1 presentaba ante los jefes de servicio encuestados hasta ocho situaciones en la toma de decisiones para que valoraran el grado en que se sentían identificados. Los grupos de encuestados según las variables independientes únicamente han mostrado patrones de respuestas diferenciados ante dos de estas situaciones.

El análisis estadístico confirma que los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio, indican que se identifican de forma distinta con el tener que trasladar la toma de decisiones a una persona de su confianza.

- Aunque el análisis ANOVA no confirma la diferencia, la **tabla 5.2** permite intuir que los jefes de servicio de perfil "clínico" indican que se identifican en mayor grado con el tener que trasladar la toma de decisiones a una persona de su confianza, en comparación con la opinión de los demás encuestados de los otros perfiles.

**Tabla 5.2 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Hasta qué punto te identificas con tener que trasladar la toma de decisiones a una persona de tu confianza? \*\*

¿Perfiles de jefes de servicio según patrón de decisiones a una persona de tu confianza?	Media	Desv. típica	N
Gestor	2,346	1,198	26
Clínico	3,032	0,795	31
Investigador y docente	2,353	1,057	17
Exclusivamente clínico	2,387	1,116	31
Total	2,562	1,073	105

\*\*F=7,795 (sig. <0,01).

### Pregunta 5.1 ●

¿Hasta qué punto le identifica con alguna de estas situaciones respecto de la toma de decisiones?  
(Escala desde 1 "Nada" hasta 5 "Del todo")

El análisis de regresión confirma que el grado en que los encuestados dicen identificarse con escoger la situación más fácil o menos costosa ante la toma de decisiones guarda relación con el tamaño del servicio que dirigen los propios encuestados, medido en número de personas que componen su equipo.

- Existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de personas que componen el equipo del encuestado con una disminución en el grado de identificación del propio encuestado con escoger la situación más fácil o menos costosa en la toma de decisiones.
- Aunque la relación existe estadísticamente, ésta es una relación de intensidad especialmente débil. De este modo debe entenderse que el tamaño del servicio no es sólo un factor que explica una pequeña parte de la variabilidad en el grado en que los encuestados se identifican con escoger la situación más fácil o menos costosa y que otras variables no estudiadas aquí pueden explicar una mayor parte de esa variabilidad.

**Tabla 5.3 Regresión**

**Variable dependiente: En la toma de decisiones ¿Hasta qué punto te identificas con escoger la situación más fácil o menos costosa?**

Resumen del modelo de Regresión*	
R	R <sup>2</sup>
0,214	0,046

\* F = 8.327 (sig. < 0,05).

Coeficientes		
Variabes en modelo	Coefficiente no estándar B	Error
(Constante)	2,974	0,169
Número de personas que componen el equipo de trabajo del servicio	0,09295*	0,004

\*Significación < 0,05.

## ● Pregunta 5.2

Al afrontar el problema, ¿hasta qué punto le plantea alguna de las siguientes cuestiones? (Escala desde 1 "Nada" hasta 5 "Totalmente")

**Tabla 5.4 RESPUESTA a la pregunta 5.2**

**Al afrontar el problema, ¿hasta qué punto te planteas alguna de las siguientes cuestiones?**

Cuestiones:	Media	Desv. típica	N
La precisión en su delimitación	4,139	0,674	115
El análisis de su causa	4,319	0,654	116
Si recae en el área de tu responsabilidad	4,149	0,767	114
Las consecuencias de la no solución del problema	4,105	0,866	114
Las posible conveniencia de compartir la decisión con otras personas	3,904	0,749	115
Afrontar el problema, de momento, parcialmente	3,009	0,982	112



El análisis estadístico confirma que los grupos de encuestados, según el tipo de servicio que dirigen, indican que se plantean de un modo distinto al afrontar un problema la precisión en la delimitación del mismo y si el problema recae en su área de responsabilidad.

- Como muestra la tabla de ANOVA, **tabla 5.5**, se confirma que los jefes de “servicios de salud mental” señalan que se plantean en mayor grado la delimitación del problema al afrontarlo, en comparación con la opinión de los jefes de “servicio de centrales y de apoyo”.
- Aunque el análisis ANOVA no confirma la diferencia, la **tabla 5.5**, permite intuir que los jefes de “servicios quirúrgicos” señalan que se plantean en mayor grado al afrontar un problema si recae sobre su área de responsabilidad, en comparación con la opinión de los jefes de “servicios centrales y de apoyo”.

**Tabla 5.5 ANOVA, resumen de estadísticos**

Al afrontar el problema, ¿hasta qué punto te planteas las siguientes cuestiones?

Cuestiones	Grupos de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
La precisión en su delimitación (F = 4,003**)	Servicio centrales y apoyo	#3,625	0,885	16
	Servicio Quirúrgicos	4,200	0,707	25
	Especialidades Clínicas	4,185	0,517	54
	Servicios de Salud Mental	#4,316	0,672	19
	Total	4,132	0,672	114
Si recae en el área de tu responsabilidad (BF = 2,489*)	Servicio centrales y apoyo	3,733	1,163	16
	Servicio Quirúrgicos	4,440	0,507	24
	Especialidades Clínicas	4,130	0,702	54
	Servicios de Salud Mental	4,105	0,737	19
	Total	4,142	0,766	113

\*Significación < 0,05; \*\*Significación <0,01; #Diferencias significativas ‘post hoc’.

**Tabla 5.6 RESPUESTAS a la pregunta 5.3**

¿En qué medida estás familiarizado con el uso de las siguientes técnicas y herramientas en la toma de decisiones?

	Media	Desv. típica.	N
Árbol de decisiones	2,948	0,935	115
Tormenta de ideas	3,070	1,142	114
Diagrama de causa efecto	2,461	1,037	115
Total	3,018	1,047	114

### Pregunta 5.3

¿En qué medida está familiarizado con el uso de las siguientes técnicas y herramientas en la toma de decisiones? (Escala desde 1 “Nada” hasta 5 “Totalmente”)



El análisis estadístico confirma que los grupos de encuestados, según el tipo de servicio que dirigen, indican que conocen en un grado distinto dos herramientas para la toma de decisiones: el árbol de decisiones y la tormenta de ideas.

- Como muestra la tabla de ANOVA, **tabla 5.7**, se confirma que los jefes de “servicios de salud mental” consideran que conocen en mayor grado el árbol de decisiones, en comparación con la opinión de los jefes de “servicios quirúrgicos”.
- Además, el análisis ANOVA, **tabla 5.7**, confirma también que los mismos jefes de “servicios de salud mental” consideran que tienen un mayor grado de conocimiento de la tormenta de ideas”, en comparación con la opinión de los jefes de “servicios quirúrgicos”.

**Tabla 5.7 ANOVA, resumen de estadísticos**

**Grado de conocimiento de las siguientes técnicas y herramientas para la de decisión**

Técnicas	Grupos de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
Árbol de decisiones (BF = 5,296)**	Servicio centrales y apoyo	3,000	0,632	16
	Servicio Quirúrgicos	#2,400	1,155	25
	Especialidades Clínicas	3,000	0,847	54
	Servicios de Salud Mental	#3,421	0,769	19
	Total	2,939	0,934	114
Tormenta de ideas (BF = 3,882)*	Servicio centrales y apoyo	3,313	1,078	16
	Servicio Quirúrgicos	#2,500	1,383	24
	Especialidades Clínicas	3,074	1,007	54
	Servicios de Salud Mental	#3,632	0,955	19
	Total	3,080	1,143	113

\*Significación < 0,05; \*\*Significación <0,01; #Diferencias significativas ‘post hoc’.

El análisis estadístico confirma que los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio indican que conocen en un grado distinto las técnicas estadísticas para la toma de decisiones.

- Como muestra la tabla de ANOVA, **tabla 5.8**, se confirma que los jefes de servicio “investigadores” consideran que conocen en mayor grado las técnicas estadísticas para la toma de decisiones en comparación con la opinión de los jefes de servicio de perfil “exclusivamente clínico”.

**Tabla 5.8 ANOVA, resumen de estadísticos**

Grado de conocimiento de técnicas estadísticas para la toma de decisiones\*

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	3,077	1,129	26
Clínico	3,067	0,907	30
Investigador y docente	#3,706	0,772	17
Exclusivamente clínico	#2,774	1,087	31
Total	3,087	1,034	104

\*F = 3.166 (sig. <0,05); #Diferencias significativas 'post hoc'.

**Tabla 5.9 RESPUESTA a la pregunta 5.4**

Al adoptar una solución ¿Hasta qué punto..?

Se plantea:	Media	Desv. típica	N
Valora quiénes se verán beneficiados o perjudicados por la solución adoptada	4,174	0,550	115
Valora el grado de aceptación por el resto de la organización	4,096	0,564	114
Solicitas la opinión de personas que trabajan en la organización	4,034	0,632	116
Solicitas la opinión de personas ajenas a la organización	2,420	1,001	112
Valoras el impacto sobre el paciente	4,465	0,567	114

### Pregunta 5.4

Al adoptar una solución ¿Hasta qué punto...? (Escala desde 1 "Nada" hasta 5 "Del todo")

El análisis estadístico confirma que los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio, al afrontar una decisión, indican que valoran en un grado distinto: quienes se verán beneficiados o perjudicados por la solución adoptada, el grado de aceptación por el resto de la organización y el impacto sobre el paciente.

- Como muestra la tabla de ANOVA, **tabla 5.10**, se confirma que los jefes de servicio de perfil "investigador y docente" consideran que valoran en mayor grado quienes se verán beneficiados o perjudicados por la solución adoptada, en comparación con la opinión de los jefes de perfil "clínico".
- En la misma **tabla 5.10**, se confirma que los jefes de servicio de perfil "investigador y docente" consideran que valoran en mayor grado de aceptación de la solución por el resto de la organización, en comparación con la opinión de los encuestados de perfil "clínico".
- Finalmente, en la **tabla 5.10**, se confirma que los jefes de servicio de perfil "investigador y docente" consideran que valoran en mayor grado el impacto de la solución sobre el paciente, en comparación con la opinión de los encuestados de perfil "clínico".

**Tabla 5.10 ANOVA, resumen de estadísticos**

**Al adoptar una solución, ¿hasta qué punto realiza las siguientes acciones...?**

Acciones	Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Valora quiénes se verán beneficiados o perjudicados por la solución adoptada (F = 5.494**)	Gestor	4,231	0,514	26
	Clínico	#3,871	0,499	31
	Investigador y docente	#4,471	0,514	17
	Exclusivamente clínico	4,161	0,523	31
	Total	4,143	0,545	105
Valora el grado de aceptación por el resto de la organización (F = 3.688*)	Gestor	4,192	0,491	26
	Clínico	#3,900	0,662	30
	Investigador y docente	#4,412	0,507	17
	Exclusivamente clínico	4,097	0,396	31
	Total	4,115	0,545	104
Valoras el impacto sobre el paciente (F = 5,773**)	Gestor	4,538	0,508	26
	Clínico	#4,167	0,648	30
	Investigador y docente	#4,824	0,393	17
	Exclusivamente clínico	4,452	0,506	31
	Total	4,452	0,506	104

\*Significación < 0,05; \*\*Significación <0,01; #Diferencias significativas 'post hoc'.

El análisis estadístico también confirma que los grupos de encuestados según el patrón de actividad al frente del servicio, consideran que al afrontar una decisión, solicitan la opinión de las personas que trabajan en la organización en un grado distinto.

- Aunque el análisis ANOVA no confirma la diferencia, la **tabla 5.11** permite intuir que los jefes de servicio de perfiles "investigador y docente" y de "gestor" indican que solicitan la opinión de personas que trabajan en la organización en mayor grado, en comparación con los jefes de perfiles "clínico" y "exclusivamente clínico".

**Tabla 5.11 ANOVA, resumen de estadísticos**

**Al adoptar una solución, ¿hasta qué punto solicitas la opinión de personas que trabajan en la organización?\***

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	4,231	0,514	26
Clínico	3,871	0,718	31
Investigador y docente	4,353	0,493	17
Exclusivamente clínico	3,938	0,619	32
Total	4,057	0,630	106

\*F= 2,653 (sig.<0,05)

El análisis estadístico confirma que los grupos de encuestados según la comunidad autónoma al adoptar una decisión, consideran que valoran en un grado distinto: quienes se verán beneficiados o perjudicados por la solución adoptada y el impacto sobre el paciente.

- Como muestra la tabla de ANOVA, **tabla 5.12**, se confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas con competencias de sanidad de antes de 1994 indican que valoran en mayor grado quienes se verán beneficiados o perjudicados por la solución adoptada, en comparación con la opinión de los jefes de las restantes comunidades.
- Como muestra la **tabla 5.12**, se confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas con competencias de sanidad de antes de 1994 indican que valoran en mayor grado el impacto de la solución sobre el paciente, en comparación con la opinión de los demás jefes.

**Tabla 5.12 ANOVA, resumen de estadísticos**

**Al adoptar una solución, ¿hasta qué punto realiza las siguientes acciones...?**

Acciones	Jefes de servicio según si la gestión de la sanidad en su Comunidad Autónoma fue...	Media	Desviación típica	N
Valora quiénes se verán beneficiados o perjudicados por la solución adoptada (F = 8,113**)	Transferidas después de 1994	3,973	0,600	37
	Transferidas antes de 1994	4,284	0,511	74
	Total	4,180	0,559	111
Valoras el impacto sobre el paciente (F = 8,959**)	Transferidas después de 1994	4,243	0,597	37
	Transferidas antes de 1994	4,575	0,525	73
	Total	4,464	0,570	110

\*\*Significación < 0,01.

**Tabla 5.13 RESPUESTA a la pregunta 5.5**

**Al evaluar las posibles soluciones propuestas, ¿tienes en cuenta...?**

Tiene en cuenta:	Media	Desviación típica	N
Los beneficios que aporta cada a los pacientes	4,487	0,519	115
Los beneficios que aporta cada a la organización	4,079	0,597	114
Las dificultades de su implantación para los pacientes	4,310	0,536	113
Las dificultades de su implantación para la organización	4,097	0,668	113
La ayuda ajena a la organización que requiere cada una	3,455	0,842	110
Los posibles problemas que pueden ocasionar	3,974	0,614	115
Los criterios de aceptación de cada una	3,826	0,625	115
Las consecuencias financieras de cada una	3,375	1,023	112

### Pregunta 5.5

Al evaluar las posibles soluciones propuestas, ¿tiene en cuenta...?  
(1= "Nada"; 5= "Del todo")

A pesar de la extensa relación de factores considerados en este apartado del cuestionario el contraste estadístico ha mostrado un considerable grado de homogeneidad en las respuestas de los jefes de servicio encuestados.

El análisis estadístico confirma que los perfiles de encuestados según el patrón de actividad al frente del servicio, indican que al evaluar las posibles soluciones de un problema tienen en cuenta en distinto grado los beneficios que cada una aporta a los pacientes y las dificultades en su implantación para los pacientes.

- Como muestra la tabla de ANOVA, **tabla 5.14**, se confirma que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” indican que tienen en mayor consideración los beneficios que cada una de las soluciones aporta a los pacientes, en comparación con la opinión de los encuestados de perfil “clínico”.
- Además, en la tabla **tabla 5.14**, se confirma también que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” indican que tienen en mayor consideración las dificultades que la implantación de la solución impone a los pacientes, en comparación con la opinión de los encuestados de perfil “clínico”.

**Tabla 5.14 ANOVA, resumen de estadísticos**

**Al evaluar las posibles soluciones propuestas ¿tienes en cuenta los siguientes aspectos...?**

Aspectos	Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Los beneficios que aporta cada uno los pacientes (BF = 2.607)	Gestor	4,423	0,504	26
	Clínico	#4,355	0,486	31
	Investigador y docente	#4,765	0,437	17
	Exclusivamente clínico	4,484	0,570	31
	Total	4,476	0,521	105
Las dificultades de su implantación para los pacientes (F = 3.722*)	Gestor	4,240	0,597	25
	Clínico	#4,133	0,507	30
	Investigador y docente	#4,647	0,493	17
	Exclusivamente clínico	4,290	0,461	31
	Total	4,291	0,536	103

\*Significación < 0,05; #Diferencias significativas 'post hoc'.

## ● Pregunta 5.6

Una vez tomadas las decisiones, ¿hasta qué punto planifica las siguientes cuestiones? (1=“Nada”; 5= “Del todo”)

**Tabla 5.15 RESPUESTAS a la pregunta 5.6**

**Una vez tomadas las decisiones ¿hasta qué punto planificas las siguientes cuestiones?**

Cuestiones:	Media	Desv. típica	N
Qué es lo que tienes que decir y a quién	4,148	0,764	115
Planificas el medio de comunicación de la decisión	3,774	0,889	115
Planificas el orden personalizado de recepción de la información	3,693	0,853	114
Planificas algún sistema de control de los resultados obtenidos	3,583	0,878	115

El análisis estadístico confirma que los perfiles de encuestados según el patrón de actividad al frente del servicio, señalan que, una vez tomada una decisión, planifican en un grado distinto qué es lo que deben decir y a quién así como el orden personalizado de recepción de la decisión.

- Como muestra la **tabla 5.16**, se confirma que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” indican que planifican en mayor grado qué es lo que deben decir y a quién, en comparación con la opinión de los jefes de perfil “clínico”.
- Además, en la **tabla 5.16**, se confirma también que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” indican que planifican en mayor medida el orden personalizado de recepción de la decisión, en comparación con la opinión de los encuestados de perfil “clínico”.

**Tabla 5.16 ANOVA, resumen de estadísticos**

Una vez tomadas las decisiones ¿hasta qué punto planificas los siguientes aspectos?

Aspectos	Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Qué es lo tienes que decir y a quién (F = 3.461*)	Gestor	4,231	0,514	26
	Clínico	#3,839	0,969	31
	Investigador y docente	#4,529	0,514	17
	Exclusivamente clínico	4,129	0,718	31
	Total	4,133	0,760	105
El orden personalizado de recepción de la información (BF = 4.791**)	Gestor	3,920	0,640	25
	Clínico	#3,452	0,810	31
	Investigador y docente	#4,118	0,857	17
	Exclusivamente clínico	3,355	0,915	31
	Total	3,644	0,858	104

\*Significación < 0,05; \*\*Significación < 0,01; #Diferencias significativas 'post hoc'.

El análisis estadístico confirma que los grupos de encuestados según el tipo de centro en el que ejercen la jefatura de servicio, indican que una vez tomada una decisión planifican en un grado distinto qué es lo que deben decir y a quién.

- Aunque el análisis ANOVA no confirma la diferencia, en la **tabla 5.17** se intuye que los jefes de servicio de “centros públicos pequeños” indican que planifican en mayor grado qué es lo que deben decir y a quién, en comparación con la opinión de los jefes de servicio de “centros públicos medianos”.

**Tabla 5.17 ANOVA, resumen de estadísticos**

Una vez tomadas las decisiones ¿hasta qué punto planificas qué es lo que decir y a quién?\*

Grupo de jefes de servicio según su tipo de centro	Media	Desv. típ.	N
Centro públicos pequeños	4,438	0,629	16
Centro públicos medianos	3,865	0,713	37
Grandes centros públicos	4,238	0,726	42
Centro privados	4,267	0,961	15
Total	4,145	0,764	110

\*Estadístico F = 2,919 (sig. <0,05).

Finalmente, el análisis estadístico confirma que los grupos de encuestados según la comunidad autónoma al adoptar una decisión, señalan una vez tomada una decisión, planifican en un grado distinto el medio de comunicación de la decisión.

- Como muestra la **tabla 5.18**, se confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas con competencias de sanidad de antes de 1994 indican que planifican en mayor grado el medio de comunicación de la decisión, en comparación con la opinión de los jefes de servicio de las demás comunidades autónomas.

**Tabla 5.18 ANOVA, resumen de estadísticos**

Una vez tomadas las decisiones ¿hasta qué punto planificas el medio de comunicación de la decisión?\*

Jefes de servicio según si la gestión de la sanidad en su Comunidad Autónoma fue...	Media	Desv. típ.	N
Transferidas después de 1994	3,459	0,900	37
Transferidas antes de 1994	3,918	0,862	73
Total	3,764	0,898	110

\*F = 6,737 (sig. <0,05).







## 3.6 COMUNICACIÓN





## 3.6 COMUNICACIÓN

Tabla 6.1 RESPUESTAS: a la pregunta 6.1

¿Hasta qué punto...?

Acciones	Media	Desv. típica	N
Estás convencido de la necesidad de la comunicación bidireccional	4,629	0,520	116
Eres informado por tu superiores jerárquicos	3,233	0,945	116
Informas a tus subordinados	4,207	0,502	116
Identificas previamente a todas las personas que deben ser informadas en cada caso	4,155	0,569	116
Estudias previamente el medio más apropiado para que el mensaje sea entendido	3,861	0,847	115

### Pregunta 6.1 ●

¿Hasta qué punto...?  
(1="Nada"; 5= "Del todo")

Se confirma estadísticamente la presencia de tres relaciones entre los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio con el grado en que los encuestados han expresado que: están convencidos de la necesidad de una comunicación bidireccional, identifican previamente todas las personas que deben ser informadas en cada situación y estudian previamente el medio más apropiado para que el mensaje sea recibido.

Aunque el análisis ANOVA no confirma que existan diferencias estadísticas entre las opiniones expresadas por los distintos grupos de encuestados, en la **tabla 6.2** se intuyen las siguientes relaciones:

- Los jefes de servicio de perfil "investigador y docente" consideran que están convencidos de la necesidad de una comunicación bidireccional en un mayor grado que el expuesto por los encuestados de perfil "clínico".
- Así mismo, los jefes de servicio de perfil "gestor" indican que identifican previamente todas las personas que deben ser informadas en cada situación en mayor grado que el que mencionan los jefes de perfil "clínico".
- Finalmente, los jefes de servicio de perfil "investigador y docente" indican que estudian previamente el medio más apropiado para que el mensaje sea recibido en mayor grado que el que mencionan tanto los jefes de servicio de perfil "exclusivamente clínico", como los de perfil "clínico".

**Tabla 6.2 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Hasta qué punto..?	Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Estás convencido de la necesidad de la comunicación bidireccional (BF = 2.719*)	Gestor	4,731	0,452	26
	Clínico	4,452	0,624	31
	Investigador y docente	4,824	0,393	17
	Exclusivamente clínico	4,563	0,504	32
	Total	4,613	0,527	106
Identificas previamente a todas las personas que deben ser informadas en cada (F = 2.751*)	Gestor	4,385	0,496	26
	Clínico	4,000	0,516	31
	Investigador y docente	4,294	0,588	17
	Exclusivamente clínico	4,063	0,669	32
	Total	4,160	0,588	106
Estudias previamente el más apropiado para que el mensaje sea entendido (F = 2.774*)	Gestor	4,038	0,916	26
	Clínico	3,710	0,824	31
	Investigador y docente	4,294	0,686	17
	Exclusivamente clínico	3,677	0,832	31
	Total	3,876	0,851	105

\*Significación < 0,05.

El análisis de regresión, **tabla 6.3**, confirma que el grado en que los encuestados consideran que son informados por sus superiores jerárquicos guarda relación con el tamaño del centro de los encuestados, medido por número de camas.

- Existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de camas del centro de los encuestados con una disminución en el grado en que los encuestados consideran que son informados por sus superiores jerárquicos.
- Aunque la relación existe, ésta es una relación estadísticamente muy débil, indicando que el tamaño del centro es un factor que incide en la variabilidad del grado en que los encuestados consideran que son informados por sus superiores jerárquicos, pero que otros, no contemplados en el presente análisis probablemente incidan en mayor medida.

**Tabla 6.3 Regresión. Variable dependiente: ¿Hasta qué punto eres informado por tus superiores jerárquicos?**

Resumen del modelo de Regresión*	
R	R <sup>2</sup>
0,192	0,037

\* F = 4.060 (sig. < 0,05).

Coeficientes		
Variables en modelo	Coficiente no estándar B	Error
(Constante)	3,578	0,182
Número de camas del centro	0,00045*	0,000

\*Significación < 0,01.

**Tabla 6.4 RESPUESTAS a la pregunta 6.2**

¿En qué grado estimas que los siguientes elementos están constituyendo actualmente una barrera a la comunicación efectiva en el servicio?

Elementos:	Media	Desv. típica	N
La falta de claridad en el mensaje	2,574	1,124	115
La falta de rapidez (se enteran por otros)	2,522	1,119	115
La vía de comunidad incorrecta	2,548	0,993	115
Las interferencias y distorsiones	3,026	0,995	115
La falta de canales adecuados	2,609	1,114	115

Una vez más el perfil al que los jefes de servicio han sido adscritos según el patrón de actividad que expresaron en el cuestionario aparece como única variable con alguna capacidad explicativa tras el análisis estadístico.

Este análisis confirma que los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad en la dirección del servicio, estiman de forma distinta el grado en que la falta de claridad en el mensaje y la vía de comunicación incorrecta constituyen actualmente una barrera en la comunicación efectiva EN su servicio.

- Como muestra la **tabla 6.5**, se confirma que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” indican que valoran la falta de claridad en el mensaje como una mayor barrera en la comunicación, en comparación la valoración que expresan tanto los jefes de servicio de perfil “gestor” como los encuestados de perfil “exclusivamente clínico”.
- Se confirma, tal y como muestra la **tabla 6.5**, que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” indican que valoran la vía de comunicación incorrecta como una mayor barrera en la comunicación, en comparación la valoración que expresan tanto los jefes de servicio de perfil “gestor”.

**Tabla 6.5 ANOVA, resumen de estadísticos**

Elementos	Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
La falta de claridad en el mensaje (F = 3.815)*	Gestor	#2,231	0,951	26
	Clínico	2,710	1,131	31
	Investigador y docente	#3,235	1,033	17
	Exclusivamente clínico	#2,323	1,107	31
	Total	2,562	1,109	105
La vía de comunicación incorrecta (F = 2.639*)	Gestor	#2,269	1,005	26
	Clínico	2,516	0,851	31
	Investigador y docente	#3,118	1,219	17
	Exclusivamente clínico	2,548	0,925	31
	Total	2,562	0,999	105

\*Significación < 0,05; #Diferencias significativas 'post hoc'.

**Pregunta 6.2 ●**

¿En qué grado estima que los siguientes elementos están constituyendo actualmente una barrera a la comunicación efectiva en el servicio? (1=“Nada”; 5= “Del todo”)

### ● Pregunta 6.3

¿Hasta qué punto estudia la forma de reducirlas y evitar que afecten a la eficiencia de su comunicación? (1="Nada"; 5="Mucho")

**Tabla 6.6 RESPUESTA a la pregunta 6.3**

	Media	Desv. típ.	N
¿Hasta qué punto estudias la forma de reducirlas y evitar que afecten a la eficiencia de tu comunicación?	3,763	0,855	114

El contraste estadístico confirma que los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad en la dirección del servicio, señalan que estudian de forma distinta como reducir y evitar que las barreras afecten a la eficiencia de su comunicación.

- Como muestra la **tabla 6.7**, se confirma que los jefes de servicio de perfil "investigador y docente" indican que estudian en mayor grado como reducir y evitar que las barreras afecten a la eficiencia de su comunicación, en comparación el grado expresado por los encuestados de perfil "clínico".

**Tabla 6.7 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Hasta qué punto estudias la forma de reducirlas y evitar que afecten a la eficiencia de tu comunicación?

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desv. típ.	N
Gestor	3,917	0,776	24
Clínico	#3,484	0,962	31
Investigar y docente	#4,235	0,831	17
Exclusivamente y clínico	3,625	0,793	32
Total	3,750	0,879	104

\*F = 3,404 (sig. <0,05); #Diferencias significativas 'post hoc'.







## 3.7 GESTIÓN DEL TIEMPO/ DELEGACIÓN DE FUNCIONES





## 3.7 GESTIÓN DEL TIEMPO/DELEGACIÓN DE FUNCIONES

Tabla 7.1 RESPUESTA a la pregunta 7.1

Indica el grado en que te impiden gestionar tu tiempo las siguientes actividades

Actividades:	Media	Desviación típica	N
Atender a visitantes no esperados	3,345	0,835	116
Resolver problemas personales	2,248	0,912	113
Contestar llamadas telefónicas	3,043	0,921	115
Conversar sobre temas ajenos al trabajo	2,113	0,747	115
Asistir a reuniones improductivas	2,931	1,002	116
Revisar correo irrelevante	2,560	0,954	116
Dedicar tiempo a informes internos	3,250	0,843	116
Buscar documentos trasapelados	2,447	0,883	114
La falta de puntualidad de otras personas	2,509	0,952	114

### Pregunta 7.1 ●

Indique el grado en que le impiden gestionar su tiempo las siguientes actividades: (1="Nada"; 5= "Del todo")

Tres de los ítems propuestos en la pregunta muestran una relación estadística con las variables independientes analizadas en el presente estudio.

El contraste estadístico confirma que los grupos de encuestados según el tipo de servicio que dirigen, indican que revisar el correo irrelevante les impide gestionar su tiempo de forma distinta.

- Como muestra la tabla de ANOVA, se confirma que los jefes de servicios de "especialidades clínicas" indican que revisar el correo irrelevante les impide gestionar su tiempo en mayor grado que el expresado por los jefes de "servicios de salud mental".

Tabla 7.2 ANOVA, resumen de estadísticos

Grado en que te impide gestionar tu tiempo revisar correo irrelevante\*

Grupos de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
Servicios Centrales y Apoyo	2,563	0,892	16
Servicios Quirúrgicos	2,560	1,003	25
Especialidades Clínicas	#2,727	0,990	55
Servicios de Salud Mental	#2,053	0,705	19
Total	2,557	0,957	115

\*BF = 2.658 (sig. < 0,05); # Diferencias significativas 'post hoc'.

El análisis estadístico confirma que los grupos de encuestados según la comunidad autónoma consideran que atender a visitantes inesperados les impide gestionar su tiempo de forma distinta.

- Como muestra la **tabla 7.3**, se confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas con competencias de sanidad de antes de 1994 consideran que atender a visitantes inesperados les impide gestionar su tiempo en mayor grado que el expresado por los jefes de servicio de las demás comunidades autónomas.

**Tabla 7.3 ANOVA, resumen de estadísticos**

Grado en que te impide gestionar tu tiempo dedicar tiempo el atender a visitantes no esperados\*

Grupos de jefes según si las competencias de sanidad de su CA fueron	Media	Desviación típica	N
Transferidas después de 1994	3,135	0,821	37
Transferidas antes de 1994	3,472	0,797	74
Total	3,360	0,817	111

\* F = 2.784 (sig. < 0,05);

El análisis estadístico confirma que los encuestados, según su patrón de actividad en la jefatura de servicio, valoran de forma distinta el grado en que dedicar tiempo a informes internos les impide gestionar su tiempo.

- Aunque el análisis ANOVA no confirma esta diferencia, la **tabla 7.4** permite intuir que los jefes de servicio de perfiles "gestor" y los de perfil "investigador y docente" consideran que dedicar tiempo a informes internos les impide gestionar su tiempo en mayor medida que a los encuestados de perfiles "clínico" y "exclusivamente clínico".

**Tabla 7.4 ANOVA, resumen de estadísticos**

Grado en que te impide gestionar tu tiempo dedicar tiempo a informes internos\*

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	3,500	0,860	26
Clínico	2,935	0,814	31
Investigador y docente	3,471	0,874	17
Exclusivamente clínico	3,125	0,833	32
Total	3,217	0,862	106

\* F = 2.784 (sig. < 0,05).

La gran mayoría de los jefes de servicio encuestados para este estudio señala que planifica personalmente su agenda diaria.

Dada la distribución de respuestas a esta pregunta y el limitado número de casos a disposición del análisis estadístico no se ha podido identificar ninguna relación entre el hecho de que un jefe planifique se actividad diaria personalmente y las variables independientes estudiadas (tipo de servicio, tipo de centro, patrón de actividad etc.).

### Pregunta 7.2 ●

¿Planifica personalmente la agenda de su actividad diaria? (Sí /No)

**Tabla 7.5 Resumen de respuestas a la pregunta 7.2**

¿Planificas personalmente la agenda de tu actividad diaria?

	Nº de jefes de servicio	%
No	12	10,3%
Sí	104	89,7%
Total	116	100%

A igual que en la pregunta anterior no se puede confirmar que exista ninguna relación entre las variables estudiadas y el hecho de que los jefes de servicio cumplan, salvo excepciones, el horario/calendario previsto.

Como ya ha sido mencionado con anterioridad, esto puede deberse tanto a deficiencias en el tamaño de la muestra y limitaciones de las herramientas estadísticas como a una genuina independencia entre el hecho de que los encuestados cumplan su horario / calendario y las características de los encuestados aquí referidas, tipo y tamaño de centro, tipo de servicio, etc.

### Pregunta 7.3 ●

¿Cumple, salvo excepciones, el horario/calendario planificado? (Sí /No)

**Tabla 7.6 Resumen de respuestas a la pregunta 7.3**

¿Cumples, salvo excepciones, el horario/calendario planificado?

	Nº de jefes de servicio	%
No	20	17,5%
Sí	94	82,5%
Total	114	100%

El análisis estadístico no confirma una relación significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que se reserva tiempos muertos en su agenda para afrontar problemas imprevistos y los grupos de jefes de servicio según el tipo de centro en el que desarrollan su actividad.

- A pesar de ello se intuye una relación ya que, como muestra la **tabla 7.7**, hay un alto porcentaje de jefes de servicio de “centros públicos pequeños” y de “centros públicos medianos” que indica que “sí” se reservan tiempos muertos para afrontar imprevistos, mientras que en el caso de jefes de “grandes centros públicos” y “centros privados” son mayoría los que indican que “no” reservan tiempo.

### Pregunta 7.4 ●

¿Se reserva tiempos muertos en la agenda para afrontar problemas no previstos? (Sí /No)



**Tabla 7.7 Tabla de contingencia**

¿Te reservas tiempos muertos en la agenda para afrontar problemas no previstos

			No	Sí	Total
Grupos de jefes de servicio según su tipo de centro	Centros públicos pequeños	N	4	12	16
		%	25,0%	75,0%	100%
	Centros públicos medianos	N	12	25	37
		%	32,4%	67,6%	100%
	Grandes centros públicos	N	22	19	41
		%	53,6%	46,4%	100%
Centros derivados	N	9	6	15	
	%	60,0%	40,0%	100%	
Total		N	47	62	19
		%	43,1%	56,9%	100%

**Pregunta 7.5**

¿Se lleva normalmente trabajo a casa? (Sí/No)

El análisis estadístico no confirma una relación significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que se lleva normalmente trabajo a casa y los grupos de jefes de servicio según el tipo de servicio que dirigen.

- A pesar de ello se intuye una relación ya que, como muestra la **tabla 7.8**, hay un alto porcentaje de jefes de “servicios de salud mental” que indica que “no” se lleva normalmente trabajo a casa, mientras la amplia mayoría de los demás tres grupos de jefes señala que “sí” se lleva trabajo a casa.

**Tabla 7.8 Tabla de contingencia**

¿Te llevas normalmente trabajo a casa?

			No	Sí	Total
Grupos de jefes según el tipo de servicio	Servicios Centrales y Apoyo	N	3	13	16
		%	18,7%	81,2%	100%
	Servicios Quirúrgicos	N	7	18	25
		%	28,0%	72,0%	100%
	Especialidades Clínicas	N	9	46	55
		%	16,3%	83,7%	100%
Servicios de Salud Mental	N	10	9	19	
	%	52,6%	47,4%	100%	
Total		N	29	86	115
		%	25,2%	74,8%	100%



El análisis estadístico no confirma una relación significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que creen que es más rápido hacer el trabajo personalmente antes que explicar a los demás como quieren que sea realizado y los perfiles de jefes de servicio, según el patrón de actividad que desarrollan al frente del servicio.

- A pesar de ello se intuye una relación ya que, como muestra la **tabla 7.9**, la mayoría de jefes de servicio de perfil “exclusivamente clínico” indica que “sí” cree que es más rápido hacer el trabajo personalmente antes que explicárselo a los demás. Mientras que en el caso de los jefes de servicio de perfil “gestor” y “investigadores, y docentes” son mayoría los que indican que “no” creen que sea más rápido hacer el trabajo personalmente antes que delegarlo.

**Tabla 7.9** Tabla de contingencia

¿Crees que es más rápido hacer el trabajo personalmente antes que explicar a los demás cómo quieres que sea realizado?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	14	12	26
		%	53,8%	46,1%	100%
	Clínico	N	14	16	30
		%	46,7%	53,3%	100%
	Investigador y docente	N	9	8	17
		%	52,9%	47,1%	100%
	Exclusivamente clínico	N	12	19	31
		%	38,7%	61,3%	100%
Total	N	49	55	104	
	%	47,1%	52,9%	100%	

El análisis estadístico no confirma una relación significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que la eficiencia de su equipo se resiente al ausentarse el propio encuestado y los perfiles de jefes de servicio, según el patrón de actividad que desarrollan al frente del servicio.

- A pesar de ello, se intuye una relación ya que, tal y como muestra la **tabla 7.10**, un mayor porcentaje de jefes de servicio de perfil “investigador y docente”, en comparación con los otros tres grupos, indica que la eficiencia de su equipo “no” se resiente al ausentarse el propio encuestado.

### Pregunta 7.6 ●

¿Cree que es más rápido hacer el trabajo personalmente antes que explicar a los demás cómo quiere que sea realizado?  
(Sí/No)

### Pregunta 7.7 ●

La eficiencia de su equipo, ¿se resiente si usted está ausente? (Sí /No)

**Tabla 7.10** Tabla de contingencia

La eficiencia de tu equipo, ¿se resiente si tú estás ausente?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	13	12	25
		%	52,0%	48,0%	100%
	Clínico	N	15	15	30
		%	50,0%	50,0%	100%
	Investigador y docente	N	14	3	17
		%	82,3%	17,7%	100%
	Exclusivamente clínico	N	20	11	31
		%	64,5%	35,5%	100%
Total	N	62	41	103	
	%	60,2%	39,8%	100%	

**Pregunta 7.8**

[Al delegar alguna de sus funciones]  
¿Delimita claramente sus límites de decisión? (Sí/No)

El análisis estadístico no confirma una relación significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que delimitan claramente los límites de decisión del personal en quien delegan alguna de sus funciones y los grupos de jefes de servicio, según tipo de servicio que dirigen.

- A pesar de ello se intuye una relación ya que, tal y como muestra la **tabla 7.11**, un mayor porcentaje de jefes de “servicios centrales y de apoyo” y de servicios de “especialidades clínicas”, “sí” delimita claramente los límites de decisión, al delegar funciones, en comparación con los jefes de “servicios quirúrgicos” y “servicios de salud mental”, entre los cuales ese porcentaje es menor.

**Tabla 7.11** Tabla de contingencia

¿Delimita claramente los límites de decisión?

			No	Sí	Total
Grupos de jefes según el tipo de servicio	Servicios Centrales y Apoyo	N	4	12	16
		%	25,0%	75,0%	100%
	Servicios Quirúrgicos	N	12	12	24
		%	50,0%	50,0%	100%
	Especialidades Clínicas	N	16	36	52
		%	30,7%	69,3%	100%
	Servicios de Salud Mental	N	8	10	18
		%	44,4%	55,6%	100%
Total	N	40	70	110	
	%	36,4%	63,6%	100%	

El análisis estadístico no confirma una relación significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que controlan regularmente las tareas delegadas y los perfiles de jefes de servicio, según el patrón de actividad que han señalado que tienen al frente de su servicio.

- A pesar de ello se intuye una relación, tal y como muestra la **tabla 7.12**, pues un mayor porcentaje de jefes de servicio de perfil “gestor” indica que “no” controla regularmente las tareas delegadas, en comparación con los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” y de perfil “exclusivamente clínico”, entre los cuales ese porcentaje es sensiblemente menor.

**Tabla 7.12** Tabla de contingencia

¿Controlas regularmente las tareas delegadas?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	10	15	25
		%	40,0%	60,0%	100%
	Clínico	N	8	21	29
		%	27,6%	72,4%	100%
	Investigador y docente	N	2	14	16
		%	12,5%	87,5%	100%
	Exclusivamente clínico	N	4	27	31
		%	12,9%	87,1%	100%
Total	N	24	77	101	
	%	23,7%	76,3%	100%	

Se confirma una relación estadísticamente significativa entre el porcentaje de encuestados que supervisa minuciosamente el trabajo de sus colaboradores y los perfiles de jefes de servicio según el patrón de actividad que desarrollan en la dirección de su servicio.

- La **tabla 7.13** confirma que entre los jefes de servicio de perfil “clínico” hay un mayor porcentaje de encuestados que indica que “no” supervisa minuciosamente el trabajo de sus colaboradores, especialmente en comparación con los encuestados de perfiles “gestor” e “investigador y docente”.

**Pregunta 7.8 ●**  
(cont.)

¿Controla regularmente las tareas delegadas?  
(Sí/No)

**Pregunta 7.9 ●**

¿Supervisa minuciosamente el trabajo de sus colaboradores?  
(Sí/No)

**Tabla 7.13** Tabla de contingencia\*

¿Supervisas minuciosamente el trabajo de tus colaboradores?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	14	12	26
		%	53,8%	46,1%	100%
	Clínico	N	25	5	30
		%	83,3%	16,7%	100%
	Investigador y docente	N	9	8	17
		%	52,9%	47,1%	100%
Exclusivamente clínico	N	24	8	32	
	%	75,0%	25,0%	100%	
Total		N	72	33	105
		%	68,6%	31,4%	100%

\*Chi-Pearson 8.190 (sig. < 0.05); V de Cramer 0.279.

### ● Pregunta 7.10

¿Cree que si hubiera seleccionado el personal, delegaría más frecuentemente? (Sí / No)

El hecho de que los encuestados creen que si hubieran seleccionado al personal delegarían funciones con más frecuencia no ha mostrado estar asociado con ninguna de las características de los encuestados analizadas en este estudio.

De este modo, el análisis estadístico no confirma una relación significativa entre el porcentaje de encuestados que indican que creen que si hubieran seleccionado ellos al personal de su servicio delegaría con mayor frecuencia y los grupos de jefes de servicio según el tipo de centro en el que desarrollan su jefatura de servicio.

- A pesar de ello se intuye una relación, tal y como muestra la **tabla 7.14**, pues un mayor porcentaje de jefes de servicio de “centros públicos pequeños” y de “centros privados”, “no” creen que si hubieran elegido ellos al personal de su servicio delegarían más frecuentemente, en comparación con los jefes de servicio de “centros públicos medianos” y de “grandes centros públicos”, entre los cuales ese porcentaje es sensiblemente menor.

**Tabla 7.14** Tabla de contingencia

¿Crees que si hubieras seleccionado el personal delegarías frecuentemente?

			No	Sí	Total
Grupos de jefes de servicio según su tipo de centro	Centros públicos pequeños	N	7	9	16
		%	43,7%	56,3%	100%
	Centros públicos medianos	N	11	24	35
		%	31,4%	68,6%	100%
	Grandes centros públicos	N	6	35	41
		%	14,6%	85,4%	100%
Centros derivados	N	6	7	13	
	%	46,1%	53,8%	100%	
Total		N	30	75	105
		%	28,6%	71,4%	100%

El grado en que los jefes están preocupados porque se cuestione su autoridad no guarda relación estadística con las características de los jefes de servicio analizadas: tipo de centro, tipo de servicio, actividad del jefe de servicio encuestado, tamaño de centro, tamaño de servicio o modelo de gestión de sanidad pública.

### Pregunta 7.11

¿Hasta qué punto le preocupa que se cuestione su autoridad?  
(1= Nada hasta 5= Mucho)

**Tabla 7.15** Resumen de respuestas a la pregunta 7.11

¿Hasta qué punto te preocupa que se cuestione tu autoridad?

	Nº de jefes de servicio	%
Nada	6	5,17%
Poco	17	14,66%
Algo	42	36,21%
Bastante	35	30,17%
Nucho	16	13,79%
Total	116	100%

**Tabla 7.16** Estadísticos pregunta 7.11

	Media	Desviación típica	N
¿Hasta qué punto te preocupa que se cuestionen tu autoridad?	3,328	1,053	116



## 3.8 MOTIVACIÓN







## 3.8. MOTIVACIÓN

**Tabla 8.1 RESPUESTA a la pregunta 8.1**

Señala el grado en que cada una de estas situaciones podría incidir en la falta de motivación del servicio:

Situaciones	Media	Desviación típica	N
Una actividad poco gratificante	3,583	0,946	115
El absentismo de algunos compañeros	3,026	1,059	116
La elevada rotación del personal técnico	3,035	1,025	115
La falta de de competencia del personal	3,310	1,138	116
La elevada presión asistencia	3,776	0,803	116
Las quejas frecuentes de los pacientes	2,897	1,066	116
Los conflictos interpersonales	3,362	1,153	116
Las malas relaciones con dirección del Hospital	3,172	1,074	116
La cultura inmovilista del responsable	3,443	1,230	115
La falta de congruencia con los objetivos de la organización	3,443	1,094	115

### Pregunta 8.1 ●

Señale el grado en que cada una de estas situaciones podría incidir en la falta de motivación del servicio: (1= Nada hasta 5= Del todo)

El análisis estadístico confirma que los grupos de encuestados según su perfil de actividad al frente del servicio, consideran que el absentismo de algunos compañeros, la elevada rotación del personal técnico y la falta de competencia del personal pueden incidir de forma distinta en la motivación del servicio.

- Como muestra la **tabla 8.2**, se confirma que los jefes de servicio de perfil “exclusivamente clínico” consideran que el absentismo de algunos compañeros puede incidir, en mayor medida, en la falta de motivación del personal, en comparación con la valoración que expresan encuestados de perfil “clínico”.
- Se confirma, tal y como muestra la misma **tabla 8.2**, que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” consideran que la elevada rotación del personal técnico puede incidir, en mayor medida, en la falta de motivación del personal, en comparación con la opinión de los jefes de perfil “clínico”.
- Finalmente, la **tabla 8.2** también confirma que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” consideran que la falta de competencia del personal puede incidir, en mayor medida, en la falta de motivación del personal, en comparación con la opinión de los encuestados de perfil “clínico”.

**Tabla 8.2 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿Hasta qué punto pueden incidir en la falta de motivación del servicio los siguientes factores?**

<b>Factores</b>	<b>Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>N</b>
El absentismo de algunos compañeros (F = 3.272*)	Gestor	2,923	0,845	26
	Clínico	#2,710	1,189	31
	Investigador y docente	3,000	1,118	17
	Exclusivamente clínico	#3,500	0,950	32
	Total	3,047	1,064	106
La elevada rotación del personal técnico (F = 2.736*)	Gestor	2,885	1,033	26
	Clínico	#2,767	1,006	30
	Investigador y docente	#3,588	1,004	17
	Exclusivamente clínico	3,125	0,942	32
	Total	3,038	1,018	105
La falta de competencia del personal (F = 3.338*)	Gestor	3,500	0,949	26
	Clínico	#2,806	1,195	31
	Investigador y docente	#3,706	1,263	17
	Exclusivamente clínico	3,469	1,047	32
	Total	3,321	1,143	106

\*Significación < 0,05; # Diferencias significativas 'post hoc'.

El análisis estadístico confirma que los grupos de encuestados, según el tipo de servicio que dirigen, consideran que la cultura inmovilista del responsable y los conflictos interpersonales pueden incidir de forma distinta en la motivación del servicio.

- Como muestra la **tabla 8.3**, se confirma que los jefes de servicio de “especialidades clínicas” consideran que la cultura inmovilista del responsable puede incidir en mayor medida en la falta de motivación del personal, en comparación con la valoración que expresan los jefes de “servicios de salud mental”.
- Además, la misma **tabla 8.3**, también confirma que los mismos jefes de servicio de “especialidades clínicas” consideran que los conflictos interpersonales pueden incidir en mayor medida en la falta de motivación del personal, en comparación con la valoración que hacen los jefes de “servicios de salud mental”.

**Tabla 8.3 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿Hasta qué punto pueden incidir en la falta de motivación del servicio los siguientes factores?**

Factores	Perfiles de jefes según el tipo de servicio	Media	Desviación típica	N
La cultura inmovilista del responsable (BF = 3.351*)	Servicios Centrales y Apoyo	3,313	1,401	16
	Servicios Quirúrgicos	3,080	1,352	25
	Especialidades Clínicas	#3,833	1,023	54
	Servicios de Salud Mental	#2,947	1,224	19
	Total	3,447	1,234	114
Los conflictos interpersonales (F = 3.875*)	Servicios Centrales y Apoyo	3,438	1,153	16
	Servicios Quirúrgicos	3,160	1,313	25
	Especialidades Clínicas	#3,636	1,060	55
	Servicios de Salud Mental	#2,737	0,991	19
	Total	3,357	1,156	115

\*Significación < 0,05; # Diferencias significativas 'post hoc'.

El análisis estadístico confirma que los grupos de encuestados, según el tipo de de centro donde ejercen su función directiva, consideran que la cultura inmovilista del responsable y la falta de congruencia con los objetivos de la organización pueden incidir de forma distinta en la motivación del servicio.

- Como muestra la **tabla 8.4**, se confirma que los jefes de servicio de “centros públicos pequeños” consideran que la cultura inmovilista del responsable puede incidir en mayor medida en la falta de motivación del personal, en comparación con la valoración que expresan jefes de servicio de “centros públicos medianos”.
- Además, en la propia **tabla 8.4**, también se confirma que los jefes de servicio de “centros públicos pequeños” y de “centros privados” consideran que la falta de congruencia con los objetivos de la organización puede incidir en mayor medida en la falta de motivación del personal, en comparación con la valoración que expresan jefes de servicio de “centros públicos medianos”.

**Tabla 8.4 ANOVA, resumen de estadísticos**

**¿Hasta qué punto pueden incidir en la falta de motivación del servicio los siguientes aspectos?**

Aspectos	Grupos de jefes de servicio según su tipo de centro	Media	Desviación típica	N
La cultura inmovilista del responsable (BF = 3.619*)	Centros públicos pequeños	#4,188	0,655	16
	Centros públicos medianos	#3,083	1,296	36
	Grandes centros públicos	3,548	1,131	42
	Centros privados	3,400	1,352	15
	Total	3,468	1,206	109
La falta de congruencia con los objetivos de la organización (F = 6.053*)	Centros públicos pequeños	#4,067	0,594	15
	Centros públicos medianos	#3,081	1,140	37
	Grandes centros públicos	3,405	1,014	42
	Grandes centros públicos	#4,000	0,926	15
	Total	3,468	1,059	109

\*Significación < 0,05; # Diferencias significativas 'post hoc'.

El análisis de regresión, **tabla 8.5**, confirma que el grado en que los encuestados consideran que el absentismo de algunos compañeros puede incidir en la falta de motivación del servicio guarda relación con el tamaño del servicio de los encuestados, medido en el número de personas que componen el equipo del servicio.

- Existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de personas que forman el equipo del servicio de los encuestados con el aumento en el grado en que los encuestados consideran que el absentismo de algunos compañeros puede incidir en la falta de motivación.
- Aunque la relación existe, ésta es una relación estadísticamente muy débil, indicando que el tamaño del centro no es el único factor que incide en la variabilidad del grado en que los encuestados entienden que el absentismo de algunos compañeros incide en la falta de motivación del servicio. Dada la gran debilidad de esta relación es muy probable que otros factores no analizados en este estudio tengan una mayor capacidad explicativa sobre la opinión expresada por los encuestados.

**Tabla 8.5 Regresión**

**Variable dependiente: ¿Hasta qué punto puede incidir en la falta de motivación del servicio el absentismo de algunos compañeros?**

Resumen del modelo de Regresión*	
R	R <sup>2</sup>
0,193	0,037

\* F = 4.406 (sig. < 0,05).

Coeficientes		
VARIABLES EN MODELO	COEFICIENTE NO ESTÁNDAR B	ERROR
(Constante)	2,765	0,158
Número de personas que componen el equipo del jefe de servicio	0,007817*	0,004

\* Significación < 0,01.

El análisis de regresión, **tabla 8.6**, confirma que el grado en que los encuestados consideran que la falta de competencia del personal puede incidir en la falta de motivación del servicio guarda relación con el tamaño del servicio y con el tamaño del centro de los encuestados, medidos mediante el número de personas que componen el equipo y el número de camas del centro.

- Existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de personas que forman el equipo del servicio y el número de camas del centro de los encuestados con el aumento en el grado en que los encuestados consideran que el absentismo de algunos compañeros puede incidir en la falta de motivación.
- Aunque la relación existe, ésta es una relación estadísticamente leve, indicando que el tamaño del centro es uno de los factores que incide en la variabilidad del grado en que los encuestados consideran que la falta de competencia del personal puede incidir en la falta de motivación del servicio.

## Tabla 8.6 Regresión

Variable dependiente: ¿Hasta qué punto puede incidir en la falta de motivación del servicio el absentismo de algunos compañeros?

Resumen del modelo de Regresión*	
R	R <sup>2</sup>
0,290	0,084

\*F = 4.805 (sig. < 0,01).

Coeficientes		
VARIABLES EN MODELO	COEFICIENTE NO ESTÁNDAR B	ERROR
(Constante)	3,528	0,232
Número de camas del centro	-0,0006845*	0,000
Número de personas que componen el equipo del jefe de servicio	0,0995*	0,004

\*Significación < 0,01.

## Capacidad de Motivación

Tabla 8.7 RESPUESTAS a la pregunta 8.2

Indica el grado en que los siguientes factores pueden motivar al personal de tu servicio

Factores	Media	Desviación típica	N
Las perspectivas de promoción profesional	4,034	1,111	116
Los beneficios económicos por actividades no asistenciales	3,560	1,098	116
Los beneficios económicos por actividades profesionales de calidad	4,026	0,869	116
Las posibilidades de desarrollo profesional	4,000	0,933	116
El aumento de influencia en el entorno	3,172	1,129	116
El aumento de autonomía en el trabajo	3,652	0,946	115
El sentimiento de ser imprescindible en el trabajo	3,113	1,114	115
El sentimiento de ser respetado por compañeros	3,957	0,898	116
La participación en la toma de decisiones	3,948	0,873	116
La participación en la determinación de objetivos	3,793	0,928	116
La participación en la formulación de criterios de incentivación	3,772	1,031	114

### Pregunta 8.2

Indique el grado en que los siguientes factores pueden motivar al personal de su servicio y el grado en que usted pueda intervenir para su consecución y/o mejora (valóralo de 1= "nada" hasta 5= "mucho").

El contraste estadístico confirma que los grupos de encuestados, según la comunidad autónoma donde ejercen su jefatura, consideran que los beneficios económicos por actividades no asistenciales tienen un grado de motivación sobre el personal del servicio distinto.

- Como muestra la **tabla 8.8**, se confirma que los jefes de servicio de comunidades autónomas con competencias de sanidad trasferidas después de 1994 entienden que los beneficios económicos por actividades no asistenciales puede desarrollar un mayor grado de motivación en el personal, en comparación con el grado de motivación que atribuyen los encuestados de las demás comunidades autónomas.

**Tabla 8.8 ANOVA, resumen de estadísticos**

**Grado de motivación al personal que dan los beneficios económicos por actividades no asistenciales\***

Grupos de jefes de servicio según si las competencias de sanidad de su CA fueron	Media	Desviación típica	N
Transferidas después de 1994	3,919	0,862	37
Transferidas antes de 1994	3,446	1,124	74
Total	3,604	1,064	111

\*BF = 6.018 (sig. < 0.05).

El contraste estadístico confirma que los grupos de encuestados, según el tipo de centro donde ejercen su jefatura de servicio, consideran de forma distinta el grado en que el sentimiento de ser respetado por los compañeros y el aumento de influencia en el entorno pueden motivar al personal de su servicio.

- La **tabla 8.9** permite confirmar que los jefes de servicio de “centros públicos medianos” consideran que el sentimiento de ser respetado por los compañeros puede motivar en mayor grado al personal, en comparación la opinión de los jefes de servicio de “grandes centros públicos”.
- Aunque el contraste ANOVA no lo confirma estadísticamente, la **tabla 8.9** permite intuir que los jefes de servicio de “centros públicos pequeños” y de “centros públicos medianos” consideran que el aumento de influencia en el entorno puede motivar en mayor grado al personal, en comparación la opinión de los jefes de servicio de “centros privados” y de “grandes centros públicos”.

**Tabla 8.9 ANOVA, resumen de estadísticos**

Indica el grado en que los siguientes factores pueden motivar al personal de tu servicio

Factores	Grupos de jefes de equipo según su tipo de centro	Media	Desviación típica	N
El sentimiento respetado por compañeros (BF = 3.557*)	Centros públicos pequeños	3,714	0,994	14
	Centros públicos medianos	#3,914	0,818	35
	Grandes centros públicos	#3,143	1,160	42
	Centros privados	3,667	1,234	15
	Total	3,547	1,088	106
El aumento de influencia en el entorno (F = 3.464*)	Centros públicos pequeños	3,133	1,187	15
	Centros públicos medianos	3,056	1,068	36
	Grandes centros públicos	2,405	0,964	42
	Grandes centros públicos	2,400	1,352	15
	Total	2,722	1,126	108

\*Significación < 0,05; # Diferencias significativas 'post hoc'.

Finalmente, el contraste estadístico confirma que los grupos de encuestados, según el tipo de servicio que dirigen, consideran de forma distinta el grado en que las posibilidades de desarrollo profesional y participar en la formulación de los criterios de incentiviación, pueden motivar al personal de su servicio.

- En la **tabla 8.10** se observa como se confirma que los jefes de “servicios quirúrgicos” y de “especialidades clínicas” consideran que las posibilidades de desarrollo profesional pueden motivar en mayor grado al personal, en comparación la opinión que expresan los jefes de “servicios centrales y de apoyo”.
- Asimismo, la **tabla 8.10** confirma que los jefes de “servicios quirúrgicos” consideran que participar en la formulación de los criterios de incentiviación puede motivar en mayor grado al personal, en comparación la opinión que expresan los jefes de “servicios centrales y de apoyo”.

**Tabla 8.10 ANOVA, resumen de estadísticos**

Indica el grado en que los siguientes factores pueden motivar al personal de tu servicio

Factores	Grupos de jefes de equipo según su tipo de centro	Media	Desviación típica	N
En las posibilidades de desarrollo profesional (F = 2.939*)	Servicios Centrales y Apoyo	#2,188	1,109	16
	Servicios Quirúrgicos	#3,250	1,294	24
	Especialidades Clínicas	#3,091	1,221	55
	Servicios de Salud Mental	2,944	0,998	18
	Total	2,973	1,221	113
Participar en la formulación de criterios de incentiviación (F = 5.529*)	Servicios Centrales y Apoyo	#2,067	1,223	15
	Servicios Quirúrgicos	#3,792	1,318	24
	Especialidades Clínicas	3,000	1,316	53
	Servicios de Salud Mental	2,722	1,487	18
	Total	3,000	1,414	110

\*Significación < 0,05; \*\*Significación < 0,01; # Diferencias significativas 'post hoc'.

## Capacidad de Intervención personal

Tabla 8.11 RESPUESTAS a la pregunta 9.2 (continuación)

Indica el grado en que puedes intervenir para la consecución y/o mejora los siguientes factores para motivar al personal de tu servicio

Factores	Media	Desviación típica	N
Las perspectivas de promoción profesional	2,228	1,168	114
Los beneficios económicos por actividades no asistenciales	2,000	1,188	113
Los beneficios económicos por actividades profesionales de calidad	3,588	1,063	114
Las posibilidades de desarrollo profesional	2,974	1,215	114
El aumento de influencia en el entorno	2,711	1,135	114
El aumento de autonomía en el trabajo	3,509	1,107	114
El sentimiento de ser imprescindible en el trabajo	2,811	1,187	111
El sentimiento de ser respetado por compañeros	3,505	1,103	111
La participación en la toma de decisiones	4,098	0,849	112
La participación en la determinación de objetivos	3,965	0,963	113
La participación en la formulación de criterios de incentivación	3,009	1,411	111

El contraste estadístico ha confirmado que los encuestados de distinto perfil, según su patrón de actividad al frente del servicio, consideran que tienen una capacidad de intervención personal distinta para la consecución o mejora del sentimiento de ser respetado por los compañeros, para motivar al personal de su servicio.

- Observando la **tabla 8.12**, se puede confirmar que los jefes de servicio de perfil "investigador y docente" consideran que tienen una mayor capacidad de intervención personal para la consecución o mejora del sentimiento de ser respetado por los compañeros, para motivar al personal, en comparación con la opinión que expresan los jefes de servicio de perfiles "clínico" y "exclusivamente clínico".



**Tabla 8.12 ANOVA, resumen de estadísticos**

**Grado de intervención personal en el sentimiento de ser respetado por compañeros\***

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	3,625	0,970	24
Clínico	#3,226	1,087	31
Investigador y docente	#4,353	0,493	17
Exclusivamente dlnico	#3,483	1,153	29
Total	3,584	1,061	101

\*BF = 5.351 (sig. < 0,01); # Diferencias significativas 'post hoc'.

Además, el contraste estadístico también ha confirmado que los grupos de encuestados, según el tipo de servicio que dirigen, consideran que tienen una capacidad de intervención personal distinta para la consecución o mejora de las posibilidades de desarrollo profesional y participar en la formulación de los criterios de incentiva- ción, para motivar al personal de su servicio.

- La **tabla 8.13** permite confirmar que los jefes de “servicios quirúrgicos” y de “especialidades clínicas” consideran que tienen una mayor capacidad de inter- vención personal en la consecución o mejora de las posibilidades de desarrollo profesional para motivar al personal, en comparación con la opinión que expresan los jefes de “servicios centrales y de apoyo”.
- Gracias al contraste reflejado en la misma **tabla 8.13**, se confirma que los jefes de “servicios quirúrgicos” consideran que tienen una mayor capacidad de interven- ción personal en la consecución o mejora de la participación en la formulación de los criterios de incentiva- ción para motivar al personal, en comparación con la opi- nión que expresan los jefes de “servicios centrales y de apoyo”.

**Tabla 8.13 ANOVA, resumen de estadísticos**

**Indica el grado en que puedes intervenir para la consecución y/o mejora los siguientes factores para motivar al personal de tu servicio**

Factores	Grupos de jefes de equipo según su tipo de centro	Media	Desviación típica	N
Posibilidades de desarrollo profesional (F = 2.939*)	Centros Centrales y Apoyo	#2,187	1,109	16
	Centros Quirúrgicos	#3,250	1,293	24
	Especialidades Clínicas	#3,091	1,221	55
	Servicios de Salud Mental	2,944	0,998	18
	Total	2,973	1,221	113
Participar en la formulación de criterios de incentiva- ción (F = 5.529**)	Centros Centrales y Apoyo	#2,067	1,223	15
	Centros Quirúrgicos	#3,792	1,318	24
	Especialidades Clínicas	3,000	1,316	53
	Servicios de Salud Mental	2,722	1,487	18
	Total	3,000	1,414	110

\*Significación < 0,05; \*\*Significación < 0,01; # Diferencias significativas 'post hoc'.

### ● Pregunta 8.3

Indique el grado de idoneidad de las siguientes prácticas para motivar al equipo en su conjunto y el grado de utilización de las mismas por su parte (valóralo de 1= "nada" hasta 5= "mucho").

Finalmente, el contraste estadístico también ha confirmado que los grupos de encuestados, según el tipo de centro en el que desarrollan su actividad, consideran que tienen una capacidad de intervención personal distinta para la consecución o mejora del aumento de influencia en el entorno y del sentimiento de ser respetado por los compañeros, para motivar al personal de su servicio.

- Observando la **tabla 8.14**, se puede confirmar que los jefes de servicio de "centros públicos medianos" consideran que tienen una mayor capacidad de intervención personal en la consecución de un aumento de influencia en el entorno para motivar al personal, en comparación con la opinión que expresan los jefes de servicio de "grandes centros públicos".
- Gracias al contraste reflejado en la misma **tabla 8.14**, se puede confirmar que los jefes de servicio de "centros públicos medianos" consideran que tienen una mayor capacidad de intervención personal en la consecución y mejora del sentimiento de ser respetado por los compañeros para motivar al personal, en comparación con la opinión que expresan los jefes de servicio de "grandes centros públicos".

**Tabla 8.14 ANOVA, resumen de estadísticos**

Indica el grado en que puedes intervenir para la consecución y/o mejora los siguientes factores para motivar al personal de tu servicio

Grado de intervención personal	Grupos de jefes de servicio según su tipo de centro	Media	Desviación típica	N
Aumento de influencia en el entorno (F = 3.464*)	Centros públicos pequeños	3,133	1,187	15
	Centros públicos medianos	#3,056	1,068	36
	Grandes centros públicos	#2,405	0,964	42
	Centros privados	2,400	1,352	15
	Total	2,722	1,126	108
Sentimiento de ser respetado por compañeros (BF = 3.557*)	Centros públicos pequeños	3,714	0,994	14
	Centros públicos medianos	#3,914	0,818	35
	Grandes centros públicos	#3,143	1,160	42
	Grandes centros públicos	3,667	1,234	15
	Total	3,547	1,088	106

\*Significación < 0,05; # Diferencias significativas 'post hoc'.

**Tabla 8.15 RESPUESTA a la pregunta 8.3**

Indica el grado de idoneidad de las siguientes prácticas para motivar al equipo en su conjunto.

Prácticas:	Media	Desviación típica	N
Promover la discusión permanente y global de temas	3,398	1,022	113
Proporcionar mayor autonomía de gestión	3,159	1,214	113
Mantener informado al equipo del progreso en la consecución de sus objetivos	3,832	1,043	113
Mantener patrones de conducta objetivos y ecuánimes	3,894	1,012	113
Dotar de la infraestructura necesaria para el trabajo	3,179	1,310	112

**Tabla 8.16 RESPUESTA a la pregunta 8.3**

Indica el grado de utilización que haces de las siguientes prácticas para motivar al equipo en su conjunto.

Prácticas:	Media	Desviación típica	N
Promover la discusión permanente y global de temas	3,754	0,946	114
Proporcionar mayor autonomía de gestión	3,798	0,884	114
Mantener informado al equipo del progreso en la consecución de sus objetivos	4,053	0,911	114
Mantener patrones de conducta objetivos y ecuánimes	4,184	0,858	114
Dotar de la infraestructura necesaria para el trabajo	4,298	0,786	114

El contraste estadístico ha confirmado que los grupos de encuestados, según su patrón de actividad al frente del servicio, consideran que utilizan en un grado distinto la discusión permanente y global de temas para motivar al equipo del servicio en su conjunto.

- Observando la **tabla 8.17**, se puede confirmar que los jefes de servicio de perfil "investigador y docente" consideran utilizan en mayor medida la discusión permanente y global de temas para motivar al equipo en su conjunto, en comparación con la opinión que expresan los jefes de servicio de perfil "exclusivamente clínico".

**Tabla 8.17 ANOVA, resumen de estadísticos**

Indica el grado de utilización de la discusión global y permanente de temas para motivar al equipo en su conjunto\*

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	3,654	0,977	26
Clínico	#3,200	0,925	30
Investigador y docente	#3,882	1,111	17
Exclusivamente clínico	#3,161	0,969	31
Total	3,413	1,011	104

\*BF = 2.959 (sig. < 0,05); # Diferencias significativas 'post hoc'.

El contraste estadístico también ha confirmado que los grupos de encuestados, según la comunidad autónoma donde se encuentra situado su centro, consideran de un modo distinto la idoneidad de la discusión permanente y global de temas para motivar al equipo del servicio en su conjunto.

- Observando la **tabla 8.18**, se puede confirmar que los jefes de servicio de comunidades autónomas con competencias en sanidad de después de 1994 consideran que utilizar la discusión permanente y global de temas es más idóneo para motivar al equipo en su conjunto, en comparación la opinión que expresan los jefes de servicio de las restantes comunidades autónomas.

**Tabla 8.18 ANOVA, resumen de estadísticos**

Indica el grado de idoneidad de la discusión global y permanente de temas para motivar al equipo en su conjunto\*

Grupos de jefes de servicio según si las competencias de sanidad de su CA fueron	Media	Desviación típica	N
Transferidas después de 1994	4,027	0,833	37
Transferidas antes de 1994	3,653	0,952	72
Total	3,780	0,927	109

\*BF = 6.018 (sig. < 0.05).

Finalmente, el contraste estadístico ha confirmado que los encuestados de diferente perfil, según su patrón de actividad, valoran de un modo distinto la idoneidad de otorgar una mayor autonomía para motivar al equipo del servicio en su conjunto.

- Observando la **tabla 8.19**, se puede confirmar que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” consideran que otorgar una mayor autonomía es más idóneo para motivar al equipo en su conjunto, en comparación la opinión que expresan los encuestados de perfil “clínico”.

**Tabla 8.19 ANOVA, resumen de estadísticos**

Indica el grado de idoneidad de otorgar mayor autonomía para motivar al equipo en su conjunto\*

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	4,038	0,599	26
Clínico	#3,567	0,971	30
Investigador y docente	#4,235	0,664	17
Exclusivamente clínico	3,613	0,882	31
Total	3,808	0,848	104

\*BF = 3.994 (sig. < 0,05); # Diferencias significativas 'post hoc'.

El análisis de regresión, **tabla 8.20**, confirma que el grado en que los encuestados indican que utilizan el mantener informado al equipo del progreso en la consecución de los objetivos para motivar al equipo en su conjunto, guarda relación con el tamaño del servicio que dirigen los encuestados, medido mediante el número de personas que componen el equipo del servicio.

- Existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de personas que forman el equipo del servicio con la disminución en el grado de utilización del mantener informado al equipo del progreso en la consecución de los objetivos para motivar al equipo del servicio.
- Aunque la relación existe, ésta es una relación estadísticamente muy débil, indicando que el tamaño del servicio no es el factor más relevante a la hora de explicar las diferencias en el grado en que los jefes de servicio mantienen informado al equipo del servicio sobre el progreso en los objetivos.

**Tabla 8.20 Regresión**

Variable dependiente: Grado de utilización por tu parte de mantener informado al equipo del progreso en la consecución de sus objetivos

Resumen del modelo de Regresión*	
R	R <sup>2</sup>
0,188	0,035

\* F = 4.077 (sig. < 0,05).

Coeficientes		
Variabes en modelo	Coficiente no estándar B	Error
(Constante)	2,765	0,158
Número de personas que componen el equipo del jefe de servicio	-0,00742*	0,004

\* Significación < 0,05.

El análisis de regresión, **tabla 8.21**, confirma que el grado en que los encuestados indican que utilizan la dotación de infraestructura necesaria para el trabajo para motivar al equipo en su conjunto, guarda relación con el tamaño del centro, medido mediante el número camas del centro del encuestado.

- Existe una relación lineal que relaciona el aumento del número de camas del centro donde se encuentra el servicio, con la disminución en el grado de utilización de la dotación de infraestructura necesaria para el trabajo para motivar al equipo del servicio.
- Aunque la relación existe, ésta es una relación estadísticamente leve, indicando que el tamaño del centro es uno de los factores que incide en la variabilidad del grado en que los encuestados utilizan la dotación de infraestructuras para motivar al equipo en su conjunto.

**Tabla 8.21 Regresión**

Variable dependiente: Grado de utilización por tu parte de dotar de la infraestructura necesaria para el trabajo

Resumen del modelo de Regresión*	
R	R <sup>2</sup>
0,251	0,063

\* F = 6.947 (sig. < 0,01).

Coeficientes		
Variabes en modelo	Coficiente no estándar B	Error
(Constante)	2,765	0,158
Número de personas que componen el equipo del jefe de servicio	-0,0008087*	0,000

\* Significación < 0,01.







## 3.9 FORMACIÓN CONTINUADA. DOCENCIA INVESTIGACIÓN





### 3.9. FORMACIÓN CONTINUADA. DOCENCIA INVESTIGACIÓN

Las respuestas de los jefes de servicio a esta pregunta no han confirmado la existencia de ninguna relación con las características de los encuestados analizadas: tipo de centro, tipo de servicio, tamaño del centro etc.

- Como muestra la **tabla 9.1**, se intuye una relación entre el hecho de que los encuestados consideren que su servicio “sí” que dispone de un sistema fiable para evaluar las capacidades del personal y los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio.
- Entre los encuestados de perfil “investigador y docente” se aprecia un porcentaje mayor de encuestados que entienden que su servicio “sí” tiene un sistema fiable de evaluación de capacidades, en comparación con los demás grupos de jefes de servicio, especialmente respecto al perfil de encuestados “clínicos”.

#### Pregunta 9.1 ●

¿Tiene su servicio un sistema fiable para evaluar las capacidades del personal que lo compone? (Sí /No)

**Tabla 9.1** Tabla de contingencia

¿Tiene su servicio un sistema fiable para evaluar las capacidades del personal que lo compone?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	20	5	25
		%	80,0%	20,0%	100%
	Clínico	N	24	5	29
		%	82,8%	17,2%	100%
	Investigador y docente	N	9	8	17
		%	52,9%	47,1%	100%
Exclusivamente clínico	N	25	7	32	
	%	78,1%	21,9%	100%	
Total	N	78	25	103	
	%	75,7%	24,3%	100%	

Se confirma una relación estadísticamente significativa entre el porcentaje de encuestados señalan que su servicio dispone de un plan de formación para el personal que se incorpora y los perfiles de jefes de servicio según el patrón de actividad que han señalado que tienen al frente de su servicio.

- La **tabla 9.2** confirma que entre los jefes de servicio “investigadores” es mayoritario el porcentaje de encuestados que indican que su servicio “sí” dispone de un plan de formación para el personal que se incorpora, a diferencia de los demás grupos de encuestados, los cuales mayoritariamente indican que en sus servicios “no” existe ese plan de formación.

#### Pregunta 9.2 ●

¿Dispone su servicio de un plan de formación para el personal que se incorpora? (Sí/No)



**Tabla 9.2 Tabla de contingencia\***

¿Dispone tu servicio de un plan de formación para el personal que se incorpora?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	16	10	26
		%	61,54%	38,46%	100%
	Clínico	N	19	12	31
		%	61,29%	38,71%	100%
	Investigador y docente	N	3	14	17
		%	17,65%	82,35%	100%
	Exclusivamente clínico	N	20	12	32
		%	62,50%	37,50%	100%
Total	N	58	48	106	
	%	54,72%	45,28%	100%	

\* Chi-Pearson 11.047 (sig. < 0,01); V de Cramer 0.326.

### ● Pregunta 9.3

¿Tiene identificadas las necesidades de formación continuada del personal de su servicio? (Sí/No)

Se confirma una relación estadísticamente significativa entre el porcentaje de encuestados que señalan tener identificadas las necesidades de formación continuada del personal de su servicio y los grupos de jefes de servicio según el tipo de servicio que dirigen.

- La **tabla 9.3** confirma que entre los jefes de “servicios de salud mental” es mayoritario el porcentaje de encuestados que indican que su servicio “no” tiene identificadas las necesidades de formación continuada de su servicio, en comparación con los demás grupos de jefes de servicio.
- La misma **tabla 9.3** muestra como la mayoría de los jefes de “servicios centrales y de apoyo” y de “especialidades clínicas”, “sí” tiene identificadas las necesidades de formación continuada del personal de su servicio.

**Tabla 9.3 Tabla de contingencia\***

¿Tienes identificadas las necesidades de formación continuada del personal de tu servicio?

			No	Sí	Total
Grupos de jefes según el tipo de servicio	Servicios centrales y Apoyo	N	2	13	15
		%	13,3%	86,7%	100%
	Servicios Quirúrgicos	N	12	13	25
		%	48,0%	52,0%	100%
	Especialidades Clínicas	N	13	42	55
		%	23,6%	76,4%	100%
	Servicios de Salud Mental	N	10	9	19
		%	52,6%	47,4%	100%
Total	N	37	77	114	
	%	32,5%	67,5%	100%	

\* Chi-Pearson 11.737 (sig. < 0,05); V de Cramer 0.307.

Aunque no ha podido confirmarse estadísticamente se intuye, tal y como muestra la **tabla 9.4**, una relación entre los encuestados que consideran que “sí” tienen identificadas las necesidades de formación continuada del personal de su servicio y los perfiles de jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del mismo servicio.

- Entre los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” se observa una práctica unanimidad de encuestados que “sí” tiene identificadas las necesidades de formación continuada del personal del servicio, en comparación con los demás grupos de jefes de servicio que muestran porcentajes más reducidos en esa respuesta.

**Tabla 9.4** Tabla de contingencia

¿Tienes identificadas las necesidades de formación continuada del personal de tu servicio?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	8	18	26
		%	30,7%	69,3%	100%
	Clínico	N	12	19	31
		%	38,7%	61,3%	100%
	Investigador y docente	N	1	15	16
		%	6,3%	93,7%	100%
Exclusivamente clínico	N	12	20	32	
	%	37,5%	62,5%	100%	
Total	N	33	72	105	
	%	31,4%	68,6%	100%	

**Tabla 9.5** RESPUESTA a la pregunta 9.4

	Media	Desv. típica	N
¿Hasta que punto estás de acuerdo con los programas de formación continuada que ofrece el Hospital?	2,491	1,155	112

El contraste estadístico no confirma que los distintos perfiles de encuestados, según el patrón de actividad al frente del servicio, muestren un grado de acuerdo distinto respecto a los programas de formación continuada que ofrece su Hospital.

- Aunque el contraste ANOVA no lo confirma estadísticamente, la **tabla 9.6** permite intuir que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” muestran un mayor grado de acuerdo respecto a los programas de formación continuada que ofrece el Hospital, en comparación con la opinión expresada por los demás grupos de jefes de servicio.

### Pregunta 9.4

¿Hasta qué punto está de acuerdo con los programas de formación continuada que ofrece el Hospital? (1= Nada hasta 5= Del todo)

**Tabla 9.6 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Hasta qué punto estás de acuerdo con los programas de formación continuada que ofrece el Hospital?

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	2,478	1,082	23
Clínico	2,300	1,119	30
Investigador y docente	3,176	1,334	17
Exclusivamente clínico	2,375	0,942	32
Total	2,510	1,124	102

**Pregunta 9.5**

¿Existe algún mecanismo de validación del impacto objetivo de los programas de formación y la capacitación profesional? (Sí/No)

Una vez más el contraste estadístico de las respuestas no han confirmado la existencia de ninguna relación con las características de los encuestados analizadas: tipo de centro, tipo de servicio, tamaño del centro, etc.

La mayoría de los encuestados señala que “no” existe ningún mecanismo de validación del impacto objetivo de los programas de formación y capacitación profesional en su servicio.

- Como muestra la **tabla 9.7**, se intuyen pocas diferencias entre los jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio respecto a la existencia de algún mecanismo de validación del impacto de la formación y capacitación profesional.
- Entre los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” se aprecia un porcentaje ligeramente mayor de encuestados que señala que “sí” existe algún mecanismo de validación de la formación y capacitación profesional en su servicio.

**Tabla 9.7 Tabla de contingencia**

¿Existe algún mecanismo de validación del impacto objetivo de los programas de formación y la capacitación profesional?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	23	3	26
		%	88,5%	11,5%	100%
	Clínico	N	27	2	29
		%	93,1%	6,9%	100%
	Investigador y docente	N	13	4	17
		%	76,5%	23,5%	100%
	Exclusivamente clínico	N	29	3	32
		%	90,6%	9,4%	100%
Total	N	92	12	104	
	%	88,5%	11,5%	100%	

**Tabla 9.8 RESPUESTA a la pregunta 9.6**

	Media	Desv. típica	N
Horas al mes de formación continuada que deberían destinar los facultativos	18,112	14,504	98

El contraste estadístico no confirma que los encuestados, según el patrón de actividad al frente del servicio, valoren de forma estadísticamente distinta el tiempo que el personal facultativo debería dedicar en promedio a formación continuada.

Aunque el contraste ANOVA no lo confirma estadísticamente, la **tabla 9.9** permite intuir que los jefes de servicio de perfil "clínico" consideran que el personal facultativo debería dedicar un menor número de horas al mes a formación continuada, en comparación con los jefes de servicio de los demás grupos de encuestados.

**Tabla 9.9 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Cuánto tiempo en promedio y para los facultativos, crees que se debe destinar al mes en formación continuada?

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	21,870	21,027	23
Clínico	13,565	9,239	26
Investigador y docente	20,377	10,657	15
Exclusivamente clínico	18,677	13,878	26
Total	18,197	14,618	96

**Tabla 9.10 RESPUESTA a la pregunta 9.7**

	Media	Desv. típica	N
Hora al mes de formación continuada que deberían destinar el personal de enfermería	14,418	12,704	91

**Pregunta 9.6 ●**

¿Cuánto tiempo en promedio y para los facultativos, cree que se debe destinar al mes en formación continuada?

**Pregunta 9.7 ●**

¿Cuánto tiempo al mes y en promedio, estima que debe asignarse para el personal de enfermería?

El contraste estadístico también ha confirmado que los grupos de encuestados, según el tipo de servicio que dirigen, consideran de forma distinta el tiempo que el personal de enfermería debería dedicar, en promedio, cada mes a formación continuada.

- Observando la **tabla 9.11**, se puede confirmar que los jefes de servicios de “especialidades clínicas” consideran que el personal de enfermería debería dedicar mucho más tiempo a formación continuada en comparación con el tiempo que los jefes de “servicios de salud mental” consideran que debería dedicar.

**Tabla 9.11 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Cuánto tiempo en promedio crees que debe destinar el personal de enfermería al mes en formación continuada?

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Servicios Centrales y Apoyo	12,917	12,754	12
Servicios Quirúrgicos	15,917	10,213	18
Especialidades Clínicas	#16,761	14,935	44
Servicios de Salud Mental	#8,000	4,572	16
Total	14,522	12,735	90

\* BF = 2.720; sig. < 0,05.

### ● Pregunta 9.8

Por el reparto asignado de funciones ¿Estima que el acceso a la formación continuada es equitativo? (Sí/No)

El contraste estadístico de las respuestas no ha confirmado la existencia de ninguna relación entre las características de los encuestados analizadas y el hecho de que consideren que el acceso a la formación continuada sea equitativo.

- Como muestra la **tabla 9.12**, se intuyen muy pocas diferencias entre los jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio respecto al hecho de entender que el acceso a la formación continuada sea equitativo.

**Tabla 9.12 Tabla de contingencia**

Por el reparto asignado de funciones, ¿estimas que el acceso a la formación continuada es equitativo?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	15	9	24
		%	62,5%	37,5%	100%
	Clínico	N	16	10	26
		%	61,5%	38,5%	100%
	Investigador y docente	N	8	6	14
		%	57,1%	42,9%	100%
	Exclusivamente clínico	N	15	13	28
		%	53,5%	46,5%	100%
Total	N	54	38	92	
	%	58,7%	41,3%	100%	



De igual modo que en la pregunta anterior, el contraste estadístico de las respuestas no han confirmado la existencia de ninguna relación con las características de los encuestados analizadas y el hecho de que indiquen que en su servicio esté establecido un orden de acceso a la formación continuada.

- Como muestra la **tabla 9.13**, se intuyen pocas diferencias entre los jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio.
- Entre los jefes de servicio de perfil “clínico” existe un mayor porcentaje de encuestados que considera que “no” está establecido un orden de acceso a la formación continuada, mientras que en los otros tres grupos de encuestados ese porcentaje es menor.

## Pregunta 9.9 ●

¿Está establecido un orden de acceso a la formación continuada? (Sí/No)

**Tabla 9.13** Tabla de contingencia

¿Está establecido un orden de acceso a la formación continuada?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	15	10	25
		%	60,0%	40,0%	100%
	Clínico	N	23	6	29
		%	79,3%	20,7%	100%
	Investigador y docente	N	9	6	15
		%	60,0%	40,0%	100%
	Exclusivamente clínico	N	21	10	31
		%	67,7%	32,3%	100%
Total	N	68	32	100	
	%	68,0%	32,0%	100%	

**Tabla 9.14** RESPUESTA a la pregunta 9.10

	Media	Desv. típica	N
¿Cuanto tiempo, en % del tiempo total destina en promedio el personal facultativo de tu servicio a la docencia e investigación?	12,141	8,324	92

El contraste estadístico ha confirmado que los grupos de encuestados, según el tipo de servicio que dirigen, indican que el personal facultativo de su centro dedica una proporción distinta de su tiempo a desarrollar actividad de docencia e investigación.

- Observando la **tabla 9.15**, se puede confirmar que los jefes de servicios “quirúrgicos” indican que el personal facultativo de su centro dedica un porcentaje significativamente menor de su tiempo a la docencia e investigación en comparación con el tiempo que dedica el personal facultativo de los servicios de de los encuestados de “especialidades clínicas”.

## Pregunta 9.10 ●

¿Cuánto tiempo, en % del tiempo total destina en promedio el personal facultativo de su servicio a la docencia e investigación?



**Tabla 9.15 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Cuanto tiempo, en % del tiempo total, destina en promedio el personal facultativo de tu servicio a la docencia e investigación? \*

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Servicios Centrales y Apoyo	13,00	8,10	11
Servicios Quirúrgicos	#7,45	5,58	21
Especialidades Clínicas	#13,67	7,88	46
Servicios de Salud Mental	12,60	11,12	13
Total	12,00	8,26	91

\* BF =3.014 (sig. < 0,05). # Diferencias significativas `pos hoc`.

El contraste estadístico ha confirmado que los perfiles de encuestados, según el patrón de actividad que desarrollan al frente del servicio, indican que el personal facultativo de su centro dedica una proporción distinta de su tiempo a desarrollar actividad de docencia e investigación.

- Observando la **tabla 9.16**, se puede confirmar que los jefes de servicio de perfil “investigador y docente” indican que el personal facultativo de su centro dedica un porcentaje significativamente mayor de su tiempo a la docencia e investigación en comparación con el tiempo que dedica el personal facultativo de los jefes de servicio de perfiles “clínico” y “exclusivamente clínico”.

**Tabla 9.16 ANOVA, resumen de estadísticos**

¿Cuanto tiempo, en % del tiempo total, destina en promedio el personal facultativo de tu servicio a la docencia e investigación?\*

Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Media	Desviación típica	N
Gestor	12,88	6,08	20
Clínico	#10,63	7,16	28
Investigador y docente	#20,38	8,22	13
Exclusivamente clínico	#10,63	9,18	25
Total	12,63	8,34	86

\* BF =5.521 (sig. < 0,01). # Diferencias significativas `pos hoc`.

El contraste estadístico de las respuestas a esta pregunta no ha confirmado la existencia de ninguna relación con las características de los encuestados analizadas y el hecho de que indiquen que en su servicio el acceso a la docencia y a la investigación son privilegio de un grupo determinado de facultativos.

- Como muestra la **tabla 9.17**, se intuyen pocas diferencias entre los jefes de servicio según su patrón de actividad al frente del servicio.
- Entre los jefes de servicio con perfiles o bien “clínico”, o bien “exclusivamente clínico”, existe un porcentaje menor de encuestados que considera que el acceso a la docencia y la investigación “no” es privilegio de un grupo determinado de facultativos, mientras que para encuestados de perfil “gestor” e “investigador y docente” ese porcentaje significativamente mayor.

### Pregunta 9.11 ●

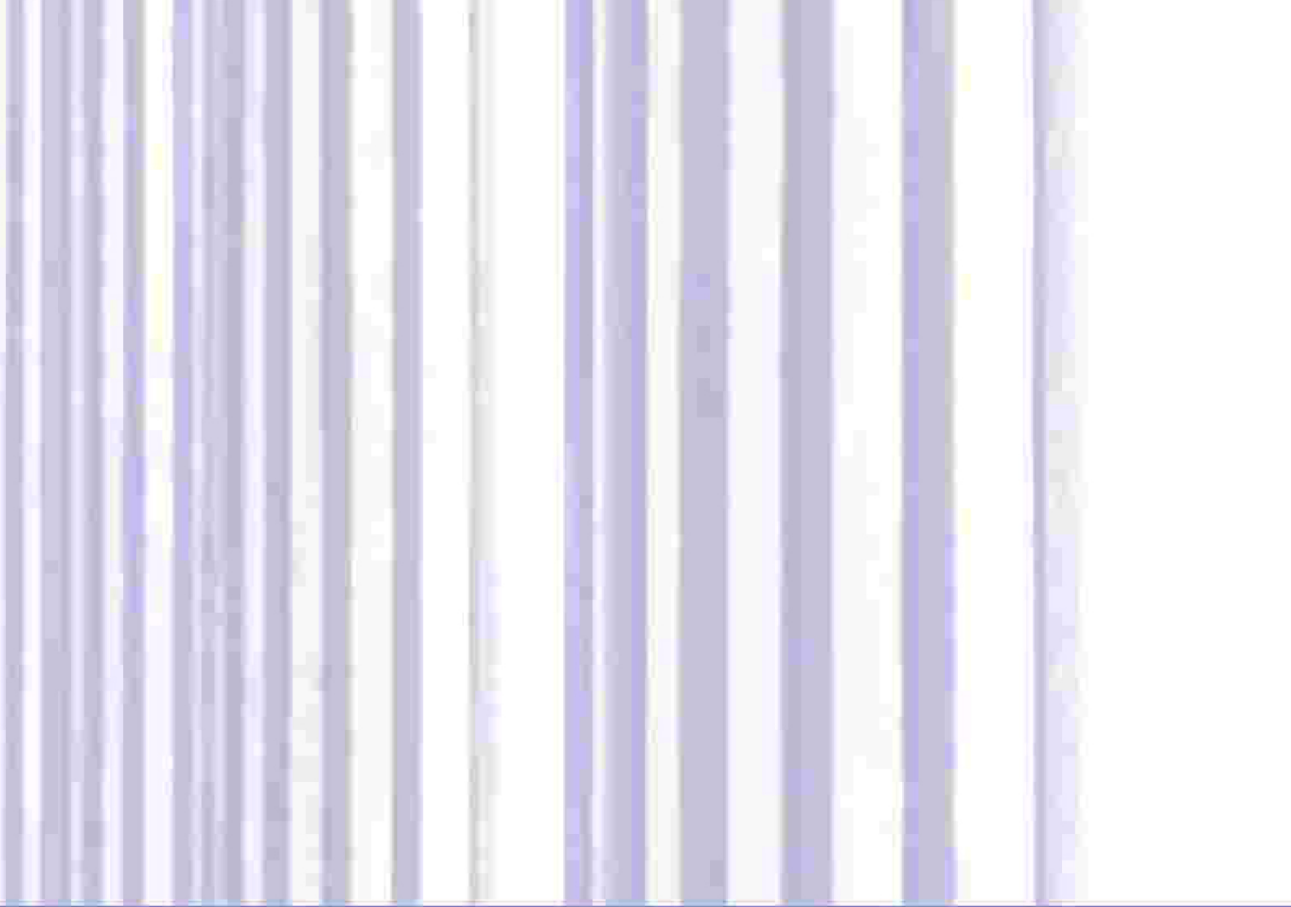
El acceso a la docencia e investigación ¿es privilegio de un grupo determinado de facultativos?  
(Sí/No)

**Tabla 9.17 Tabla de contingencia**

El acceso a la docencia e investigación ¿es privilegio de un grupo determinado de facultativos?

			No	Sí	Total
Perfiles de jefes de servicio según patrón de actividad	Gestor	N	22	4	26
		%	84,62%	15,38%	100%
	Clínico	N	17	12	29
		%	58,62%	41,38%	100%
	Investigador y docente	N	13	4	17
		%	76,47%	23,53%	100%
	Exclusivamente clínico	N	19	13	32
		%	59,38%	40,63%	100%
Total	N	71	33	104	
	%	68,27%	31,73%	100%	





LA VIDA POR DELANTE