



UNIVERSIDAD TORCUATO DI TELLA

EMBA

Tesis de Maestría

“Gestión de la incertidumbre en organizaciones de la salud. Análisis del caso de una clínica privada de CABA durante la pandemia de Covid-19”.

Autor: Jorge Castagnino

Tutor/a: Carlos Loisi

Buenos Aires, diciembre de 2021

Resumen

Este trabajo analiza la gestión de un sanatorio privado de CABA durante la pandemia de Covid-19, en lo que se propone como un caso de gestión de la incertidumbre, y de una crisis sanitaria cuyo impacto ha sido multidimensional. El propósito principal es reflejar cómo se fueron adoptando decisiones que resultaron clave para el funcionamiento del sanatorio y su adaptación a los escenarios turbulentos que se fueron sucediendo en los dos años que ya han transcurrido de la pandemia. Se describe no sólo el proceso de toma de decisiones, sino también el liderazgo ejercido para mejorar la gestión y administración de la institución, así como aspectos comunicacionales que debieron contemplarse para afrontar la infodemia y alinear a los recursos humanos a fin de brindar la mejor atención a los pacientes y familiares, cumpliendo siempre con las normas y medidas sanitarias establecidas por las autoridades de los distintos niveles. Luego de delimitar el problema y su justificación, se elaboró un desarrollo teórico en el cual se exponen las principales tendencias y perspectivas respecto de la gestión y administración de la pandemia de Covid-19 en organizaciones de la salud, y de conceptos ligados a la gestión de la incertidumbre (y de la crisis). Se diseñó un trabajo de campo utilizando como instrumento de recolección de datos el registro etnográfico del director médico del sanatorio, donde se fue consignando cómo se sobrellevó en la organización de salud objeto de estudio la evolución de la pandemia, los principales problemas y desafíos planteados ante el avance –y parciales retrocesos- de los contagios y la presión que padecieron las organizaciones de salud del sector privado a nivel estructural, médico y financiero. Como resultado, se espera tomar conocimiento de las implicancias de la gestión de una organización de salud en la pandemia, los criterios a adoptar para tomar las mejores decisiones que apunten a una mejora de la gestión y a la adaptación de la organización a escenarios turbulentos, donde se ven afectadas severamente las prestaciones de salud a la población.

Palabras clave: Gestión de la incertidumbre – organizaciones de la salud – pandemia de Covid-19 – clínicas privadas – toma de decisiones - liderazgo

Indice

Resumen.....	2
Introducción.....	5
<i>Planteamiento del problema</i>	6
<i>Objetivos de la Investigación</i>	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
<i>Justificación</i>	9
<i>Metodología</i>	10
Tipo y diseño de investigación.....	11
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	13
Tipo de análisis e interpretación de los datos.....	13
Capítulo 1. Gestión de la incertidumbre en organizaciones de la salud.....	15
1.1. <i>Gestión de las organizaciones de la salud: aspectos conceptuales básicos</i>	16
1.2. <i>Importancia de la comunicación y el manejo de información en organizaciones de la salud</i>	19
1.3. <i>Teoría situacional o de las contingencias</i>	21
Capítulo 2. La pandemia de Covid-19 y su afectación a la salud pública.....	25
Capítulo 3. Liderazgo en instituciones de la salud.....	41
3.1. <i>Gestión de la calidad en salud</i>	43
Capítulo 4. Gestión de un sanatorio privado de CABA durante la pandemia de Covid-19.....	45
4.1. <i>Decisiones trascendentales</i>	45
4.1.1. Comunicación y manejo de información.....	45
4.1.2. Organos decisorios.....	46
4.1.3. Estructura.....	47
4.1.4. Gestión de recursos humanos y liderazgo.....	48
4.1.5. Medidas sanitarias. Problemas legales.....	51
4.1.6. Nivel de actividad y prestaciones del sanatorio.....	53
Conclusiones	57
Bibliografía	62

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Impacto negativo de la pandemia en el ánimo de la población	30
Gráfico 2. Evolución de la actividad del sanatorio 2019-2021	54
Gráfico 3. Positividad de PCR SARS-CoV-2 en DLA.....	55
Gráfico 4. Días pacientes con Covid-19 en UCI en contraste con otras patologías.....	56

Introducción

En la actualidad, las organizaciones –especialmente aquellas orientadas a brindar un servicio a la comunidad, como es el caso de las clínicas y centros de salud- enfrentan una serie de desafíos para sobrevivir y desarrollarse que surgen como consecuencia de los vertiginosos cambios sociales y económicos que tienen lugar tanto a nivel local como a escala mundial. El mayor reto consiste precisamente en hacer frente a las continuas modificaciones del entorno, asimilando la necesidad de revisar permanentemente las modalidades de organización e intervención.

En las últimas décadas, los hospitales y clínicas han desarrollado sus actividades en un marco caracterizado por una fuerte presión de la comunidad en lo que refiere a la obtención de una adecuada atención, con un marcado aumento de la demanda de servicios en calidad y cantidad. Estas nuevas demandas que enfrentan los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud son las que exigen abandonar las miradas lineales, estáticas, estables y ordenadas de los servicios ofrecidos por las organizaciones de salud, en pos de una nueva capacitación para trabajar en situaciones signadas por el desorden y el cambio constante (Arrow, 1981). En este sentido, puede decirse que el desorden no sólo existe sino que de hecho desempeña un papel productor y necesario en el universo. El desafío de las organizaciones de salud de nuestros días es, precisamente, desarrollar una mayor flexibilidad que permita aprender a trabajar con la incertidumbre.

La pandemia causada por el Covid-19 generó un verdadero tsunami sanitario y productivo, afectando radicalmente los hábitos de consumo y comportamientos de prácticamente toda la humanidad. La atención médico-sanitaria se transformó en el ojo de la tormenta y el foco de atención universal. Ninguna organización de salud –ya sea pública o privada- estuvo preparada para afrontar las consecuencias inmediatas o tardías. Dirigir y gestionar organizaciones de salud durante la pandemia de Covid-19 se convirtió en una de las actividades más extremas desde marzo de 2020 hasta fines de 2021.

Se ha estudiado mucho acerca de la gestión de empresas en contextos y entornos de incertidumbre, pero siempre en relación a cuestiones acotadas a

determinado sector de la economía o circunstancias particulares. En un contexto de pánico social y exigencias sanitarias, hubo que conducir las instituciones de salud con herramientas fuera de los estándares conocidos, apelando muchas veces a la intuición y priorizando las habilidades blandas, como por ejemplo la empatía, la sociabilidad, la facilidad para la comunicación, la escucha activa y el trabajo en equipo. En el contexto pandémico, la tecnología se afianzó como herramienta fundamental de sostenimiento y recuperación y la conectividad se convirtió prácticamente en un derecho básico.

Planteamiento del problema

Al focalizar los efectos de las crisis sobre la salud, Chan (2009) sostiene que es una preocupación de la comunidad internacional que no parece que vaya a resolverse en forma positiva. Mientras crece el desempleo, fallan las redes de protección social, se reducen los ahorros y los fondos de pensiones y disminuye el gasto en salud, todo ello acaba impactando negativamente en la salud de los más desprotegidos. Igualmente, las crisis ocasionan enfermedades mentales, aumentando la incidencia y prevalencia de la ansiedad y la depresión, un aumento en el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas nocivas, afectando a la salud en general de la población.

En cuanto a las nuevas tendencias registradas en el ámbito específico de las organizaciones de la salud, es muy fácil reconocer la influencia que ha ejercido durante años el modelo de pensamiento moderno. Al referirse al paradigma de la modernidad en el ámbito organizacional, se lo postula como un mecanismo, una máquina que funciona de acuerdo a un modelo técnico que basa sus acciones en programas prefijados. Esto es precisamente lo que se observa en la mayor parte de los hospitales y clínicas de Argentina, en los cuales las opiniones y sensaciones del paciente y su familia, e incluso la de otros profesionales con puntos de vista diferentes, quedan generalmente fuera de la atención y consideración del sistema, que se maneja de acuerdo a estándares y prácticas rígidas y burocráticas que muchas veces no responden de manera adecuada a las demandas de los usuarios.

En Argentina, ante la declaración del Covid-19 como pandemia global se decidió implementar lo que se denominó “aislamiento social preventivo y obligatorio”, caracterizado por la exigencia de no circulación en las ciudades (salvo casos exceptuados y debidamente autorizados, para las actividades consideradas esenciales, entre las cuales, por supuesto, se encuentran los servicios sanitarios y los efectores de salud pública). Más allá del impacto de la pandemia de Covid-19 a nivel epidemiológico y sanitario, con el transcurso de los meses, al persistir las medidas de aislamiento comenzó a ganar espacio en los medios de comunicación el malestar y sufrimiento psíquico padecido por los sujetos. Si se concibe a la salud, tal como la contempla la OMS (Organización Mundial de la Salud), o sea un estado de bienestar físico, mental y social, no se trata de la simple ausencia de afecciones o enfermedades, ya que las implicancias anímicas del aislamiento social se producen en todas las edades y subjetividades (Pacheco Luza et al., 2020). El personal de salud de la clínica objeto de estudio no fue ajeno a esta situación, y los factores estresantes en sus puestos de trabajo se multiplicaron con la pandemia. Además, debido a la declaración de emergencia sanitaria, se planteó la posibilidad de la relocalización de profesionales, y se suspendieron todas las licencias –salvo las de los trabajadores que se incluían en grupos de riesgo–. A este respecto, cabe mencionar que muchos profesionales de la salud, más allá de sus edades, buscaron la manera de que se los considerara como pertenecientes a grupos de riesgo.

La pandemia de Covid-19 se ha caracterizado entonces por plantear una situación común a escala planetaria, sustentada en el temor a ser contagiado, el agobio generado por la cuarentena y la incertidumbre que atraviesan diversos estamentos de la vida social. Los sentimientos señalados –temor, agobio e incertidumbre- tienen distintos matices e intensidades en cada persona, pero como factor común es posible suscribir a la frase *“hoy somos todos coronautas, navegamos una espacialidad signada por la presencia amenazante del Covid-19”* (Plut, 2020, p. 8).

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta aquí, el problema a abordar se puede formular a través de los siguientes interrogantes:

¿Qué características asumió la gestión de la incertidumbre en una clínica privada de CABA durante la pandemia de Covid-19 (desde marzo de 2020 hasta octubre de 2021)?

¿Qué características presentaba la gestión de la clínica antes de la emergencia sanitaria provocada por la pandemia? (¿cuáles eran sus principales obstáculos y desafíos?)

¿Cuáles fueron las fortalezas y debilidades que se manifestaron en la gestión de los recursos humanos de la clínica durante la pandemia? (¿y las principales amenazas y oportunidades que planteó la pandemia?)

¿Qué aspectos o herramientas de la gestión de la incertidumbre se aprovecharon para optimizar las prestaciones de la clínica y su administración en el período analizado?

¿Qué criterios se contemplaron en la toma de decisiones y qué tipo de liderazgo se ejerció?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Presentar el modelo de gestión resultante por el tránsito de la pandemia en una clínica privada de CABA, focalizando el contexto de incertidumbre, las decisiones tomadas y herramientas de gestión utilizadas para sostener y sobrellevar la crisis multidimensional generada por el Covid19 con el objetivo principal de presentar lineamientos básicos de gestión en los años por venir, aprovechar los aprendizajes y minimizar los riesgos a futuro.

Objetivos Específicos

- Analizar el tipo de liderazgo ejercido en la clínica ante los cambios súbitos y turbulentos del entorno, y la demanda de atención en salud durante la pandemia.

- Describir los procesos de toma de decisiones, y las decisiones adoptadas, en contextos de extrema emergencia como los vividos durante la pandemia.
- Determinar el impacto de la pandemia en la gestión de los recursos humanos de la clínica.

Justificación

Más allá de las estrategias y lineamientos de gestión adoptados, la pandemia COVID-19 llevó a la humanidad a un punto de inflexión. Esta experiencia colectiva provocó una reflexión global sobre el presente y futuro de las necesidades de todos. La actual crisis mundial producida por el virus SARS-CoV-2 no es la primera ni será la última a la que se enfrente la humanidad. Por otro lado, las enfermedades han sido potentes palancas de cambio social, sobre todo cuando se combinaron con otros elementos disruptivos como son las nuevas tecnologías, la automatización de la productividad, la inteligencia artificial, la manipulación genética, las nuevas cuestiones energéticas, el cambio climático y la desigualdad social.

El aislamiento social con fines sanitarios y la virtualidad trajeron aparejados el replanteo de las relaciones humanas y la manera de trabajar. Internet se convirtió en un derecho humano y gracias a la conectividad y las redes sociales se pudo realizar gran parte de las actividades laborales, económicas y sociales. Mediante el teletrabajo, la conectividad vía zoom y otros formatos virtuales, la presencialidad pasó a ser prescindible para la mayoría de las actividades.

La pandemia actual y otras que probablemente ocurran en el futuro configuran una experiencia increíblemente traumática y muchos países y personas van a padecer consecuencias drásticas en lo económico y lo humano. La solidaridad y la colaboración aparecen como cualidades indispensables para sobrellevar la realidad planteada por estos imponderables donde inclusive los más jóvenes padecen las consecuencias de manera agravada. Desde sus inicios en diciembre 2019, el Covid-19 trajo incertidumbre

y pánico. La cuestión sanitaria, la prevención y atención de enfermos se convirtió en la máxima prioridad.

Los casos literalmente asaltaron las instituciones de salud produciendo su colapso en casi todos los países del mundo. Las imágenes de hospitales desbordados en su capacidad y el número de muertos que por primera vez eran contados día tras día, sumado a la difusión masiva de información sobre el Covid-19, produjeron no solamente el colapso sanitario sino también el derrumbe moral de casi toda la población. El sistema sanitario se convirtió en el foco de atención de los gobiernos y de la población en general. Por ello, se considera relevante desarrollar un estudio sobre cómo se gestionó una clínica privada, y en un contexto de gran incertidumbre y turbulento, se logró apuntalar la calidad de la atención mediante herramientas y criterios de gestión de los recursos humanos innovadores, que fueran capaces de promover los valores necesarios y requeridos para la atención médica ante una pandemia que hasta el presente sigue afectando severamente la gestión de las organizaciones de la salud.

Metodología

La investigación tiene un abordaje cualitativo, nutriéndose de fuentes primarias y secundarias, con una amplitud microsociológica, que focaliza la gestión de una organización de salud de CABA durante la pandemia de Covid-19, orientándose al análisis de la toma de decisiones en contextos de emergencia, y al uso de herramientas de gestión clave para afrontar la incertidumbre y propender a la integración y satisfacción laboral de todos los empleados de la clínica.

El trabajo de campo se realizó en la misma institución, mediante la aplicación de diferentes técnicas y herramientas para obtener información de los agentes participantes. La estrategia cualitativa combina observación participante y registro etnográfico, además de entrevistas en profundidad a médicos, enfermeras y personal administrativo de la clínica.

La investigación se constituye en un estudio de caso y el referente empírico es la organización de salud objeto de estudio. La investigación también tiene un abordaje interpretativo, al brindar un diagnóstico acerca de cómo se llevó a cabo una gestión exitosa desde una perspectiva organizacional y administrativa durante la pandemia, focalizada en tomas de decisiones claves y criterios de gestión consultivos.

Cabe añadir que, desde esta perspectiva, la validez de la información y su interpretación no está en la representatividad del caso estudiado sino en la consistencia del trabajo de observación y análisis, es decir en el intento de comprender las implicancias de la gestión de la incertidumbre, más puntualmente la gestión en el contexto de crisis sanitaria ocasionada por la pandemia de Covid-19, contemplando aspectos tales como la provisión de insumos, infraestructura, recursos físicos y humanos, dispositivos de atención, en la forma particular en que son recibidos y adoptados. Se asume que el carácter singular del caso estudiado y la metodología empleada pueden resultar acordes con la validez de las interpretaciones. Se aborda el fenómeno de la gestión de instituciones de salud como de efectos interactivos, sin pretender establecer generalizaciones.

Tipo y diseño de investigación

La investigación es exploratoria y descriptiva. Es exploratoria porque aborda una problemática que aún no ha sido estudiada y que se encuentra en desarrollo, como es la gestión de una institución de salud durante la pandemia de Covid-19 en CABA. Por otra parte, es descriptiva porque intenta caracterizar y dar cuenta de la gestión de la clínica, particularmente aquellos relacionados con la toma de decisiones en contextos críticos, los mecanismos que sustentan su funcionamiento, así como las herramientas y criterios de gestión que permitieron sostener la calidad de la atención y afrontar con los recursos físicos y humanos disponibles una pandemia que afecta en diferentes niveles y dimensiones las prestaciones de salud que se brindan a la población.

Se ha optado por el estudio de caso de corte etnográfico, como estrategia metodológica, por su adecuación a la concepción de la organización

de salud como un “sistema cultural”. En tal sentido, el diseño de investigación incluye metodologías y técnicas de investigación propias del registro etnográfico. Este diseño se centra en la preocupación por perfeccionar una descripción de la organización como sistema cultural, y su gestión en la incertidumbre, por lo que sus propósitos claves se relacionan con el discernimiento del investigador, con la calidad de las informaciones y de sus relaciones con los miembros de la organización para recoger, valorar, verificar y explicar este material (Bogdan y Taylor, 1998). Esta actividad es absolutamente imprescindible para poder realizar la investigación propuesta en la medida en que, para ver cuáles son las dificultades y los desafíos, las limitaciones y los éxitos en la gestión, es necesario conocer la organización como tal, su cultura, sus redes relacionales, sus ritos y prácticas, sus modos de gestión y planificación de los servicios que brinda a la comunidad.

El vínculo construido con la institución es el de observador participante, que puede definirse como un vínculo de interacción-colaboración, desempeñándose el autor de la tesis como director médico del sanatorio. El trabajo para contar con material para desarrollar el presente estudio, consistió básicamente en la búsqueda y sistematización de experiencias recogidas en la literatura y la bibliografía sobre el problema de investigación, la realización de observaciones y registro etnográfico en el terreno, y el análisis interpretativo y propositivo a partir de la información recabada, el “estar”, como líder de la institución, todo el tiempo en contacto con los diferentes profesionales de la salud que trabajan en el lugar, así como con los pacientes y familiares, procurando establecer relaciones interpersonales empáticas.

Como fuentes secundarias se accedió a documentación e informes sobre la gestión de la clínica en los últimos cinco años, y particularmente en el período estudiado, que es el que comprende la pandemia de Covid-19. Además se hizo un rastreo y selección de bibliografía vinculada al tema de investigación, estudios sobre gestión en la incertidumbre y gestión de crisis en programas de atención primaria de la salud, planes de gestión de otras organizaciones o centros de salud.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

A los efectos de la recolección de la información se aplicaron las técnicas de registro etnográfico y observación participante. Para el enfoque interpretativo-crítico –de cómo se gestiona una organización de la salud en la incertidumbre propia de una pandemia-, resultó importante el registro etnográfico, por sobre los demás instrumentos y fuentes utilizadas. De cualquier modo, se aprovechó también la información documental y la bibliográfica obtenidas. En el registro etnográfico el autor da cuenta de los cambios que debió atravesar, a partir del diseño emergente, en la calendarización y gestión de las actividades y operaciones de la clínica, demandándole la investigación bastante más tiempo del que proyectara inicialmente.

Desde mi rol de observador participante intenté explorar el problema focalizando específicamente en los problemas que se fueron dando desde el principio de la pandemia y su impacto en la gestión de la clínica. He analizado aspectos relacionados con las instancias y mecanismos de participación y de toma de decisiones de los distintos profesionales de la salud, contemplando particularmente la eficiencia de la conformación de un Comité de Crisis que fue resolviendo los problemas administrativos y atencionales que se presentaban día a día. En tal sentido, este estudio da cuenta de las relaciones entre los aspectos comunicacionales de la institución: proximidad/distancia, funcionalidad, simultaneidad, espacios de reunión, mobiliario y facilitación de lo individual o grupal, medidas y normativa de prevención y uso de EPP (elementos de protección personal).

Tipo de análisis e interpretación de los datos

Debido a que se trata de una investigación desarrollada en el marco de una institución de salud que, como ocurre en general, guarda sumo cuidado en la preservación de la confidencialidad de los datos y la información que maneja, a los fines del análisis se han tenido en cuenta las variables sólo atinentes a la gestión y el análisis de las decisiones clave en el contexto pandémico.

La estrategia de análisis utilizada se basa en un análisis particular de la gestión a partir del registro etnográfico realizado (materializado en un diario de campo que el investigador, como director médico de la clínica, fue realizando a lo largo del período analizado, utilizando la técnica de grabación en audios, para luego su transcripción a un diario de campo). Cada uno de los registros estuvo dirigida a explorar las diferentes variables que inciden en la gestión de la incertidumbre, y el afrontamiento de una pandemia para una organización de salud del sector privado, la cual está sujeta a la fiscalización y auditoría de los organismos públicos.

El método de análisis utilizado es descriptivo e interpretativo. El análisis cualitativo consiste en la tarea específica de reconstrucción de tramas de sentidos que a primera vista pueden parecer incomprensibles y obedece, sobre todo, al interés por conocer aspectos cualitativos que sólo es posible entender desde adentro, in situ, en el lugar o escenario social donde se producen los fenómenos que queremos comprender. La reconstrucción de esa lógica se traduce en la elaboración de nuevas relaciones o nexos conceptuales no previstos en la conceptualización inicial del objeto de estudio.

Finalmente, se pudo cotejar los resultados del trabajo de campo con el marco teórico desarrollado, contrastando los objetivos de investigación y comparando la gestión previa a la pandemia con la actual, los procesos y toma de decisiones que permitieron a la institución afrontar los impactos multidimensionales de la pandemia en su dinámica operativa.

Capítulo 1. Gestión de la incertidumbre en organizaciones de la salud

El principio de la incertidumbre de Heisenberg corresponde a la física cuántica, y plantea que cuanto mayor certeza se busca en determinar la posición de una partícula, por ejemplo a través de un microscopio, menos se conoce su momento lineal y, por consiguiente, su masa y velocidad. Metafóricamente, además de formular el carácter incierto de toda coyuntura y contingencia, alude a que cuanto más se observa un objeto o fenómeno, es la misma observación la que puede generar modificaciones en él. Ante todo, se asume que para vencer la incertidumbre, hay que tomar cierta distancia de lo que se ha estado observando en absoluta concentración.

La falta de un horizonte de salida que genera la prolongación de la crisis pandémica, es una poderosa fuerza de individualización, afín con la hegemonía del pensamiento liberal a nivel económico. Divide en vez de unir, y como no es posible saber quién despertará mañana en esa fracción, el concepto de interés común se vuelve cada vez más nebuloso perdiendo todo valor pragmático. Se terminó la idea de “bien común” y con ella la idea de solidaridad, lo que se manifestó en forma patente con la distribución de vacunas a nivel mundial, las cuales fueron acaparadas por los países ricos (Ghidella et al., 2020).

En el caso de Argentina, hasta diciembre de 2019, no se contaba con un Ministerio de Salud que diagnosticara y actuara sobre los problemas de Salud que afectaban a la población; prácticamente se desconocía cuantas camas había disponibles, la falta de insumos, la falta de personal, los bajos salarios. Cuatro meses después todos los medios de comunicación hablan sobre la importancia de los hospitales públicos, el rol de la APS (Atención Primaria de la Salud), y hubo aplausos cotidianos al personal de salud, cuando pocos habían acompañado a las movilizaciones por los derechos laborales de médicos y enfermeros. Por ello, la pandemia expuso interrogantes sobre la importancia de tener un sistema de salud público gratuito, de esclarecer los determinantes sociales de salud, y cómo las inequidades pre-existentes y la desigualdad que se profundizó con la pandemia afectan a la calidad de vida y,

por supuesto, ponen en evidencia las condiciones laborales deterioradas en las que se encuentran la mayoría de los profesionales de la salud, al menos en el ámbito público (Cendali et al., 2020). A grandes rasgos, la pandemia vino a abrir un período de incertidumbre, en el marco de un sistema de salud que en varios aspectos se hallaba en situación crítica.

1.1. Gestión de las organizaciones de la salud: aspectos conceptuales básicos

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud “*la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia*” (OMS, 2001). En este sentido, la salud es uno de los pilares fundamentales para que el hombre alcance una buena calidad de vida, y logre su bienestar y felicidad. Las organizaciones de salud son entonces aquellas cuyo objetivo principal es la defensa de la vida y la promoción de la salud de una determinada comunidad, ya sean hospitales, centros de vacunación, organismos de educación sanitaria, clínicas e instituciones de distintas especialidades médicas, etc.

Para abordar la práctica profesional en el ámbito de la salud, un concepto ordenador es el de campo de la salud que propone la corriente de la Salud Colectiva, “entendiendo como tal la convergencia de actores (a), recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales” (Spinelli, 2010: 276).

Un sanatorio está conformado por personas de diferentes grados de formación, y variedades de trabajos. Por lo tanto, se presentan motivaciones, comportamientos y expectativas muy diferentes. Cada unidad o servicio posee sus propias costumbres, su sistema de referencia e intereses propios. También debemos incluir a los pacientes, que son de diferente procedencia sociocultural. Todo esto convierte al sanatorio en una organización compleja, donde converge todo tipo de información que se canaliza tanto por la comunicación interna como por la externa.

A su vez, por lo general, la mayoría de las instituciones de salud responden a lo que se concibe como el modelo médico hegemónico, que plantea una asistencia centrada exclusivamente en el saber médico, ejerciendo un poder que objetiva al sujeto que padece. Esto se sustenta en un reduccionismo que excluye las dimensiones socio históricas, culturales y subjetivas en la producción de las enfermedades. Desde nuestra perspectiva, en la gestión de una organización de salud, es necesario contemplar los vínculos que la población establece con los profesionales y la institución de salud. En este sentido, las prácticas de salud son muy apreciadas por los sujetos, siendo la accesibilidad la garantía para su obtención. Un profesional “accesible” es alguien dispuesto a escuchar, a atender a la problemática del sujeto (Pedernera, 2020). Es un referente en la vida cotidiana de la comunidad y un líder a nivel institucional. Este factor o elemento –*el estar con todos los actores involucrados en medio de fuertes adversidades y olas de contagio para continuar prestando servicios de salud*-, fue crucial para llevar adelante una gestión exitosa en los contextos de incertidumbres vividos durante todo 2020 –y gran parte de 2021-. Y en estos contextos es donde las palabras “flexibilidad” y “resiliencia” adquieren vida y es necesario recordarlas y activarlas, ya que contribuyen a una mejor adaptación, más sana, al entorno, de modo que los profesionales de la salud puedan seguir recreándose y aprendiendo, y trabajando tanto en el autocuidado como en la atención de sus pacientes (Centioni, 2020).

Siguiendo a De Sousa Campos (1998), la realización profesional y existencial de los miembros que componen las organizaciones de la salud tiene una relevancia crucial para poder ofrecer servicios sanitarios de calidad a la comunidad. Para pensar esta dimensión del trabajo en hospitales, el autor ha desarrollado el concepto de obra: “*por obra se entiende aquí el reconocimiento, tanto por parte del trabajador como del paciente y de la sociedad, del resultado del trabajo*” (p. 67). En este sentido, si bien ésta no es condición suficiente para que un profesional se sienta completamente realizado, se trata de todas formas de un primer paso absolutamente necesario.

En este sentido, durante el primer mes de la pandemia, todas las noches las poblaciones de los principales centros urbanos dedicaban un

aplauzo al personal de salud por su labor en el afrontamiento de la pandemia y la atención de los pacientes. Pero a medida que la pandemia fue avanzando y se empezó a considerar al personal como potencial fuente de contagio, se pasó rápidamente del reconocimiento al repudio, registrándose casos inclusive en que se recibieron agresiones, aún cuando se remarcaba en todo momento que se trataba de “personal esencial”.

La excesiva especialización y la falta de comunicación interna que surgen como consecuencia de la aplicación de modelos basados en un paradigma jerárquico y burocrático, hace que muchas veces los profesionales no se sientan responsables por el objetivo final de sus intervenciones, es decir, por la recuperación del paciente o la promoción de la salud de la comunidad en general. La labor del profesional parece agotarse en la realización adecuada de algún procedimiento puntual: el trabajo se considera exitoso si se realizó la consulta médica, se procedió a la cirugía, o se realizó el diagnóstico epidemiológico sin importar si el paciente se recuperó, la epidemia fue controlada, o la atención global fue eficaz y eficiente (De Sousa Campos, 1998).

Quizás la medida de gestión más genérica posible para producir un dispositivo desalienante consiste en la creación de mecanismos de participación que permitan la implicación de todos los miembros de un equipo en la elaboración de nuevas formas de hacer funcionar la institución. *“Tornar a la reinvenção una possibilidade cotidiana y garantir a participação de la mayoría en esos procesos son maneras de involucrar a los trabajadores con las instituciones y con los pacientes”* (De Sousa Campos, 1998, p. 86).

Por último, desde el punto de vista del paciente, la contención emocional es probablemente uno de los factores de bienestar más importantes en cualquier proceso de recuperación: esta dimensión de la salud ha sido muy desvalorizada por el modelo burocrático, que ha cosificado al paciente sin observar la importancia que tiene en un tratamiento que el enfermo sea tratado como un sujeto cuyos derechos de ciudadanía se verán muchísimo más respetados si conoce el nombre, el puesto, y las atribuciones de los responsables de su cuidado.

La participación democrática en la gestión y la implementación de un modelo de atención clínica basado en el vínculo paciente-profesional son entonces dos dimensiones necesarias para un mejor funcionamiento de los servicios de salud, en la medida en que mediante su correcto equilibrio se hace posible superar las tensiones existentes entre la autonomía y la responsabilidad de los profesionales, a la vez que se combate la alienación.

1.2. Importancia de la comunicación y el manejo de información en organizaciones de la salud

Las instituciones de salud y los procesos de los cuidados de la salud son muy complejos. Por eso es primordial la comunicación, que se concibe como una herramienta imprescindible. Generalmente, las causas de insatisfacción de los pacientes y de sus familiares surgen por la falta de una buena información y los problemas de comunicación con los profesionales sanitarios. A veces existe información pero es de poca calidad, e incluso cuando es adecuada, el modo mediante el que se comunica puede disminuir su utilidad. Puede ser proporcionada tarde o precipitadamente. Puede suceder que sea confusa, inconsistente y contradictoria, o provenir de fuentes diversas.

Para conocer en forma adecuada lo que es la comunicación en un hospital, hay que tratar de ponerse en los zapatos del paciente. Para el cliente todo tiene un significado. El trato que recibe del médico, de las enfermeras y personal auxiliar, tiempo de espera, etc. Todo esto va configurando en él una imagen que toma del hospital, que puede ser positiva o negativa, y por supuesto en todo esto está involucrada la comunicación (Errasti, 1999).

De acuerdo con Toffler & Toffler (2006), el cuidado de la salud es el campo donde las nuevas tecnologías más avanzadas conviven con las instituciones médicas más obsoletas, desorganizadas y contraproducentes. La hiperespecialización en medicina impactó en forma nociva, en cuanto que provocó una comunicación muy limitada entre los especialistas. En efecto, según los autores, mueren entre cuarenta y cuatro mil y noventa y ocho mil personas al año por errores médicos hospitalarios.

Actualmente los pacientes acceden cada vez a más información sanitaria. Este acceso se facilita mucho con Internet, pero lo que no saben es que quizás esa información no está avalada científicamente. Pero disparatadamente, los médicos cada vez más carecen de tiempo para poder estudiar con detenimiento y poder actualizarse sobre las últimas novedades, o para comunicarse adecuadamente con especialistas destacados o con sus pacientes (Toffler & Toffler, 2006).

Hoy en las organizaciones hospitalarias los departamentos actúan como compartimentos estancos, y una de las causas es la especialización. Esto afecta a la comunicación, ya que puede ser debilitada y dividida, porque cada especialista va a contribuir con lo que más conoce, en vez de responder a la política y la estrategia institucional. El director médico, quien es un estratega generalista polivalente, tiene que ser capaz de integrar con todo conocimiento profesional a las especialidades. Posee responsabilidad transversal de acción, tanto en la comunicación interna como externa.

Básicamente, la calidad de la comunicación con el paciente y sus familiares depende de los médicos. Sin embargo, en los últimos años está sucediendo que este compromiso se hace extensivo al resto de los profesionales, de forma que es el sanatorio, como un todo, quien debe facilitar una buena comunicación. Cuando esto se da mejoran los resultados clínicos, incrementa la eficiencia y mejora la imagen del sanatorio.

Una mala comunicación causa incertidumbre e intranquilidad en los pacientes y sus familiares, haciendo más lenta la recuperación. Se debe comprender los deseos del cliente y el personal de contacto debe poseer competencias de educación, amabilidad y hospitalidad, además de sus competencias técnicas. Por lo general, los pacientes están más vinculados al personal que al propio sanatorio.

Para optimizar sus servicios y poder crear valor, el sanatorio debe procurar fomentar y capitalizar en forma continua el conocimiento colectivo de sus profesionales de la salud. Se debe proponer impulsar el aprendizaje colectivo, promover la colaboración en los principales problemas y materializar el conocimiento implícito en explícito. Se trata de evitar la insuficiencia de la

información de las siguientes formas: convertir los datos en formatos manejables, actualizar la información y eliminar la que está obsoleta, generar intercambios de información, una clara asignación de responsabilidades. Por su parte, la tecnología debe garantizar las necesidades de la infraestructura, la seguridad de los datos en red y la adaptación a las innovaciones.

La idea es desarrollar un sistema de información planteado específicamente para ayudar y simplificar la compilación, integración y difusión del conocimiento de la organización, con la finalidad de optimizar la información, disponer de bases de datos integradas, herramientas de navegación, una infraestructura global de tecnologías de la información para poder trabajar en equipo y crear pautas de intercambio de conocimiento.

La experiencia hospitalaria exige tener los medios adecuados para que el conocimiento pueda ser difundido, distribuido y utilizado a favor de los servicios hospitalarios especializados, el fin es obtener el mejor provecho factible del conocimiento colectivo de sus empleados (médicos, administrativos, técnicos etc.). El éxito de la gestión del conocimiento depende de la interacción de los usuarios con la información del hospital.

Pero para todo esto se necesita contar con una cultura organizativa de cooperación, considerar igual de importante a todos los actores y gestar una buena comunicación que estimule a los especialistas a suministrar información y a obtener el nuevo conocimiento. Se debe trabajar con los empleados para evitar la opinión popularizada de “la pérdida de poder” si se comparten los conocimientos. Una forma de hacerlo es diseñando un sistema de incentivos que recompense las aportaciones individuales o colectivas. La finalidad es crear una cultura de intercambio de ideas, experiencias, que se vaya instituyendo en general y que sea favorable para todos los empleados (Val Pardo y Corella, 2005).

1.3. Teoría situacional o de las contingencias

Los estudios basados en el determinismo contextual plantean que en el diseño de la organización se deben tener en cuenta un conjunto de factores

situacionales que hacen que el proceso de diseño deba dar respuesta a aspectos contingentes, tratando de establecer relaciones del tipo “si ocurre esto, entonces haremos lo siguiente”, constituyendo una perspectiva según la cual, la organización que no se adapte a sus contingencias desaparecerá.

Los estudios que parten de la dirección, vinculan el diseño a las decisiones del equipo directivo y plantean que la organización tiene capacidad para seleccionar e influir sobre sus contingencias y no está obligada a asumir pasivamente lo que se le imponga, pues cuando elabora su estrategia y los medios para alcanzar sus metas está influyendo sobre el entorno con que se relacionará y decidiendo, entre otros factores, cuál será su estrategia (Mintzberg, 1990).

Los factores que pueden afectar al diseño organizacional son abordados desde el enfoque situacional mediante los siguientes lineamientos de acción (Castellanos Castillo y Castellanos Machado, 2010):

- Interpretar el entorno en un período en que varía la estabilidad y aumenta la incertidumbre, condicionando un diseño organizativo flexible.
- Identificar las particularidades propias de cada organización, dadas por su localización geográfica, que pueden incidir en los tipos de unidades organizativas.
- Propender a que la dimensión de la organización sea consecuencia de la interrelación de factores técnicos, económicos, políticos, sociales, de dirección y humanos.
- Considerar la cultura organizacional, la experiencia, conocimiento y motivaciones, asociadas fundamentalmente al desarrollo y participación de los recursos humanos; como un elemento que condiciona las posiciones y puestos individuales de trabajo.
- Considerar las tecnologías utilizadas en la organización como un elemento que influye esencialmente en el diseño y las posiciones individuales de trabajo.

- Contemplar que para que la organización sea efectiva debe existir congruencia entre el nivel psicosocial y el nivel estructural, así como entre la situación interna y las variables situacionales.

A los efectos del diseño organizativo o su perfeccionamiento, a valoración de las consideraciones internas y externas sugiere el análisis de los mencionados factores situacionales o de contingencia, encontrándose entre los más relevantes, de acuerdo a investigaciones anteriores que han demostrado su validez, los siguientes: dimensión, tecnología, edad (de la empresa), entorno y poder (Chiavenato, 1994). La conceptualización y análisis de cada uno de estos factores, si bien resulta crucial para el diseño organizativo, escapa a los alcances del presente trabajo. De cualquier modo, cabe destacar que resulta importante en el análisis del entorno, el grado de cambio y de complejidad, como componentes del grado de incertidumbre ambiental, a los efectos de su clasificación en diseño dinámico o estable y en simples y complejos por la influencia de estos aspectos en el nivel de flexibilidad de la organización.

Mintzberg et al. (2000), por su parte, plantean que a partir de la década de los '90 se experimentó una glorificación del autointerés, denigrando el interés hacia el progreso social. En otros términos, la codicia fue protagonista, las empresas ignoraron las responsabilidades sociales a favor del interés de los accionistas. Estos autores denominan a esta tendencia como "síndrome egoísta", desafían la idea de sociedad que glorifica el egoísmo y pretenden promover otras características tan humanas como el compromiso, y tan necesarias en contextos de pandemia, como la solidaridad. Desde su perspectiva, el síndrome de egoísmo tomó a las corporaciones, la sociedad y las mentes. Se pudo consolidar porque se apoya en cinco "medias verdades" (en verdad, fábulas), que parten de un punto de vista estrecho sobre el ser humano, entendiéndolo meramente como un "hombre económico"; a partir de un punto de vista distorsionado de los valores –su credo se reduce al valor del accionista-, y de una particular visión del liderazgo como heroico o dramático. Su visión de las organizaciones se dirige también a sus aspectos más sórdidos, aunque lo hacen con una cuota de humor, calificándolas de "esbeltas e infames", con una imagen ilusoria de la sociedad, asimilada a una creciente

marea de prosperidad. Estos autores postulan que el síndrome egoísta puede constituirse en una herramienta útil para analizar los supuestos que subyacen a los discursos y las prácticas que promueven las demandas excesivas sobre los empleados y trabajadores, y en las narrativas y las documentaciones que lo legitiman (Melamed, 2005, pp. 46-47).

Capítulo 2. La pandemia de Covid-19 y su afectación a la salud pública

En el inicio del año 2020 la enfermedad denominada Covid-19, originada en Wuhan, China, se expandió rápidamente en varios países con millones de casos confirmados. Pese a la baja gravedad de los síntomas, la rápida propagación del virus trajo como consecuencia la aceleración de contagios, lo cual generó un colapso de los sistemas sanitarios que proporcionan ayuda a los pacientes graves. A efectos de la salud pública, la gravedad de la pandemia no se basa únicamente en el virus en sí mismo, y en sus cepas, sino por la rapidez de contagio a la población y la afectación a los grupos de riesgo en poco tiempo. De este modo, se ve desbordada la capacidad de respuesta de los servicios de urgencia ante alta demanda en poco tiempo (Urzúa, 2020, p. 104)

Es importante destacar que según indicaciones de profesionales de la salud, este virus se transmite por vía respiratoria (aérea), y el vector de transmisión son los seres humanos, quienes facilitan la circulación comunitaria del virus. A partir de esta indicación se determinó que algunas pocas medidas contribuyen a evitar la transmisibilidad del mismo y su circulación comunitaria. Estas medidas se pueden resumir en, higiene de manos periódica y sus complementarias medidas de higiene general, desinfección de manos con sustancias desinfectantes, el uso de tapaboca, el distanciamiento social (mantenerse a una distancia no menor a un metro y medio entre las personas) y en lo posible, mantener el aislamiento social. Tomando en cuenta estas indicaciones sanitarias es que se resuelve dictaminar la citada norma, a fin de hacer efectiva la evitación de la transmisión y circulación del COVID-19 en la comunidad (Rojas Jara, 2020).

En todo caso, es necesario pensar cómo se constituye el Covid-19 como un problema público y el modo en que se articulan sus posibles causas y el abordaje de soluciones. En principio, es necesario pensar la pandemia desde la óptica analítica de las formas en que las personas demandan y expresan formas de vivir -y de morir-, con atención especial a sus actitudes ante las políticas y medidas de aislamiento, y cómo las experimentan. La pandemia

puso en juego las formas de vida y ha generado procesos de incertidumbre, sobre todo en contextos en que los discursos expertos no han podido dar las respuestas claras que se les exigen. Más allá del escenario incierto, la manera en que las personas actúan y generan formas sociales de ver, demandar y vivir la cuarentena y la pandemia depende de marcos morales que se disputan y expresan públicamente. Conocer el modo en que los regímenes morales se tensionan permite advertir la multiplicidad de formas de entender la pandemia de Covid-19 (Visacovsky, 2020).

Desde que apareció el coronavirus y, junto a su centralidad y reproducción, han proliferado teorías filosóficas, científicas, conspirativas y geopolíticas sobre el origen de la pandemia y las consecuencias que producirá. De uno u otro modo, ha cambiado la escena del mundo y ha producido en la subjetividad una desestabilización de ciertas premisas y principios del pensamiento hegemónico contemporáneo, de raigambre neoliberal. Se advierte en este sentido un sistema basado en la maximización de beneficios y en la reducción de los costos que deja al cuerpo -singular y social- amenazado por la enfermedad y la muerte. Luego del estallido de esta pandemia, ya nadie se atreve a poner en duda la necesidad de un Estado fuerte -que no es sinónimo de autoritario- que conciba a la salud pública como un derecho, y no como un gasto o una inversión (Merlín, 2020).

Una de las características humanas más importantes es la necesidad de establecer vínculos con otros, y precisamente la forma más eficaz para combatir la extensión del contagio del Covid-19 atenta contra esa necesidad primordial. El distanciamiento físico y el aislamiento social -principales recomendaciones para atenuar la propagación del contagio- ha involucrado cambios en el estado de ánimo de las personas y sus entornos familiares, no sólo porque muchas se ven recluidas en sus domicilios, planteándose nuevas condiciones de hábitat, sino además porque se ha visto interrumpida su cotidianeidad. El aislamiento social, la movilidad restringida y el pobre contacto con los demás, ha aumentado la vulnerabilidad en las personas a presentar múltiples alteraciones psicológicas, desesperación, aburrimiento, insomnio, poca concentración e indecisión, irritabilidad, ira, depresión, ansiedad, angustia de no tener contacto físico o contacto con familiares, amigos, o no poder

desarrollar una rutina de vida normal. Estas alteraciones psicológicas pueden oscilar desde síntomas aislados hasta el desarrollo de un trastorno mental (Callís Fernández et al., 2021).

La situación pandémica plantea una encrucijada, pues el virus que nos acecha es un detonador de diversas conductas y apareja diferentes consecuencias. La principal disyuntiva se plantea entre 1) elegir el camino de la solidaridad, el armado de redes afectivas, la colaboración y el cuidado mutuo o 2) profundizar el individualismo, el repliegue sobre sí mismo, el temor al otro y la ruptura de los lazos sociales. Esto remite claramente a la dicotomía entre Eros y Tánatos. Por un lado está la fuerza inscriptora, ligadora, de armado de nuevos recorridos y la consideración del diferente como semejante, y por otro lado, la ruptura de los lazos, el quiebre de ligaduras, la irrupción del “sálvese quien pueda”, concibiendo al otro como enemigo potencial (Janín, 2020).

Por su parte, las distintas formas de negación de la pandemia –por ejemplo, de la efectividad de las vacunas-, y muy especialmente su especificidad en tanto desmentida o renegación, y sus modos de racionalización, constituyen los mecanismos de defensa más clásicos en situaciones como las que toca enfrentar en la presente pandemia. Por lo tanto, cualquier estrategia de intervención debe aprender a lidiar, transformar y confrontar a estos mecanismos si busca generar respuestas más efectivas en las prácticas sociales (Feierstein, 2021).

Teniendo en cuenta lo expuesto, resulta imposible gestionar una pandemia sin evaluar formas que contemplen el análisis de los mecanismos de defensa y su posible afectación a los modos de representación de la realidad, algo que no ha sido abordado por lo general en las políticas y acciones estatales. En contrapartida, el hecho de no acompañar con el propio comportamiento las normas instituidas, el permanente ir y venir con medidas y normativas que se anuncian pero luego no se concretan o se anulan a los pocos días, el anuncio de “picos”, “olas” o tragedias que no se efectivizan se articulan con mucha fuerza consolidando respuestas y comportamientos vinculados a la negación, además de restarle credibilidad a la palabra pública (Feierstein, 2021).

Pero además resulta necesario añadir a este análisis que la negación no sólo opera como mecanismo protector del aparato psíquico, sino que las formas de racionalización articulan diferentes elementos en su constitución, en tanto marco ideológico con el cual se construye la representación de la realidad. También opera un autoengaño que resulta conciente y que se instala no sólo para proteger al aparato psíquico, sino como forma de legitimación de sentimientos y conductas egoístas que acaban configurando un pacto denegativo que, en plena pandemia, pone en riesgo la salud de la comunidad y las estrategias epidemiológicas para confrontarla (Feierstein, 2021).

En América Latina, en 2021 se han incrementado las afectaciones de Covid-19, y la información que registran las redes sociales y otros medios de comunicación advierten sobre el aumento de las cifras de contagio, muertes, lo que permite acelerar el crecimiento de las condiciones que promueven estas situaciones de ansiedad y angustia, agravando la situación personal y colectiva. Estos datos dan cuenta de cuánto falta por hacer en materia de preparación de las personas, ya que los trastornos psicossomáticos que se están registrando ameritan un diagnóstico y tratamiento de los padecimientos por Covid-19. El incremento de la demanda de atención terapéutica –tanto individual como colectiva- requiere de profesionales preparados cuya intervención permita reducir los efectos y asumir con resiliencia cada momento, tanto en el proceso de aislamiento como en el proceso de restauración de las condiciones después de pasar el confinamiento, y el peligro constante e inminente del virus (Franco Chóez et al., 2021).

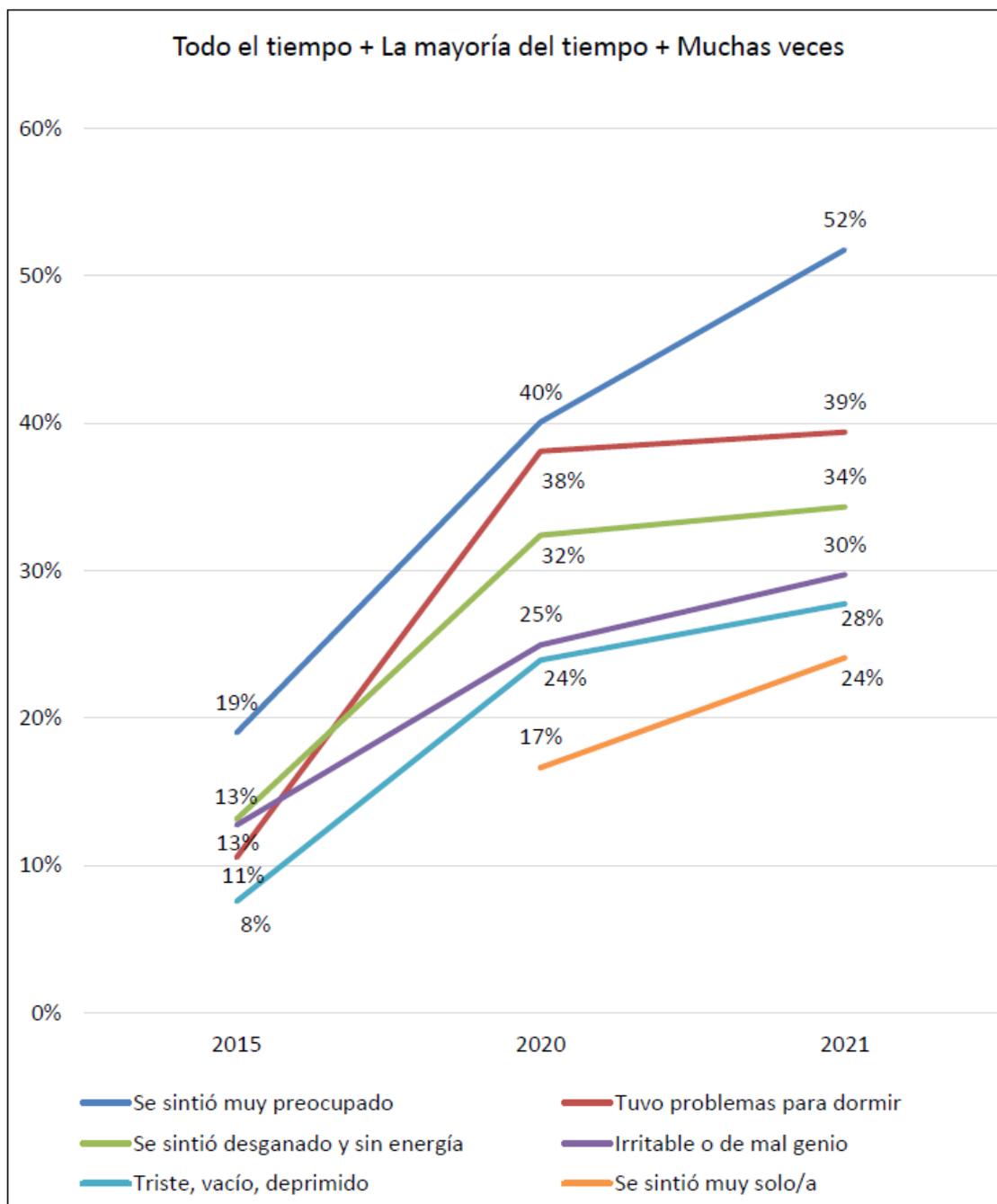
El análisis de las diferentes teorías y terapias que se proponen para tratar la ansiedad y la angustia por Covid-19 es ineludible en estos momentos. En principio, se observa que no todas las personas reaccionan a la pandemia de igual modo, y son diferentes los grados de preocupación, dependiendo de los factores que condicionen la situación personal y colectiva en las que transcurre la pandemia. Los primeros datos destacan la influencia que tiene la ansiedad, la inestabilidad económica y el hecho de asegurar la vida de otros; también incide el modo de consumir información y noticias sobre la pandemia, ya que muchas personas son muy influenciadas por los medios de

comunicación, que tienden a generar pánico y adoptar un abordaje sensacionalista de las noticias.

En los últimos meses, ante la prevalencia y la prolongación de las medidas que llevan a contener el aumento de casos de Covid-19, se han desarrollado varios estudios que advierten los efectos e impacto en la salud mental de las poblaciones, como consecuencia del distanciamiento social. El miedo y la angustia por la salud personal y la de los seres queridos, el cambio en los patrones de sueño o alimentación, la dificultad para dormir o concentrarse, el aumento del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, así como la agudización de las enfermedades crónicas, son efectos negativos que está dejando la pandemia. Al crecer la incertidumbre, aún con parte de la población vacunada, se agudizan las manifestaciones de estrés y ansiedad. (Franco Chóez et al., 2021).

El deterioro anímico que ha provocado la pandemia en casi todos los estratos sociales de población, ha afectado particularmente a los segmentos más jóvenes y a las mujeres, quienes declaran un empeoramiento en su estado anímica. Esta situación da cuenta de la necesidad de adoptar medidas eficaces para paliar el impacto en la salud mental del Covid-19. En un estudio realizado por CIS –Centro de Investigaciones Sociales- (2021), se halló una multiplicidad de estados de ánimo negativos, percibidos con alta frecuencia por la mayor parte de los encuestados:

Gráfico 1. Impacto negativo de la pandemia en el ánimo de la población



Fuente: CIS (2021)

En cuanto a la afectación económica, particularmente en los sectores más vulnerables de la población, es preciso atender a dos tipos de dificultades: la de subsistencia y trabajo, y la derivada de las prácticas sociales, que relativizan los contagios y la magnitud de la pandemia porque ya viven en condiciones que por sí mismas conllevan severos problemas. Más allá de las dificultades por cumplir la cuarentena en viviendas en las que se vive en malas

condiciones, el Centro de Educación Servicios y Asesoramiento al Consumidor, en la Ciudad de Buenos Aires, informó que “en el mes de junio una familia tipo necesitó \$100.303,95 para afrontar todos sus gastos” (Centioni, 2020, p. 14). Esto representa un dinero inalcanzable aún para las clases medias. De acuerdo al Observatorio de la Deuda Social de la Argentina a cargo de la UCA (Universidad Católica Argentina, en el AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires), el 38,8% de los hogares declararon que los ingresos familiares durante la cuarentena se redujeron hasta un 50%, mientras que para un 18,8% la reducción ha sido mayor al 50%. Estas situaciones complejas pueden provocar tensión y estrés en todas las personas que las padecen, y producir malestar general, conflictos, y desarrollo y/o aumento de patologías (Centioni, 2020).

La pandemia de Covid-19 no solo paralizó la economía mundial con los confinamientos de miles de millones de personas, demostrándose la inutilidad del capital para resolver las necesidades sociales y como generador de riqueza, sino que esta parálisis ha afectado severamente la columna vertebral del sistema global de acumulación de capital: las cadenas de suministro y el “just in time” (Laxe, 2021).

En este contexto, cabe destacar la diferenciación que suele establecerse entre “crisis económica”, por un lado, y la pandemia, por el otro, como si la pandemia fuese sólo una cuestión que afecta a la salud (y en algunos casos particulares, a la libertad, al cuidado) pero no a la economía. Se aprecia en ello la fuerte creencia que existe sobre la economía como un campo autónomo de la vida. Es necesario recordar que el virus existe, enferma a millones de personas y mata a miles. Pero la pandemia, en tanto proceso social es también parte de la crisis económica (y no su causa o consecuencia) (Perelman, 2020).

Partiendo de ello, si se asumen las crisis como momentos excepcionales y las emergencias económicas habilitan a nuevos procesos, no se puede soslayar que el aislamiento, como medida de control epidemiológico, no pone en suspenso otros marcos de referencia para ver y concebir el mundo. Estos marcos de referencia también permiten comprender el presente y las acciones hacia futuro. Por ello es necesario contemplar la pluralidad de formas que adquieren las demandas ciudadanas en tiempo de pandemia. No porque

todas ellas deben ser avaladas, justificadas o defendidas, sino más bien, porque comprender las pugnas y los movimientos y movilizaciones que los actores realizan a partir de pensar valores que construyen lo tolerable, posibilita un mejor entendimiento de los procesos sociales que ha desencadenado la pandemia (Perelman, 2020).

Por su parte, la posibilidad de enfermarse, de morir o de entrar en el sistema de salud, ha generado nuevas formas de discriminación hacia los que posiblemente estén enfermos. Esta es una cuestión central para comprender los miedos y las reacciones en estado de sospecha casi permanente, que suscita reacciones ante los “quiebres” de las cuarentenas. De este modo, se generan formas de sospecha hacia grupos (escraches a personas que trabajan en el sistema de salud, o que tienen familiares con Covid-19) y personas que van proponiendo nuevas formas de acción en la vida cotidiana. “No vayan a XXXX porque están todos infectados” es un mensaje que aparece frecuentemente en grupos de WhatsApp. En este sentido, se sabe el lugar del rumor como productor de relaciones sociales y de tramitación de viejos problemas. Estas situaciones dan cuenta del carácter eminentemente local y personal de la pandemia (Perelman, 2020, p. 12)

Se advierte pues que todos estos rasgos de la sociedad contemporánea –el consumismo, el individualismo, el sistema de explotación y expropiación de recursos naturales desarrollado por el capitalismo tardío, la tecnologización de la sociedad y el auge de las redes sociales con su infodemia-, han sido apuntaladas por la pandemia. En este contexto, la “dictadura autoimpuesta del rendimiento” lleva a desvirtuar la cultura del esfuerzo y a privilegiar la auto-explotación con el fin de ejercer el ocio o comprar a crédito y vivir para solventar una deuda eterna, en lo que sería un camino de permanente inseguridad, estrés y pérdida de control sobre el patrimonio familiar. Ello sólo genera insatisfacción, desilusión y desamparo, y mayormente en un escenario de incertidumbre, híper-desempleo y de crisis económico/financieras recurrentes, agravadas por la pandemia. (Pérez, 2021)

La falaz idea de la felicidad funciona como un dispositivo político y de control que erosiona toda capacidad para desarrollar y ejercer el pensamiento crítico. Despojado de la capacidad de pensar desde una perspectiva utópica y

emancipadora, el individuo confunde la realización personal con el bienestar social, y se somete a los cánones del productivismo y la mercadotecnia. La mentalidad de mercader se impone a la del *zoon politikón* (animal político) que propagó Aristóteles; en tanto que el *homo videns* –del que habló Sartori– y el *homo digitalis* se han impuesto al *homo sapiens* (Pérez, 2021)

En el estilo de vida que promueve el pensamiento hegemónico, la salud mental y emocional se reducen a una especie de anestesiamiento constante en el cual el individuo evade el dolor y el sufrimiento derivados de estructuras de poder, riqueza y dominación que lo someten y diezman, tanto en la praxis económica como en la vida pública y las prácticas culturales. Importa, sobre todo, tener una mentalidad ganadora, “el sentirse bien y mostrar el máximo de uno mismo”, aunque con ello no se repare en la desolación y la *orfandad emocional* que se perpetúan en individuos y familias. El problema no es menor y, sin embargo, no es tenido en cuenta por los Estados y las instituciones (Pérez, 2021).

Desde esta perspectiva, se argumenta que la gran pandemia de la sociedad contemporánea no es el Covid-19, sino aquella que gira en torno a la depresión, siendo una *pandemia silenciosa y encubierta* que al somatizarse dispara otras enfermedades crónico/degenerativas que devienen en la muerte de las personas. En efecto, es altamente probable que la depresión sea la causa de los 800.000 suicidios que anualmente ocurren en el mundo, los cuales suelen ser asumidos como simples debilidades emocionales. A la industria farmacéutica y a la misma *economía de mercado* les interesa mantener un status-quo con individuos en condiciones emocionales y mentales frágiles; enfermos o al borde del desahucio, para prescribirles drogas legales e ilegales. En estas industrias no importa que los individuos sean sanos o muertos, sino que estén en una situación de morbilidad permanente y asediados por padecimientos crónico/degenerativos vinculados al estilo de vida adoptado siguiendo el modelo del crecimiento económico ilimitado y el *síndrome de la felicidad*. Y ante esta situación la emergencia en la pandemia de lo que denominamos como “estado sanitizante” no ofrece estrategias ni mecanismos de intervención que prevengan la degradación y deshumanización prevalecientes (Pérez, 2021).

Es así que distintas modalidades de negación se han instalado sin grandes obstáculos como formas hegemónicas de representación de la pandemia. Como consecuencia de esta visión negadora, se han derrotado los intentos de una instrumentación solidaria y cooperativa del principio precautorio, de la propia posibilidad de enfrentar de manera colectiva, y a partir de acciones sociales, la propagación del virus. En contrapartida, se han visto fortalecidas las salidas individualistas (como para parte de la clase media acomodada, irse a vacunar a Miami), y la inmutabilidad de las desigualdades impuestas por el neoliberalismo. En efecto, la dificultad de los países pobres o en desarrollo para conseguir las vacunas –en pleno pico de contagios y muertes- es otro indicador más de las derivaciones de la distribución desigual de los productos del trabajo humano (Feierstein, 2021).

En lo que respecta al impacto de la pandemia en las instituciones de salud de la CABA, Bozovich et al. (2020), plantean que debido a las medidas dirigidas a reducir la propagación y el impacto de la pandemia de Covid-19, se ha configurado un escenario diferente al previsto, donde los centros de salud, que tenían amplia disponibilidad para atención en emergencias, internación y terapia intensiva; pasaron a tener un bajo número, al menos inicialmente, de pacientes con Covid y una pronunciada disminución de consultas, estudios diagnósticos e intervenciones terapéuticas para enfermedades no transmisibles -cardiovasculares, cerebrovasculares y cáncer-, que son las que causan cada año el mayor número de muertes en el país. En lo que se abordó como los “efectos colaterales” de la pandemia, se produjo una abrupta cancelación de consultas, procedimientos diagnósticos médicos y terapéuticos, lo cual ha afectado significativamente a los pacientes con enfermedades preexistentes, o susceptibles de desarrollarlas.

Las pandemias como la de Covid-19 permiten revelar los valores sociales, los miedos individuales y colectivos, las prácticas institucionales, los intereses políticos y económicos que confrontan a nivel social, las condiciones estructurales, el rol de los medios de comunicación y el funcionamiento de los sistemas de salud. Ningún sistema de salud se halla totalmente preparado para atender este tipo de epidemia, y éste es el principal problema que afrontan los países ante el Covid, aunque las condiciones estructurales de los sistemas

sanitarios cumplen hoy un rol central y diferencial en cada uno de ellos, y en este escenario, las secuelas que han dejado las políticas implementadas en el último gobierno antes de la pandemia han llevado a la desaparición del Ministerio de Salud, y a grandes ajustes del gasto público en el sector (Goren y Ferrón, 2020).

Las formas organizativas de nuestro sistema de salud han sido afectadas por las tensiones permanentes entre el universalismo y el particularismo, la intervención estatal y la regulación corporativa, la unificación y la fragmentación de jurisdicciones y de cobertura poblacional, y desde principios de siglo XXI se ha consolidado su fragmentación en tres subsectores (público, privado y el de las obras sociales). Esta fragmentación se expresa en el gasto en salud como porcentaje del PBI, que ronda el 9,4%. Si se observa la proporción por subsector, el 2,7% se destina al gasto público en salud, el 3,9% al gasto de la seguridad social y el 2,8% al gasto privado. Estas proporciones dan cuenta del escaso peso de la salud pública, a pesar de que atiende al 34,8% de la población (15,3 millones), toda vez que para acceder a cualquiera de los otros subsectores se debe contar con un trabajo formal o una jubilación y/o pensión, o pagar una cuota mensual a una aseguradora privada de salud. El peso de estos dos subsectores se sintió cuando el gobierno nacional intentó poner bajo un comando único al sistema de salud en su conjunto. Varios representantes del sector privado y de obras sociales se opusieron a una coordinación centralizada en manos del Estado nacional, ganando el debate en la opinión pública, a pesar de que el gobierno había planteado el cambio para el período de emergencia (Goren y Ferrón, 2020).

El objetivo del trabajo de Bozovich et al. (2020) fue describir las consecuencias de la pandemia sobre la atención de estas enfermedades. Mediante una encuesta estructurada retrospectiva a 31 centros asistenciales de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina y Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento, se recolectaron datos sobre consultas de emergencia, ingresos hospitalarios, procedimientos invasivos, tratamientos y ocupación de áreas de internación. En el período analizado las consultas a emergencias y las hospitalizaciones disminuyeron un 75% y 48% respectivamente; los ingresos por angina de

pecho y síndrome coronario agudo un 62% y los debidos a accidentes cerebrovascular e isquémico transitorio en 46%. Se halló una disminución de las angioplastias coronarias (59%) e intervenciones percutáneas totales (65%), y un descenso tanto de las cirugías generales (73%) como de las cardíacas centrales (58%). Si bien el aislamiento social obligatorio fue una estrategia clave de salud pública para aplanar la curva de propagación del virus, la fuerte disminución de consultas e intervenciones impactó negativamente sobre la morbimortalidad cardiovascular, cerebrovascular y oncológica.

Esta situación, con distintas variantes y alcances, repercutió también en los hospitales y centros públicos de salud, y en los diferentes sistemas se convocó a realizar un esfuerzo conjunto para reducir este impacto colateral de la pandemia de Covid-19, a nivel sanitario, más allá de sus estragos psicosociales y económicos. En principio, la tarea del Sector Salud quedó restringida a la atención de emergencias sanitarias, y de casos de Covid-19. Conforme pasaron los días, varios profesionales del sistema de salud público y privado, fueron rediagramando los requerimientos de los servicios. Así, comenzaron a hacer Triage para detección de Coronavirus, Atención de emergencias o urgencias de salud física, psiquiátricas, psicológicas y odontológicas, Campaña (extra muro: en iglesias o escuelas) de vacunación antigripal y antineumocócica para adultos mayores, luego para personas con patologías de riesgo y niños menores de 2 años, Apertura general de los vacunatorios en los hospitales y centros de salud, Colaboración con el Operativo Detectar, Seguimiento de pacientes de Ginecología (Centioni, 2020).

La reducción de las consultas y hospitalizaciones contribuyó a una marcada merma en las tasas de ocupación de las diferentes salas críticas y generales. Por lo pronto, las terapias intensivas fueron ocupadas en gran medida por pacientes con Covid, particularmente en los momentos más fuertes de contagios e internaciones por Covid. Desde que comenzó el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) en Argentina, los centros de gestión privada han estado trabajando por debajo de su capacidad asistencial, con cirugías, intervenciones percutáneas y endoscópicas pospuestas, servicios ambulatorios y hospitales de día cerrados y, en algunos casos, centros con

cierres parciales o totales debido a contagio de trabajadores de la Salud en infecciones intrahospitalarias (Bozovich et al., 2020).

Un sistema de salud en el cual los pacientes no consultan y hay un infrutilización de intervenciones que han demostrado beneficio clínico implica un retroceso y ocasionará un incremento de muertes prevenibles por enfermedad cardiovasculares. En efecto, Lamelas et al. (2020) realizaron un análisis predictivo de las consecuencias de no atender a este grupo de pacientes en Argentina. Estimando que en marzo de 2020 se produjeron 7.200 muertes cardiovasculares en el país, en un escenario de menor control, prevención y manejo de la enfermedad cardiovascular, como se dio durante la pandemia, se podría estar enfrentando un incremento del 10 al 15% de la mortalidad cardiovascular mensual entre abril y octubre de 2020, lo cual significa entre 6.000 y 9.000 muertes evitables más. Por su parte, la mayoría de los centros asistenciales se encuentran en áreas geográficas con gran circulación y mayor solapamiento con la zona caliente de transmisión/contagio de COVID-19, a lo que no escapa el sanatorio objeto de estudio. En todo caso, desde las direcciones médicas, se debieron afinar las estrategias para darle continuidad al control de los pacientes con problemas de salud preexistentes o urgencias y evitar un exceso de mortalidad por enfermedades no relacionadas con el Covid-19, siempre cuidando las medidas para evitar contagiar y diseminar el virus, y a la vez brindarles la mejor atención a los pacientes con Covid.

Por lo tanto, en CABA, que fue uno de los distritos donde los indicadores y tasas considerados para evaluar el impacto del Covid-19 fueron de los más altos del país, así como en lo referente a la ocupación de camas, se padeció no sólo el impacto directo, sino los efectos indirectos, plasmados en el crecimiento de muertos y falta de consultas por las enfermedades no transmisibles. En las organizaciones de la salud, la aparición de la pandemia generó un cambio radical y constante en la planificación y en la organización del trabajo local, y en el sistema de salud en general. Entre los cambios más significativos, a nivel estructural y en lo concerniente a la atención, cabe destacar los siguientes (Pedernera, 2020):

- Reconfiguración de equipos por licencias de profesionales que pertenecen a grupos de riesgo, que poco tiempo después comenzaron a realizar trabajo remoto de seguimiento de pacientes con Covid y/o de sus contactos estrechos;
- Transformación del espacio físico: creación de consultorios de aislamiento, por consiguiente, sectorización de un espacio “limpio” y otro “sucio”, modificación de la circulación de los pacientes en el interior y apertura de nuevas puertas de entrada;
- Aparición de equipos de protección personal –en adelante EPP– y el aprendizaje de su uso. Temor al riesgo de contagio cuando no se cuenta con insumos suficientes y/o adecuados;
- Velocidad e intensidad de cambios, escenario excesivamente dinámico y turbulento, que dificulta la posibilidad de capacitación y reflexión conjunta, y al mismo tiempo implica la exigencia de lectura permanente: nuevos protocolos, definición de casos, escritos científicos;
- demandas comunicacionales incesantes de toda índole por distintas vías –presencial y a distancia: teléfonos, redes sociales–;
- trabajo contra la infodemia (la difusión de información falsa sobre la pandemia de Covid-19). Intensificación de la comunicación por redes, redacción de contenidos claros y pertinentes para la difusión. Construcción de un lugar de información y consulta confiable para la población, promoviendo cuidados comunitarios, y ayudando a generar los comportamientos necesarios para prevenir, enlentecer o frenar la enfermedad siguiendo las políticas públicas de salud;

- reorganización de las dinámicas intrafamiliares de los profesionales –cuidado de niños, ancianos, etc.

Esta situación propició –y lo continúa haciendo– a que los trabajadores de la salud hagan un esfuerzo adaptativo intenso que produce diversos síntomas, tanto en el trabajo como fuera de él. A diferencia de una urgencia, que puede ser aguda y por un breve tiempo, la duración de la pandemia reactualiza una situación traumática en forma constante, porque no cesa ni tampoco se sabe cuándo va a terminar, más allá del avance de las campañas vacunatorias y el hallazgo de nuevas cepas. En el contexto de pandemia, las modificaciones en el trabajo mencionadas –los cambios en los equipos, en el espacio físico, en la atención, la demanda y exigencia de actualización permanente, el uso de EPP– sumados a la evidencia de la enfermedad y la muerte de pacientes y trabajadores, constituyen nuevos y potentes factores de producción de malestar que incrementan el síndrome de *burnout* en las organizaciones de la salud (Pedernera, 2020).

En definitiva, suele afirmarse que toda crisis representa una oportunidad, o al menos que sirven para pensar, ya que actúan a forma de un tsunami o terremoto, donde lo que estaba oculto o subyacente emerge a la superficie. El Covid-19 ha operado como un espejo que refleja aspectos de la sociedad en la que vivimos, sobre todo aquellos que revelan las desigualdades e inequidades. En otros términos, la pandemia no hizo más que manifestar y agravar déficit estructurales que hay en las políticas públicas, en particular las de salud (Bachiller, 2021).

Entre los efectos de la pandemia a nivel sanitario, y de la salud pública en general, se ha planteado que millones de pacientes han abandonado tratamientos y evitado las consultas con médicos y especialistas, reflejándose este retraimiento y/o actitud de la población en las cifras de las intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos llevados a cabo por las organizaciones de la salud. En un estudio realizado por ADECRA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales privados de la República Argentina) y CEDIM (Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio), se expone cómo decrecieron las

prácticas y prestaciones de los sanatorios en el período 2019-2021, a raíz de la abrumadora recepción de pacientes con Covid.

Tabla 1. Prácticas de sanatorios y clínicas privadas 2019-2021

Prestación	Variación oct19/oct21
Consultas totales por Emergencia	-15.3%
Ingresos totales a internación	-10.3%
Anginas de pecho/síndromes coronarios agudos ingresados por Emergencias	-20.8%
Angioplastías coronarias	-11.2%
Cirugías cardíacas centrales	-26.1%
Intervenciones percutáneas totales	0.0%
ACV/TIA ingresados	-12.5%
Cirugías generales	-4.7%
Prestaciones de quimioterapia y terapia radiante	-12.7%
Endoscopías digestivas, tanto diagnósticas como terapéuticas	-3.3%
% ocupación en internación general	-2.4%
% ocupación en área crítica	1.5%

Fuente: ADECRA-CEDIM (2021).

Como se puede apreciar, todas las prácticas y tratamientos que ofrecían las organizaciones privadas de salud se vieron reducidas, prevaleciendo las cirugías cardíacas centrales, y el tratamiento de anginas de pecho y síndromes coronarios agudos ingresados en Emergencias. La única práctica que se mantuvo estable fueron las intervenciones percutáneas totales, mientras que la incidencia del Covid se explica también con el incremento de la ocupación en las áreas críticas (cuidados intensivos) y la disminución en la ocupación de la internación general.

Capítulo 3. Liderazgo en instituciones de la salud

El liderazgo institucional es definido por Almeida Filho y Silva Paim (2008, p. 23) “como la capacidad que posee una organización de irradiar valores, generar conocimiento y promover compromiso con esos valores por parte de la población y de otras organizaciones”. En este sentido, una organización líder produce diferencias fundamentales en la comunidad. En consecuencia, capacitarse para el liderazgo es producto de la adquisición de nuevos valores y habilidades, como el desarrollo de nuevos significados de la misión y de la filosofía institucional. Dado que el objetivo del liderazgo es promover compromisos públicos con los ideales básicos, el sector o la institución líder se reconocen no sólo por la calidad de sus acciones, sino principalmente por los compromisos que genera en los sectores, instituciones, o actores que lidera. Sobre esta base, la incorporación o desarrollo de un sector poco valorado en un sistema organizacional burocrático-tradicional, necesita de un liderazgo que cumpla con estos requisitos.

Una característica importante de los servicios de salud es el trato directo, la interacción entre dos personas, proveedor y cliente. El personal de contacto en organizaciones de salud es el personal no asistencial compuesto por recepcionistas, vigilantes, administrativos del mostrador, etc., aunque en un sentido amplio incluye también el personal sanitario y de la buena o mala relación establecida depende la mayor o menor calidad de las prestaciones (Varo, 1994).

Ureña (2017) plantea que en una institución de salud un líder se reconoce por sus pericias técnicas más que por las competencias blandas, que suelen quedar en un segundo plano. En este sentido, la mayoría de los líderes del sector sostienen que deben trabajar y capacitarse más en cuestiones tales como resolución de conflictos, planificación de la comunicación, articulación de necesidades de distintas personas dentro de un equipo de salud. En este sentido, ante los críticos contextos pandémicos, el rol del líder consiste en enraizar una conciencia sobre la flexibilización y adaptación que la organización de salud debe contemplar para sus comunicaciones cuando el clima organizacional y social se encuentra en estado de tensión. En efecto, el

miedo se expande cuando la cotidianeidad se encuentra restringida en el contacto físico. Actualmente buena parte de la comunicación pasa por la mediación de dispositivos digitales, poniendo de relieve lo estratégico y esencial del liderazgo de equipos para afrontar una pandemia (Sardin, 2020).

Como se ha planteado con anterioridad, es prioritario para un líder de una institución de salud emprender acciones que aseguren una comunicación interna eficaz y fluida en el sanatorio a pesar del distanciamiento social, asumiendo la tarea como un factor estratégico para afrontar la crisis y sustentar la imagen de la institución. Tal como plantea Xifra (2020, p. 10), “en tiempos de miedo como los del Covid-19, el liderazgo corporativo debe gestionar la comunicación interna con transparencia, con la máxima claridad posible, con calma y con empatía”.

El liderazgo cumple un papel central en las organizaciones de salud, y cada día se espera más de ellos. De acuerdo con Hawkins (2012), una organización privada deposita sus esperanzas en los líderes, a quien también se confían proyectos y capital. Si se avizoran los principales problemas que afronta la humanidad, más allá de la pandemia, se puede afirmar que ya no sólo el calentamiento global, la explosión demográfica, las migraciones y desplazamientos, la interconexión tecnológica o el agotamiento de ciertos recursos son graves, sino que estos problemas se interrelacionan y conforman una sucesión en red y sistémica de nuevas dificultades. Es con tal entorno que los líderes deben gestionar las expectativas de los diferentes grupos de interés asociados a su institución, y a su vez ejercer un liderazgo transformador, en colaboración permanente con los equipos de salud que conduce.

Actualmente, el concepto de liderazgo en organizaciones de salud se encuentra ligado un enfoque humanista, basado en las denominadas habilidades blandas para potenciar el rendimiento y competencias de las personas que conduce. Entre los factores de éxito que se identificaron en diferentes empresas del sector, la formación y capacitación dentro de las organizaciones debería orientarse a desarrollar líderes de líderes, capaces de dirigir empresas en entornos de incertidumbre y turbulentos. Ser líder implica construir una visión compartida ante la adversidad, empoderar al equipo de personas e inspirar compromiso (Chiavenato, 2011).

Un tipo de liderazgo que se está imponiendo en las empresas de salud es el denominado coach, a través del cual el líder genera conocimiento colectivo, “comprometiéndose a recorrer un camino de autoconocimiento para liderarse a sí mismo” (Sardin, 2020, p. 27). Este tipo de liderazgo prioriza y jerarquiza nuevos valores desde la función de líder, más allá de la influencia que tenga sobre el personal. Se trata de implantar un paradigma de desarrollo humano y organizacional que motive y estimule el desarrollo de competencias. Este tipo de liderazgo es propuesto por Anzorena (2011), quien concibe al líder inmerso en una red de conversaciones que denomina organización. Por ello, sus competencias conversacionales serán la clave para ejercer un liderazgo coach, que deberá buscar transformaciones cognitivas, de mapas mentales, conductas y gestión de emociones.

3.1. Gestión de la calidad en salud

La calidad es un componente esencial de la asistencia sanitaria, y de algún modo, sea buena o mala, es percibida por los actores involucrados, prestadores y profesionales de la salud, usuarios-pacientes y las mismas organizaciones y establecimientos de salud. Son varios los objetivos que deben cumplirse para brindar un servicio de salud de calidad: prestar asistencia sanitaria acorde al estado actual de la ciencia, lograr la satisfacción del usuario, asegurar la continuidad de los cuidados y lograr que éstos sean los adecuados a las necesidades de los pacientes.

Díaz (2002) sostiene que en la asistencia sanitaria la calidad puede definirse como la aptitud de un servicio para satisfacer las necesidades del paciente receptor del mismo, o simplemente como el trabajo bien hecho, además del componente de calidad percibida que valora el trato y la percepción de la atención sanitaria recibida por el paciente. La calidad que realmente percibe el paciente (*calidad percibida*), puede definirse como su percepción subjetiva del proceso, no es exactamente la que recibe (*calidad asistencial*), y está plenamente justificada su medición como elemento fundamental en la orientación actual de los servicios de salud hacia las necesidades de los usuarios.

Mira et al. (2002) plantean que las dimensiones que más valoran los pacientes para lograr su satisfacción se relacionan con el trato humano y personalizado, la accesibilidad, la empatía, la calidad de la información y el confort de las instalaciones sanitarias. Como causas de insatisfacción los pacientes indagados por estos autores destacaron la falta de coordinación del personal sanitario, las listas de espera y los retrasos en la atención.

En la búsqueda de objetivos de mejora de la calidad percibida por el paciente, las políticas de calidad deberán basarse de forma genérica en propiciar un aumento de la información y participación del paciente en el proceso atencional. Zurro et al. (2001) proponen las siguientes estrategias sencillas, a las que consideran muy útiles para incrementar la percepción de calidad por parte de los usuarios:

- Medidas educativas para garantizar al máximo la privacidad y la confidencialidad de la relación con el paciente, y darles a éstos la oportunidad de participar en la toma de decisiones;
- Cuidado del entorno, generando un ambiente agradable;
- Medidas organizativas: citación previa que disminuya las demoras en la atención y aglomeraciones en las salas de espera;
- Análisis de resultados inesperados para evitar su repetición;
- Revisión de historias clínicas, a través de muestras aleatorias, para comprobar los aspectos formales de cumplimentación;
- Realización de encuestas de satisfacción;
- Análisis de quejas y reclamaciones;
- Protocolización de los procesos más relevantes y frecuentes de las especialidades.

Capítulo 4. Gestión de un sanatorio privado de CABA durante la pandemia de Covid-19

En este capítulo se aborda el estudio de caso, focalizando la evolución de la gestión del sanatorio privado de CABA durante la pandemia, en base a los registros de la dirección general del sanatorio, desarrollando una descripción diacrónica sobre los principales eventos y obstáculos afrontados durante la pandemia, cuáles fueron las decisiones clave o determinantes para poder sortear los efectos económicos y sanitarios de la pandemia de Covid-19, los criterios que se impusieron en la gestión de los diferentes recursos del sanatorio, y cómo se diferenció de lo realizado por otras clínicas y sanatorios de CABA, en un contexto adverso y de fuerte incertidumbre, como fue sobre todo, el primer año de la pandemia. En este sentido, interesa conocer los cambios que se instrumentaron a nivel organizacional y estructural, el impacto en el rendimiento y productividad del personal de salud del sanatorio, la estrategia de comunicación desplegada, el liderazgo ejercido y la adaptación a las nuevas normativas y disposiciones de los ministerios de salud, tanto en el ámbito nacional como local.

4.1. Decisiones trascendentales

4.1.1. Comunicación y manejo de información

La conducción de una organización de salud durante la pandemia, sobre todo en el primer año, debió manejarse en un contexto de incertidumbre y el flujo de información contradictoria, aún por parte de la OMS, y los ministerios de salud –tanto del ámbito nacional como en CABA-. La difusión de información maliciosa y errónea sobre el coronavirus generó un nuevo término, tal como se reveló en el marco teórico, que es el de la infodemia. Para contrarrestar los efectos perniciosos de ésta, la dirección general del sanatorio decidió unificar y homogeneizar la comunicación interna y externa, guiándose siempre por los expertos y las instituciones mencionadas, que a pesar de los problemas de comunicación registrados, fueron prescribiendo las medidas que la mayoría de los estados –sobre todo los desarrollados- comenzaron a adoptar.

En principio, se contemplaba que el impacto de la pandemia en Sudamérica sería similar al ocurrido en Europa, particularmente en países con los que Argentina más se identifica, como España e Italia, cuando los muertos por la pandemia eran en su gran mayoría adultos mayores, residentes en geriátricos. El 20 de marzo de 2020 se confirmó en el sanatorio el primer caso positivo de Covid, que en ese momento no era un cuadro clínico grave. El Comité de Crisis fue el que manejó la información que circulaba por el sanatorio sobre el Covid-19, y aún continúa en funciones, ya que logró optimizar la comunicación con los públicos del sanatorio, siendo éste un aspecto crucial de la gestión en la incertidumbre que había respecto de la evolución de la pandemia, particularmente durante 2020.

Ya en abril hubo un aumento progresivo de casos sospechosos, y hubo que empezar a redefinir qué era contacto estrecho, caso sospechoso, caso confirmado, y los diferentes tipos de tests utilizados. Esto generaba permanente confusión y debate, reproduciéndose en los medios de comunicación y redes sociales bastantes noticias falsas sobre cómo abordar terapéuticamente el Covid. El Comité de Crisis estableció varias medidas de trabajo a tener en cuenta por el personal de salud, como la prohibición de estar a menos de un metro y medio de otro compañero de trabajo, y de compartir más de 20 minutos con los mismos/as compañeros/as, para que entre el personal de salud no se atribuyera que fueran contacto estrecho cuando hubiera un caso.

4.1.2. Organos decisorios

En relación al surgimiento de la pandemia, el sanatorio llevaba un Libro de Control de Infecciones, el cual se transformó en el mencionado Comité de Crisis, encargándose de reproducir las recomendaciones y medidas en general, focalizando en los equipos de protección para el personal de salud. A partir del primer día de cuarentena se tomaron medidas en cuanto a la operatividad del sanatorio en materia de insumos. Se hizo un arqueo y se compraron barbijos, guantes y medicamentos. Asimismo, se colocaron una serie de protecciones de

vidrio y acrílico en las áreas de atención al público, que separaban al personal de atención de las personas.

En efecto, durante los primeros meses de la pandemia el sanatorio recibió llamados y visitas de organismos nacionales y de CABA, de las obras sociales, y las empresas de medicina prepaga, indagando su capacidad operativa, la cantidad de camas, respiradores, características de la terapia intensiva, por lo cual hubo que centralizar rápidamente la información¹. La medida de conformar el Comité de Crisis fue efectiva. Si bien no fue la única institución que lo hizo, el hecho de que, en la situación de crisis completa y de caos que se aproximaba, contara con un organismo colegiado para conducir el sanatorio, permitió una distensión en la toma de decisiones. De todos modos, el liderazgo ejercido en la gestión contribuyó en buena medida al buen funcionamiento del Comité, que desde sus inicios operó como un organismo colegiado.

En junio de 2020 la Dirección General del sanatorio convocó a una auditoría externa porque entendía que un control a las medidas del Comité de Crisis por un veedor externo iba a darle más credibilidad, para que todo el personal fuera conciente del esfuerzo que se estaba haciendo.

4.1.3. Estructura

Una de las decisiones más importantes que adoptó el Comité de Crisis fue la reasignación de áreas, dividiendo espacialmente el sanatorio en las áreas Covid y no Covid, separando los pisos de internación. Asimismo, se capacitó al personal en el uso correcto de los elementos de protección personal, y todo lo que resultaba necesario para el tratamiento de los primeros casos de Covid. De todos modos, más allá de seguir todas las recomendaciones y medidas de los expertos, junto con el hospital Italiano, el sanatorio fue una de las primeras instituciones en padecer un brote interno de Covid, lo cual en aquel momento demostraba que las medidas no eran infalibles.

¹ El sanatorio cuenta con 60 camas de Internación de Clínica General, 24 camas de Terapia Intensiva y 10 camas de Unidad Coronaria. Cuenta con x respiradores de alta tecnología.

Resumiendo las decisiones trascendentales que se fueron adoptando en los primeros meses de la pandemia –y más allá de la situación crítica atravesada-, estas medidas ayudaron a detectar que los focos de contagio intra-institucionales no se producían en los sitios de trabajo sino básicamente en los vestuarios y en los comedores. De este modo, se logró aislar al personal contagiado y se eliminó la infección intra-hospitalaria por Covid, que no volvió a registrarse en los dos años que van de la pandemia. La determinación de volcar la mayor parte de los recursos del sanatorio a la atención de pacientes con Covid, y de transformar a la institución en una “clínica Covid”, en el sentido de que cambiaba el enfoque integral del cuidado del paciente para circunscribirse a los casos de Covid, fue muy discutida en el marco del Comité de Crisis, argumentando muchos profesionales que se ponía en riesgo la reputación del sanatorio y la motivación del personal. Sin embargo, en el contexto de emergencia en el que se hallaba la dirección médica, se continuó con este abordaje, contemplando que se habían rehabilitado los ingresos para pacientes con Covid.

De todos modos, los escenarios de trabajo también se vieron alterados, disminuyendo drásticamente las consultas en el sanatorio: los consultorios externos dejaron de atender al público -excepto pacientes graves o urgencias-, reduciéndose también las internaciones por causas clínicas, derivándose incluso a otras clínicas solicitudes de internaciones. De ahí la importancia del trabajo en conjunto con varias entidades –tanto privadas como públicas-, lo cual permite estar capacitados para cubrir cualquier tipo de demandas y necesidades. Para las emergencias y urgencias médicas, contó durante toda la pandemia con una guardia clínica, traumatológica y cardiológica activa las 24 horas, funcionando también un *Shock Room*, que permite la atención y resolución de pacientes críticos.

4.1.4. Gestión de recursos humanos y liderazgo

Otro impacto severo ocurrido en los primeros días de la pandemia, fue que buena parte del personal del hospital se tomó licencias incluyéndose dentro de algunos de los grupos de riesgo, establecidos por la OMS a nivel

global y el gobierno nacional y de CABA, a nivel local, encuadrados como “personal vulnerable”, ya sea por la edad, padecer diabetes, bronco-espasmos, etc.-. Ante esta situación, el personal que no se amparó en licencias trabajó con denuedo y dedicación para suplantar a sus compañeros, motivados por un liderazgo ejercido a través de la premisa de que “había que estar” en el sanatorio todos los días de la semana, las horas que resultaran necesarias para atender a los pacientes con Covid que se estimaba comenzarían a aumentar exponencialmente con el avance del otoño y la llegada del invierno.

El Ministerio de Salud emitía todos los días protocolos y medidas que cada institución tenía que adaptar a su infraestructura y capacidad operativa. El sanatorio cumplió desde el primer momento con la totalidad de las normativas, y a pesar de ello el Covid se diseminó en las áreas propias y no Covid. Las terapias intensivas fueron las unidades más desbordadas –ya que debían contemplarse muchas más medidas en relación a la atención de pacientes con Covid positivo-. A raíz de ello, se generó un conflicto con el jefe de terapia intensiva, que demostró ser bastante temeroso de la epidemia, y se resistía a internar pacientes con Covid en terapia intensiva que no estuvieran en asistencia respiratoria mecánica, o que no estuvieran entubados. Además, criticaba y cuestionaba todas las medidas adoptadas por la Dirección Médica y el Comité de Crisis. Ante una situación de extrema gravedad, en que se negó a recibir en terapia intensiva a un paciente con infección respiratoria Covid, se tomó la decisión difícil y compleja de desvincularlo de la institución. En aquel momento los jefes de terapia intensiva eran –y aún lo son- una pieza clave de toda clínica médica. El director médico del sanatorio asumió entonces el doble rol, aprovechando su experiencia en otras instituciones médicas en este cargo, reemplazándolo hasta que se consiguió un intensivista menos aprehensivo al Covid.

En mayo de 2020 se implementó una normativa que contribuyó a la gestión de los recursos humanos, pues se tomó al Covid-19 como una enfermedad profesional para el personal de salud, por lo que estaban cubiertos por las ARTs (Aseguradoras de Riesgos del Trabajo). De este modo, se pudieron manejar en forma más efectiva las licencias. En aquel momento aún había desconocimiento respecto de los medicamentos a usar contra el Covid.

Se producía suero equino, cortisona, se hablaba de inmuno-moduladores, comenzó una serie de promesas terapéuticas. Por su parte, en septiembre surgían nuevas promesas terapéuticas, como el ibuprofeno nebulizado, el litio, ivermectina. El personal venía a trabajar muy preocupado, había mucha presión de las familias, y también ahí empezaron las dudas, los algoritmos sobre cuándo se le da el alta al paciente (si a los 10 días, a los 15, si hay que hacerle una PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa), si hay que hacerle dos PCR, si hay que mandarlo aislado). Se sabía muy poco sobre el manejo de la enfermedad, aún en el segundo semestre de 2020.

Desde el punto de vista retrospectivo, y con respecto a lo que es liderazgo e incertidumbre, esta experiencia con el anterior intensivista permitió homogeneizar y fortalecer la actitud del personal hacia la pandemia, ya que al demostrarse una fuerte conducción y determinación en los momentos en que la pandemia comenzaba a complicarse –sobre todo, las terapias intensivas- los convencía de que se estaba actuando acertadamente, a pesar del contagio intra-hospitalario registrado. En síntesis, la medida de desvincular al jefe de terapia le permitió al sanatorio afrontar el trabajo en la terapia intensiva siguiendo criterios uniformes, con lo cual se logró salvar varias vidas humanas. Fue una medida dura, fuerte, en aquel momento no estaban permitidos los despidos, además de regir una doble indemnización. Pero sí hubo muchos intensivistas que cambiaron de lugar de trabajo, pues se necesitaron médicos de esta especialidad vital en muchas clínicas de CABA, en todo el país y el extranjero.

Uno de los aspectos claves de la gestión de recursos humanos en un contexto pandémico son las relaciones interpersonales. Por ello, es preciso hacer referencia a cómo estaba atravesando el personal de salud la pandemia, porque se asume que el liderazgo en la incertidumbre completa –como lo fueron los primeros meses de la pandemia- se relaciona no con las cuestiones técnicas sino básicamente con trabajar sobre las conductas humanas, y generar habilidades blandas en el personal de salud (empatía, solidaridad, disposición al trabajo en equipo), dándoles lugar y opinión en las decisiones adoptadas, escuchando sus estrategias de afrontamiento de la pandemia.

A partir de fin de 2020 los casos fueron disminuyendo, el Covid se fue apagando hasta que llegó la segunda ola en 2021, ya con una sensación de agotamiento y *burnout* bastante importante en todo el personal de salud. En aquel momento se sentía una depresión en casi todo el sistema de salud. A pesar de esta situación, la conducción se mantuvo firme, estando siempre al frente de la batalla contra el Covid, presencialmente intercambiando experiencias con el personal médico y especializado, conociendo las historias clínicas de los pacientes con Covid en la terapia intensiva.

4.1.5. Medidas sanitarias. Problemas legales

Las medidas sanitarias relacionadas con la pandemia fueron adoptadas siempre en todo momento desde una perspectiva biomédica. En este sentido, y tal como se consignó en el apartado de comunicación y manejo de información, hubo que desarticular bastante infodemia que circulaba en los medios, y abordar la pandemia desde una visión que no se concentrara en el contagio del virus sino en el impacto en las condiciones materiales de vida de los recursos humanos del sanatorio.

A nivel interno, el contagio intrahospitalario había alcanzado a médicos, enfermeros y personal complementario del sanatorio, que desarrollaron la enfermedad. Ante esta situación, la dirección médica tomó una decisión fundamental, que fue hacer un hisopado masivo a todo el personal. Esta medida no estaba descripta en ninguna de las recomendaciones, de la OMS, ni de la OPS (Organización Panamericana de la Salud), ni de las guías europeas –de ninguna guía-, y simplemente se consideró que si se hisopaba a todo el personal se iban a encontrar casos que podían aislarse, y minimizar el contagio intrahospitalario. Sin embargo, se registró una tasa mucho más elevada de la esperada de hisopados positivos –en pacientes y personas asintomáticas-, lo cual suscitó en todo el personal una situación de pánico y angustia, planteándose denuncias a la institución por parte del sindicato del personal de salud, argumentando que el sanatorio no efectuaba correctamente los protocolos y el uso de elementos de protección personal, y por eso había un contagio generalizado.

A raíz de estas denuncias, el sanatorio recibió una serie de inspecciones, tanto del Ministerio de Salud de la Nación como de la Ciudad, y de una fiscalía. Retrospectivamente, todas las inspecciones fueron positivas para el sanatorio, ya que desestimaron cualquier tipo de irregularidad en el manejo institucional de los elementos de protección personal y en la atención de pacientes con Covid. Esta situación motivó que durante 48 horas el sanatorio fuera noticia en los medios de comunicación, como una institución médica donde tanto los pacientes como los trabajadores de la salud se contagiaban de Covid. Sin embargo, con el transcurso de los meses, los contagios intrahospitalarios fueron la norma, y se reprodujeron en la mayoría de las clínicas de la ciudad.

La recepción de inspectores y auditores, de fiscales y representantes de organismos de gobierno y judiciales, la acusación de “predisponer a la diseminación de la pandemia”, para un sanatorio cuya misión es satisfacer las demandas y necesidades de los pacientes con la mejor calidad de atención y uso de tecnología, llevaron a muchos profesionales a cuestionarse si debían seguir adelante con su labor en el sanatorio, y con la actividad médica en general. En este sentido, durante aquellos primeros meses de la pandemia, dirigir instituciones de la salud fue una actividad de alto riesgo, así como para los intensivistas y todo el equipo de profesionales de la salud dedicado a la atención de los pacientes.

Ahora, cuando el sanatorio está regresando a niveles de actividad de 2019, es posible atribuir el éxito de la gestión durante el primer año de la pandemia a una conducción muy firme de la dirección médica, siempre apoyado por la dirección general, que realizó una gran gestión de los asuntos administrativos derivados de la pandemia, al accionar del Comité de Crisis colegiado, y a la adopción de decisiones que si bien se pueden calificar como extremas, o fruto del instinto de supervivencia, le permitieron al sanatorio sortear airoso las inspecciones a las que fue sometido, lográndose la absolución total en todas las causas que se le habían iniciado. En relación con la situación de exposición pública en los medios que padeció el sanatorio, el Comité de Crisis emitió un comunicado el 27 de abril de 2020 que se expone a

continuación, dirigido a las obras sociales, empresas de medicina prepaga y público en general:

“Estimados, durante los primeros días de marzo el sanatorio fue alcanzado por la pandemia de Covid-19, en el contexto de la llegada al país de casos positivos, prematuramente tuvimos casos que ingresaron por otras patologías, y nos acercaron el problema a la organización. Hubo un brote interno que afectó a algunos miembros del personal y pacientes. El 16 de abril tuvimos sendas inspecciones del Ministerio de Salud de CABA y Nación, durante estos días el sanatorio permaneció operativo con limitación en la admisión de nuevos ingresos. Hoy luego de la devolución favorable de ambos ministerios retomamos las actividades normales con capacidad operativa plena. A solicitud de los mencionados organismos estatales el sanatorio tuvo que asignar áreas específicas para pacientes covid positivo, sospechosos en estudio y covid negativo confirmados. Esto nos lleva a informar que todo ingreso al sanatorio a partir de hoy requiere de hisopado Covid-19 para asignar y conservar las áreas dando lugar a las recomendaciones de los ministerios fiscalizadores”.

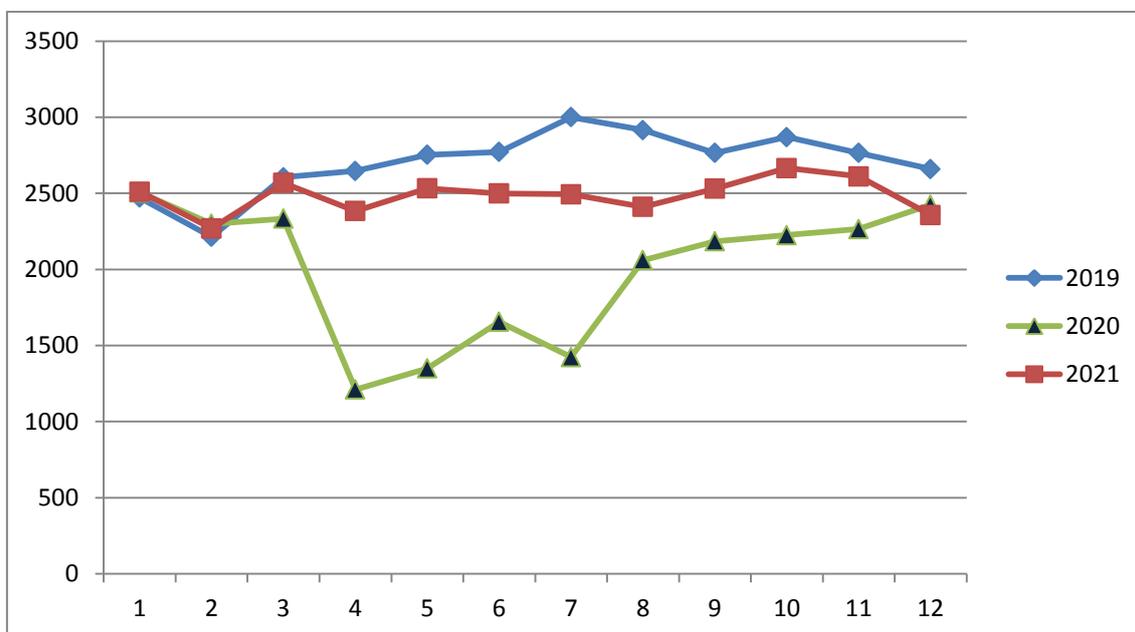
El sanatorio había atravesado la mayor crisis institucional que vivió y la situación más dramática que experimentó en sus 25 años de actividad. Contaba con un director médico que pudo ejercer por unos días el rol de Jefe de Terapia Intensiva en los peores momentos de la pandemia. En el plano asistencial y económico, las decisiones del Comité de Crisis lograron evitar el cierre de la institución, o lo que es peor, su quiebra, considerando que muchas clínicas del sub-sector se encuentran jaqueadas actualmente por gravísimos problemas económico-financieros, derivados del afrontamiento de la pandemia.

4.1.6. Nivel de actividad y prestaciones del sanatorio

Más allá de la alta tasa de contagiados, el sanatorio prosiguió con sus actividades aunque ya en una situación crítica. Las denuncias recibidas afectaron la imagen institucional. Transitoriamente, el sanatorio se vio obligado a cerrar los ingresos durante varios días. El número de pacientes internados cayó a valores históricos, como se refleja en el siguiente gráfico. Además de

suspenderse las internaciones, se había cancelado toda la actividad ambulatoria y las cirugías que no eran indispensables.

Gráfico 2. Evolución de la actividad del sanatorio 2019-2021



Fuente: Elaboración propia

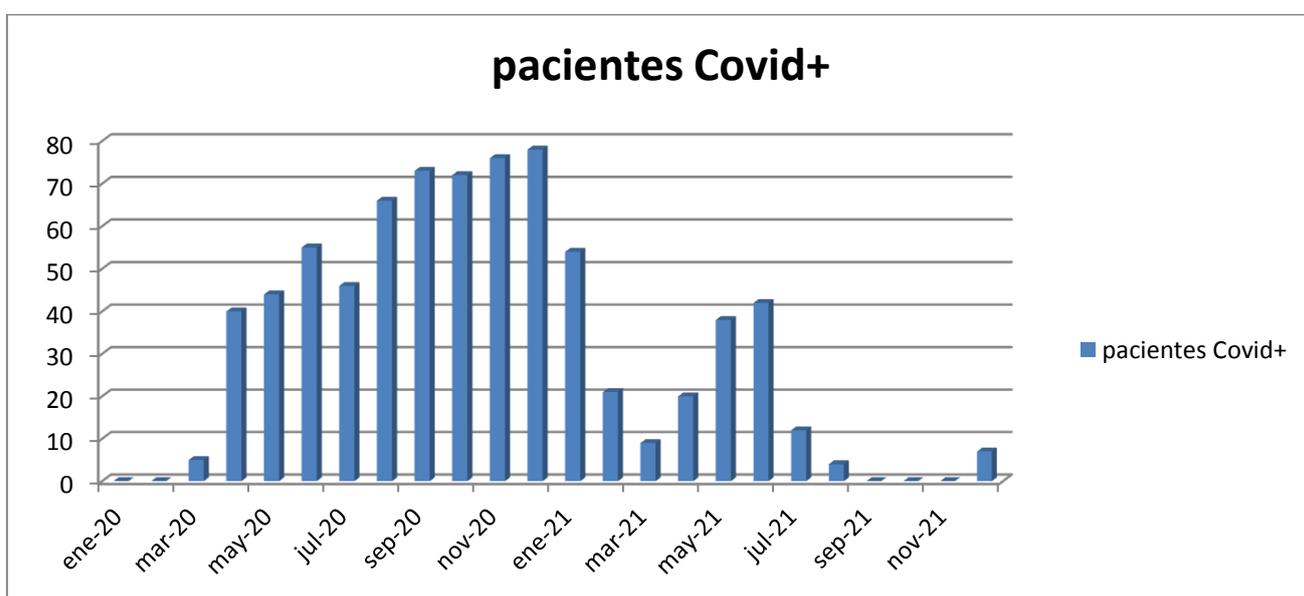
En el gráfico se refleja cómo la actividad del sanatorio cayó aproximadamente el 80% en líneas generales en 2020, y a esto además acompañó un impacto económico tremendo, si bien el gobierno había emitido una serie de ayudas para las instituciones, de ninguna manera compensaban la tragedia empresarial que sufrieron las instituciones de la salud. Como se puede observar, el piso de actividad del sanatorio se había producido en mayo y fue en aquel momento que se decidió que el sanatorio se volcara completamente a la atención de pacientes Covid, comenzando entonces una recuperación hasta diciembre de 2020, donde se alcanzaron niveles similares a los pre-pandémicos.

A partir de las decisiones explicitadas, el sanatorio se mantuvo operativo, y con el correr de los días todo el personal fue mejorando en el uso

de los elementos de protección personal y el manejo de los pacientes enfermos de Covid. Por supuesto, se atendieron pacientes críticos, muchos pacientes graves, y la verdad es que en toda la ciudad ha habido pacientes muertos por Covid, de todas las edades, con y sin factores de riesgo.

En cuanto a la evolución de la positividad de PCR del SARS-CoV-2 en el sanatorio durante el año 2021, se expone en el siguiente gráfico:

Gráfico 3. Intenados PCR + SARS-CoV-2 2020-2021

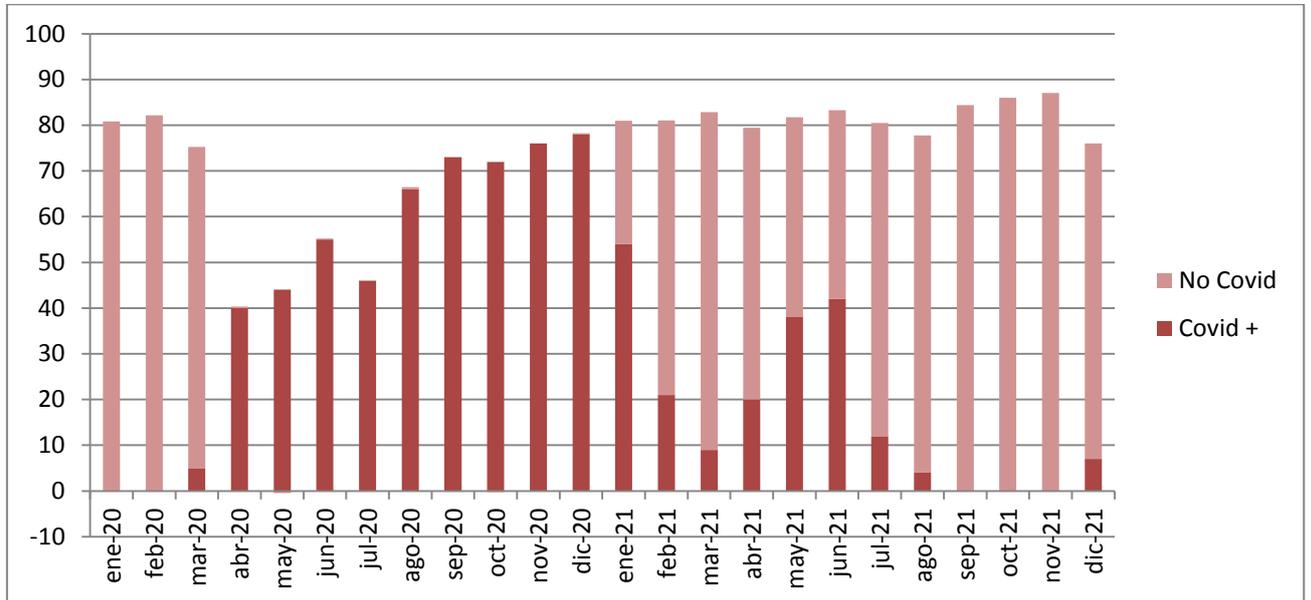


Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar, los momentos más difíciles de la segunda ola de Covid se vivieron en los meses de abril y mayo, registrándose luego un abrupto descenso, para concluir el año con lo que ya ha sido considerada como la tercera ola, pues en los últimos días de diciembre crecieron exponencialmente los casos, a partir de la expansión de la variante omicrón del SARS-CoV2 a nivel global, con la moderada buena noticia de que aparentemente, al presentar síntomas menos graves, ejerce menor presión sobre las instituciones de salud. Esta evolución cambiante de la pandemia se aprecia también en los días de cama –y de cuidados intensivos- que

demandaron los pacientes Covid durante 2020-2021, en comparación con otras patologías:

Gráfico 4. Pacientes internados Covid + en contraste con otras patologías



Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

Lamentablemente, en nuestro país muchas instituciones de salud – tanto las del sector público como el privado- parecen tener un doble comando: por un lado, la parte médica se desentiende de los resultados económicos de la organización, mientras que por otro lado, los líderes ejecutivos se concentran mayormente en la productividad y rentabilidad, delegando aspectos de la atención, de la calidad y seguridad del paciente en el personal clínico. En efecto, son escasos los directores que recorren los pisos y salas para hablar con el personal, los pacientes y sus familias “en el campo de batalla” (Vitolo, 2021). Precisamente esto, el “estar” permanentemente en contacto con los diferentes actores que intervienen en la dinámica de una organización de salud, resultó uno de los factores claves que apuntalaron la resiliencia del sanatorio objeto de estudio en los momentos más críticos de la pandemia.

Al retomar los interrogantes que dieron impulso a la investigación, luego del registro etnográfico realizado y del transcurso de dos años de pandemia, es posible afirmar que la gestión de la incertidumbre en una clínica privada de CABA durante la pandemia de Covid-19 asumió características críticas, ya que estuvo en juego la supervivencia de la misma, debiendo afrontar incluso –aunque por breve tiempo- problemas legales e inspecciones que se resolvieron satisfactoriamente para la institución. Y una de las medidas destacadas, apenas se estableció el primer ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio), fue la conformación de un Comité de Crisis, el cual cumplió un rol clave como órgano decisorio para adoptar las medidas trascendentales en los diferentes aspectos considerados (comunicación y manejo de la información, estructura, gestión de recursos humanos y liderazgo, toma de decisiones de medidas sanitarias, transformación y adaptación). Las decisiones en cada uno de estos aspectos permitieron retomar los niveles de actividad del sanatorio en las diferentes especialidades e intervenciones, si bien en los meses posteriores al período estudiado, se advierte un panorama que vuelve a ser de incertidumbre, ante la emergencia de una tercera ola y la necesaria adopción de protocolos y medidas de seguridad sanitarias que se creían superadas.

En cuanto a las características que presentaba la gestión de la clínica antes de la emergencia sanitaria provocada por la pandemia, la gestión clínica estaba basada en el concepto de "medicina centrada en el paciente", donde todos los esfuerzos estaban dirigidos a mejorar la calidad de atención, la seguridad de los procedimientos relacionados al cuidado de la salud y lograr la mayor satisfacción del usuario. Los principales problemas en ese momento eran las diferencias entre las crecientes expectativas de los pacientes y la dificultad del sector en general –y del sanatorio en particular- en mantener los estándares debido a la inflación sanitaria que obligaba a las instituciones de salud a ajustar la calidad a las posibilidades económicas. De todos modos, el sanatorio, gracias al esfuerzo de la Dirección General, logra sostener la calidad de atención –y por consiguiente un importante prestigio-, basándose en el trabajo articulado con otras entidades del sector.

Desde el enfoque retrospectivo asumido, es posible afirmar que entre las fortalezas del sanatorio para continuar brindando sus servicios de calidad durante la crítica situación que experimentó en los primeros meses de la pandemia, cabe destacar su estructura mediana, la cual ayudó a ser ágiles en la toma de decisiones y la comunicación efectiva. Como debilidad, lo más relevante fue que al tener una dotación muy justa y acotada, fue muy difícil mantener los planteles funcionales con las numerosas bajas por personal de riesgo, contacto estrecho o enfermos por Covid. La principal amenaza fue el posible cierre del sanatorio debido a denuncias falsas por incumplimiento de las medidas sanitarias dictadas por el gobierno, que no prosperaron pero causaron mucha tensión y estrés. La conversión en Sanatorio "Covid" dió la oportunidad de ser centro de referencia para las obras sociales y prepagas y lo posicionó favorablemente para mejorar el vínculo con los públicos (pacientes, familias, profesionales de la salud, trabajadores no profesionales, organismos del gobierno, clínicas y sanatorios de CABA, público en general).

Respecto de los aspectos o herramientas de la gestión de la incertidumbre que se aprovecharon para optimizar las prestaciones de la clínica y su administración en el período analizado, cabe señalar el reemplazo del intensivista en las primeras semanas de la pandemia, pudiendo sustentarse en la experiencia en el área del director médico, que debió asumir el doble rol

hasta la contratación de un nuevo intensivista. Este fue un elemento de alta incertidumbre, pues se desconocía aún los alcances de la pandemia, así como las medidas sanitarias a adoptar para combatirla y minimizarla, y el cargo de intensivista fue clave en todas las instituciones de salud.

La decisión de hisopar a todo el personal de la clínica, en contraste con lo que establecían las guías y las autoridades sanitarias, si bien fue lo que suscitó gran parte de los problemas legales que se plantearon, fue útil para comprender que la mayoría de los contagios se producían en los comedores y vestuarios, más que en las salas de internación, pudiéndose entonces combatir con mayor eficacia el contagio intrahospitalario, aún cuando esta medida implicó el otorgamiento de más licencias de lo que podía soportar la plantilla de profesionales del sanatorio.

Finalmente, se indagaba sobre los criterios contemplados en los procesos de toma de decisiones y el tipo de liderazgo ejercido en la institución. Respecto de los criterios, salvo una medida excepcional, como el hisopado general de todo el personal del sanatorio –médico y no médico-, hubo un seguimiento estricto de las normativas de las autoridades competentes –a nivel nacional y de CABA- y las recomendaciones de los expertos de la OMS y OPS, procurando no fracasar en la atención de pacientes con Covid, asumiendo la complejidad de la situación que se vivió en el primer semestre de 2020.

La participación de los pacientes y sus familias fue un factor importante para alcanzar la debida calidad de atención y tratamientos de los pacientes con Covid (y de los contagiados con y sin síntomas y contactos estrechos). Esta participación se dio en tres niveles, en la atención directa (nivel micro), a través del diagnóstico, decisiones de tratamiento y seguimiento; en el diseño organizativo y gobernanza (nivel meso), que comprende la planificación, proyectos de mejora de calidad, y la elaboración de políticas de salud (nivel macro), que son las acciones que se enmarcan en el plano del cuidado de la salud pública, prioridades de investigación, asignación de recursos (Vitolo, 2021).

Respecto del liderazgo ejercido, es posible afirmar que se trató de un liderazgo transformacional, focalizado en la primera línea de atención a

pacientes con Covid-19, dando lugar a cambios sustanciales en el sistema y cultura organizacional del sanatorio. A través de este liderazgo, se intentó motivar y estimular en el personal habilidades blandes, fortalecer su confianza y autoestima, estableciendo desafíos y objetivos compartidos, contemplando en todo momento las necesidades de sus subordinados (Bass, 1998). El propósito primordial era lograr entornos de trabajo psicológicamente seguros para afrontar la atención de los pacientes, promover la innovación e investigación en todo lo referente a la pandemia y para generar una cultura de participación centrada en la persona. Se asumió el liderazgo de primera línea como impulsor clave del cambio en la asistencia sanitaria. Mediante este liderazgo los jefes de unidad o servicios transmiten valores y prioridades de la dirección, logrando un alto impacto en cada unidad y área de trabajo.

En una institución de salud como un sanatorio el liderazgo debe propiciar la activa participación y compromiso de los médicos. Su liderazgo es reconocido como un factor clave para lograr los cambios que la atención sanitaria requirió en los dos años que van de pandemia. Para involucrarlos y lograr el apoyo a las medidas que se fueron tomando se buscó darles un rol importante en el Comité de Crisis, y se interactuó permanentemente respecto de sus conocimientos y aportes de los tratamientos y vacunas que se fueron utilizando para su abordaje en pacientes de todas las edades.

Al revisar los objetivos de investigación planteados se advierte que se han alcanzado en buena medida. Respecto del objetivo general, se ha presentado un modelo de gestión resultante del tránsito de la pandemia en un sanatorio privado de CABA, focalizando el contexto de incertidumbre, las decisiones tomadas y herramientas de gestión utilizadas para sostener y sobrellevar la crisis multidimensional generada por el Covid19, presentándose algunos lineamientos básicos de gestión para los años por venir, aprovechar los aprendizajes de una pandemia de alto impacto, que aún continúa acechando, y minimizar los riesgos a futuro.

En cuanto a los objetivos específicos, se ha analizado el tipo de liderazgo ejercido en la clínica ante los cambios súbitos y turbulentos del entorno, y la demanda de atención en salud durante la pandemia. En este sentido, en base al registro etnográfico del director médico de la institución, se

tomó conocimiento que, al menos en la intención, se buscó ejercer un liderazgo transformacional, basado en la atención en primera línea, estar siempre en diálogo con todos los profesionales de la salud y personas que participan de la atención a los pacientes y familiares, y a la vez unificar –especial y principalmente con los médicos de la institución- los criterios para la toma de decisiones de medidas sanitarias. En efecto, se describieron los procesos de toma de decisiones, siendo la conformación del Comité de Crisis como órgano decisor una de las medidas que facilitaron el abordaje de la pandemia, sobre todo en los contextos de emergencia vividos. Finalmente, cumpliendo el último objetivo, se determinó el impacto de la pandemia en la gestión de los recursos humanos de la clínica. En este sentido, se atestiguó no sólo el aumento del estrés, miedo o la aparición de actitudes negativas en el personal de salud –de ahí su alta disposición a encuadrarse como “personal de riesgo” o “contacto estrecho”, y así obtener más licencias-, sino que varios se mostraban renuentes a atender pacientes con Covid –lo cual motivó al comienzo de la pandemia prescindir de los servicios del intensivista del sanatorio-. Esto complicó demasiado la gestión de los recursos humanos. No obstante, a través del liderazgo descrito se lograron notorias mejoras en el aprendizaje, la capacitación y la actitud de todas las personas que trabajan en el sanatorio, sin descuidar el trabajo en red y cooperación con otras entidades médicas del sector. Todo ello, en el contexto de incertidumbre generado por una pandemia histórica cuyas consecuencias aún se desconocen, dada su imbricación con la crisis multidimensional que atraviesa la humanidad, cuyas facetas más sobresalientes son hoy las desigualdades sociales y el cambio climático.

Bibliografía

- ADECRA-CEDIM (2021). *Relevamiento Prácticas. Resultados Octubre 2021*. Buenos Aires: ADECRA-CEDIM.
- Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (2008). *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*. Recuperado el 18/11/2021 de https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_TSocial/AlmeidaFilho.pdf.
- Anzorena, O. (2011). *Maestría Personal. El camino del liderazgo. Un modelo para la práctica del coaching y la facilitación del desarrollo personal y organizacional*. Buenos Aires: Ediciones Lea.
- Arrow, J.K. (1981). *La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas*. En ICE N°574, pp. 47-63.
- Bachiller, S. (2021). *Covid-19 y personas en situación de calle en CABA: viejos y nuevos desafíos para las políticas públicas*. Recuperado el 4/12/2021 de <https://www.revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/1119/930>.
- Bass, B. (1998). *Stogdill's Handbook of leadership*. Boston: Free Press.
- Bogdan, R. y Taylor, S. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Bozovich, G.E. et al. (2020). *Daño colateral de la pandemia por Covid-19 en centros privados de salud de Argentina*. Recuperado el 4/12/2021 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000500006&lang=pt.
- Callís Fernández, S. et al. (2021). *Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia Covid-19*. Recuperado el 12/6/2021 de <https://aniversariocimeq2021.sld.cu/index.php/ac2021/Cimeq2021/paper/viewFile/73/50>.
- Castellanos Castillo, J.R. y Castellanos Machado, J.A. (2010). “El diseño organizativo: enfoques y tendencias contemporáneas”. En *Técnica Administrativa*, Vol. 9, N°3.
- Cendali, F. et al. (2020) “La pandemia que puso en agenda de los gobiernos a la salud pública”, *Red Sociales*, Revista del Departamento de Ciencias Sociales, Vol. 7, N°2, pp. 12-17.
- Centioni, R. (2020). “Ensayo sobre el impacto de la pandemia de Covid 19 en las familias argentinas”. *Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*, N°18, pp. 83-97 Universidad Nacional de La Matanza.
- CIS (2021). *Informes de Opinión Pública CIS UADE-VOICES! Malestar, preocupación y estados de ánimo negativos*. Centro de Investigaciones Sociales (CIS). Fundación UADE. Voices! Research and Consultancy.

- Chan, M. (2009). *El efecto de las crisis mundiales en la salud: dinero, clima y microbios*. Recuperado el 18/11/2021 de <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/the-impact-of-global-crises-on-health-money-weather-and-microbes>.
- Chiavenato, I. (1994). *Administración de Recursos Humanos*. México DF: McGraw-Hill.
- Chiavenato, I. (2011). *Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones*. México DF: McGraw-Hill.
- De Sousa Campos, G. (1998). "Subjetividad y administración del personal: consideraciones sobre el trabajo en los equipos de salud". En E. Merhy y R. Onocko (Eds.): *Praxis en Salud*. Buenos Aires: Lugar.
- Díaz, R. (2002). "Satisfacción de los pacientes: principal motor y centro de los servicios sanitarios". En *Calidad Asistencial*; 17: pp. 22-29.
- Errasti, F. (1999). *Principios de Gestión Sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Feierstein, D. (2021). *Pandemia. Un balance social y político de la crisis del Covid-19*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Franco Chóez, X.E.; Sánchez Cabezas, P.P. y Torres Vargas, R.J. (2021). "Claves para el tratamiento de la ansiedad, en tiempos de Covid-19" *Revista Universidad y Sociedad*, 13(3), 271-279.
- Goren, N. y Ferrón, G. (2020). *Desigualdades en el marco de la pandemia : reflexiones y desafíos*. Jose C. Paz: Edunpaz.
- Janín, B. (2020). "Niños, adolescentes y padres en épocas de coronavirus...". *Actualidad Psicológica*, Año XLV, N°494, pp. 4-5.
- Lamelas, P. et al. (2020). "Enfermedad cardiovascular en tiempos de COVID-19". *Medicina (B Aires)*; 80: 248-52.
- Laxe, R. (2021). *Economía: en el principio fue la incertidumbre*. Recuperado el 25/12/2021 de <https://rebellion.org/economia-en-el-principio-fue-la-incertidumbre/>.
- Melamed, A. (2005). *Dinámica organizacional actual, demandas excesivas y fenómenos de depredación en empresas*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Recuperado el 18/11/2021 de http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/tesis/1501-1174_MelamedA.pdf.
- Merlín, N. (2020). "Conmoción en la subjetividad". *Actualidad Psicológica*, Año XLV, N°494, pp. 2-3.
- Mintzberg, H.; Simons, R. y Basu, K. (2000). *Beyond selfishness*. Recuperado el 18/11/2021 de <https://sloanreview.mit.edu/article/beyond-selfishness/>.
- Mintzberg, H. (1990). *La gestión no es cuestión de cifras*. Paris: Le Presse.
- Mira, J.J et al. (2002). "Causas de satisfacción e insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria". En *Calidad Asistencial*; 17: pp. 273-283.

- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2001). *Quality of care: patient safety*. Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud EB109/9.
- Pacheco Luza, E.F. (2020). *Impacto emocional y respuesta psicológica ante el aislamiento social producto del COVID-19*. Universidad Ricardo Palma, Santiago de Surco, Perú.
- Pedernera, S. (2020). *Pandemia y rol del equipo de salud mental en Atención Primaria de la Salud*. Recuperado el 4/12/2021 de <https://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/281>.
- Perelman, M.D. (2020). *Entre la libertad y el cuidado: Regímenes de valor en tiempos de aislamiento social*. Recuperado el 25/11/2021 de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/111192>.
- Pérez, I.E. (2021). *Felicidad, individualismo hedonista y enfermedades mentales en la era pandémica*. Recuperado el 13/12/2021 de <https://rebellion.org/felicidad-individualismo-hedonista-y-enfermedades-mentales-en-la-era-pandemica/>.
- Plut, S. (2020). "Coronautas: pacientes y analistas en cuarentena". *Actualidad Psicológica*, Año XLV, N°494, pp. 6-8.
- Rojas Jara, C. (2020). *Cuarentena, aislamiento forzado y uso de drogas*. Recuperado el 25/11/2021 de <https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/395/442>.
- Sandin, J.A. (2020). *Plan de comunicación interna digital y formación en liderazgo coach para el Sanatorio Morra durante el distanciamiento físico por Covid-19*. Recuperado el 25/12/2021 de https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/20256/TFG-SANDIN_Javier.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Spinelli, H. (2010). "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina". *Salud Colectiva*, 6 (3), pp. 275-293.
- Toffler, A. & Toffler, H. (2006). *La revolución de la riqueza*. Barcelona: Debate.
- Ureña, A. (2017). *Análisis del estilo de liderazgo ejercido en un centro de rehabilitación argentino*. Buenos Aires. Universidad Torcuato Di Tella. Recuperado el 25/12/2021 de <https://repositorio.utdt.edu/handle/utdt/11193>.
- Urzúa, A.; Vera-Villaruel, P.; Caqueo-Úrizar, A. y Polanco-Carrasco, R. (2020). "La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial". *Terapia psicológica*, 38(1), 103-118.
- Val-Pardo, I. y Corella, J.M. (2005). *Dirección y gestión hospitalaria de vanguardia*. Madrid: Díaz de Santos.
- Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Barcelona: Díaz de Santos.
- Visacovsky, S. (2020). *Futuros anhelados, futuros temidos, normalidades posibles*. Recuperado el 25/11/2021 de <https://mailchi.mp/4294070633c6/97rgqzwwci>

- Vitolo, F. (2021). *Seguridad del paciente: lo que la alta dirección debe saber (y hacer)*. Recuperado el 25/12/2021 de <http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/March2021/QyL5YYdBM0XtJNRF3AW4.pdf>.
- Xifra, J. (2020). *Comunicación corporativa, relaciones públicas y gestión del riesgo reputacional en tiempos del Covid-19*. Recuperado el 25/12/2021 de <https://revista.profesionaldelainformacion.com/index.php/EPI/article/view/e-pi.2020.mar.20>.
- Zurro, J.; De Santiago-Juárez, J.A. y Dapena, M.T. (2001). *Curso de autoevaluación de calidad asistencial en consultas*. Madrid: Saned.