



Instituto de la Salud
Juan Lazarte



UNR Universidad
Nacional de Rosario

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

“LA CULTURA ORGANIZACIONAL Y LA SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS TRABAJADORES MÉDICOS Y ENFERMEROS DE UCIN DE UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE ROSARIO, ARGENTINA AÑO 2018”

TESIS DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA.

Tesista: Lic. Córdoba, Natali Soledad

Directora: Dra. Martínez Salomón, Nancy

Co-director: Dr. Guirado, Marcelo

Rosario, 9 Marzo 2020

INDICE GENERAL

1. Introducción al Problema.....	6
2. Planteo del Problema.....	12
Supuesto Hipotético	12
3. Objetivos	13
4. Propósito de la Investigación	13
5. Marco Teórico. Aproximación conceptual a la problemática	14
5.1. Cultura Organizacional.....	14
5.1.1. La Cultura organizacional y sus significancias.....	14
5.1.2. Historia del concepto de cultura organizacional.....	15
5.1.3. Cultura y clima organizacional.....	16
5.1.4. Modelos de cultura organizacional.....	17
5.1.4.1. Modelo de Valores en Competencia.....	17
5.1.4.2. Subdominios culturales y tipos de cultura.....	17
5.1.4.3. Modelo de Schein.....	20
5.1.4.4. Modelo tridimensional de la cultura.....	21
5.1.4.5. Modelo de Denison.....	21
5.1.4.6. Modelo cultural.....	22
5.1.4.7. Modelo de orientación cultural.....	25
5.1.5. La cultura como problema estratégico.....	26
5.1.6. Diagnóstico de la cultura organizacional.....	27
5.1.7. Pensamiento estratégico.....	28
5.1.8. Planificación estratégica.....	28
5.1.9. Planificación estratégica de recursos humanos.....	30
5.1.10. La planificación normativa criticada por Matus.....	30
5.2. Satisfacción Laboral.....	31
5.3. Gestionar en salud.....	35
5.3.1. Gobernabilidad y gobernanza: dos definiciones opuestas.....	35
5.3.2. La gestión en instituciones de salud.....	37
5.3.3. El proceso de trabajo.....	40
5.3.4. El Recurso Humano en el campo de la Salud.....	42

5.3.5.	Educación Permanente en Salud.....	44
5.3.6.	Los Procesos de cambio, organización y gestión en salud.....	46
5.3.7.	Cultura organizacional en los sistemas de salud.....	47
5.3.8.	Debilidades del organigrama.....	49
5.3.9.	Departamentalización.....	49
5.3.10.	El modelo médico hegemónico (MMH).....	50
5.3.11.	La conflictividad entre la salud y el neoliberalismo.....	52
5.3.12.	El Anti - Taylorismo: Co-gestión - Gestión colegiada.....	52
5.3.13.	Clima organizativo y percepción del ser humano.....	55
6.	Marco Contextual.....	57
6.1.	Hospitales públicos y capital humano.....	57
6.2.	La Salud Pública de Rosario.....	58
6.3.	La Salud Pública y la descentralización de los servicios de salud.....	60
6.4.	El sistema público de salud y su organización: La Regionalización.....	61
6.4.1.	La regionalización en las Unidades Perinatales.....	62
6.5.	Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF).....	63
6.6.	Recorrido por las Maternidades: una mirada retrospectiva.....	67
6.6.1.	Rosario y la Maternidad Martin: un poco de historia.....	68
6.6.2.	Maternidad Martin y UCIN en la actualidad.....	71
7.	Material y métodos. Diseño Metodológico.....	76
a)	El diseño de investigación cualitativa.....	76
b)	Tipo de estudio.....	76
c)	Población de estudio y Muestra: Criterios de inclusión y exclusión.....	77
d)	Ámbito de realización del estudio.....	78
e)	Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de información.....	78
f)	Procedimientos para el análisis de la información.....	80
g)	Definición operativa de términos.....	81
8.	Análisis del discurso.....	83
9.	Presentación y análisis de los resultados.....	85
10.	Discusión.....	115
	Aportes de la Investigación.....	123
11.	Conclusión.....	124

Anexos

I.	Instrumento de Recolección de datos.....	127
II.	Consentimiento informado.....	130
III.	Breve reconstrucción de la historia de la Maternidad Martin.....	131
IV.	Entrevistas informantes claves.....	133
V.	Consentimiento informado: informantes claves.....	134
VI.	Breve reseña historia de la maternidad Martin desde la teoría y relatos de los informantes claves.....	135
12.	Bibliografía.....	145

DEDICATORIAS

“A Esteban, el hombre que me acompaña día a día y quien me ha apoyado desde el momento que tome la decisión de iniciar el cursado de la Maestría, aún cuando nuestro bebé era tan pequeño, y ahí estabas vos... apoyándome y sosteniéndome cuando se me hacía tan difícil dejarlo... Así que gracias por todo”

“A toda mi Familia: a mi Mamá mujer incondicional, y mi Papá que aunque no esté físicamente aquí sé que me alienta día a día para seguir adelante... Te extraño!!”

“Y a mi tesoro máspreciado, mi hijo Agustín. Todo el esfuerzo y la pasión que pongo a todo lo que hago es por vos... Te Amo infinitamente”.

AGRADECIMIENTOS

A mi Directora de Tesis, docente, amiga y sobre todo una persona a quien le tengo un profundo respeto y admiración. Por tus palabras y tu aliento permanente para no bajar los brazos. Fuiste mi gran sostén en este camino Nancy, profundamente agradecida, por todo lo que me has brindado. Te quiero mucho!”

“A mi Co Director, otra persona fabulosa que conocí en poco tiempo, un ser amplio en conocimiento y generosidad. Muchas gracias Marce por tu apoyo, estímulo y palabras que a diario me han hecho tan bien...!” Hoy ya no estas físicamente, pero permanecerás en mis mejores recuerdos, que en paz descanses amigo querido.

Transformar las organizaciones:

“...hay que dedicarle tiempo a la cultura y a las personas. La cultura institucional, imprime el clima organizacional de la misma y eso impacta en la gente.

No se puede transformar la cultura de las organizaciones sino trabajamos en las vidas de los que trabajan ahí...”

A Malemaed

RESUMEN

Las organizaciones de salud como toda organización, tienen un conjunto de creencias y valores compartidos. Las formas en que los trabajadores dan vida a estos valores y cómo interactúan unos con otros, conforman el sistema nervioso de la institución. Por esta razón, es crucial que todas las transformaciones que se van iniciando en el interior de las instituciones, las transiten todos juntos, que haya información pertinente, reuniones de grupos previas, encuentros de debates. El objetivo general de la investigación es conocer la relación que existe entre la cultura organizacional y la satisfacción laboral desde la percepción de los trabajadores de la salud (médicos y enfermeros) del área de UCIN de la Maternidad Pública durante el año 2018.

La vía de acceso al conocimiento de dicho estudio, es a través de un abordaje cualitativo, ubicado dentro del paradigma interpretativo o comprensivo. Es un estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal. La información se obtuvo de entrevistas semiestructuradas a la población de estudio, a través de un muestreo no probabilístico, por disponibilidad. Se realizó un análisis inductivo a partir de los relatos utilizando el paquete de software NVivo 12. Luego se realizó un proceso de reducción, segmentación, para unificar ideas y agruparlas en la categoría inicial correspondiente.

Los resultados obtenidos reflejaron sentimientos de desmotivación percibida por la desvalorización del trabajo, un clima de trabajo de muchos conflictos y una comunicación fragmentada. Lo que da cuenta de que los trabajadores a pesar de estar a gusto y conforme con el trabajo que realizan, no reflejan ningún sentimiento ni expectativa de crecer y desarrollarse dentro de la institución dando pauta de la insatisfacción que presentan en su lugar de trabajo.

Se concluyó que a pesar de la creciente disponibilidad de recursos humanos y materiales, la curva de insatisfacción en vez de decrecer, crece, generando niveles contrapuestos de satisfacción laboral.

Palabras Claves:Cultura Organizacional- Satisfacción Laboral- Médico- Enfermero-UCIN.

ABREVIATURAS

MSyCF	Maternidad Segura y Centrada en la Familia
OMS	Organización Mundial de la Salud
PROMIN	Programa Materno Infantil y Nutrición
RN	Recién Nacido
RNPT	Recién Nacido Pre-término
ROP	Retinopatía del Prematuro
SP	Salud Pública
UCIN	Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

1. INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

En Salud Pública, la necesidad de alcanzar nuevos y mayores logros en la atención de la salud de las personas y de incrementar la satisfacción de la población y de los propios trabajadores de las instituciones de salud con el servicio que se brinda, obliga a contar con métodos transformadores que permitan identificar todo lo que influye, de forma positiva o negativa, sobre el desempeño de las personas en el trabajo (Segredo Pérez, 2013)

Una organización es caracterizada como *“un sistema socio- técnico integrado, construido por la realización de un proyecto concreto, tendiente a la satisfacción de necesidades de sus miembros y población o audiencia externa, que les otorga sentido”* (Schlemenson, 1998) por lo que se la considera una construcción social. Dentro de la organización se conforman grupos cuyos miembros son los individuos que cumplen diferentes papeles a partir de los mecanismos de adjudicación y asunción de roles.

Para conocer qué sucede dentro de la organización, es necesario conocer la cultura que atraviesa a la misma, como plantea Schein, la cultura organizacional, es la forma en que la institución ha aprendido a manejar su ambiente, una mezcla compleja de supuestos, conductas, relatos, mitos, metáforas y otras ideas que definen lo que significa trabajar en una organización en particular. Es por eso, que este estudio pretende conocer la percepción de los trabajadores sobre la cultura organizacional de la maternidad Martín y su satisfacción con la misma, para conocer el modo en que la maternidad es vivida y sentida por los trabajadores (Schein, E H, 1988)

Por otro lado, Hofstede, define a la cultura organizacional, como un conjunto de procesos mentales que controlan las respuestas de un individuo en un momento dado. La cultura entonces, es el resultado de la asimilación de valores y patrones de comportamiento por parte de los miembros de una institución que tiene efecto en el contexto de trabajo (Hofstende, 1980)

Actualmente, la cultura organizacional es estudiada como los valores, creencias y supuestos que los miembros de una organización tienen en común, considerando que la misma tiene un efecto significativo sobre las actitudes de los empleados (Vásquez; Rivera, O.I, 2016)

La cultura de una organización, además, es un determinante del desempeño ya que impacta no sólo sobre los resultados directos y la eficiencia de la misma, sino también en la salud, el entusiasmo, el compromiso y la flexibilidad del personal. En este sentido,

por ejemplo, la cultura de clan mantiene correlaciones más fuertes con resultados organizacionales positivos, que las culturas jerárquicas. Mientras que el ausentismo también se encuentra influenciado por la cultura organizacional (Fuchs, R. M., & Torres, C, 2012)

Además, se ha evidenciado que las culturas de clan, jerárquica y adhocrática predicen la responsabilidad social corporativa. Asimismo, se ha indicado una correlación positiva de la cultura organizacional con la salud mental y el bienestar del empleado (Mendoza Llanos, 2015)

Las organizaciones laborales, están compuestas de personas que viven en ambientes complejos y dinámicos, lo que genera comportamientos diversos que influyen en el funcionamiento de los sistemas, que se organizan en grupos y colectividades, el resultado de esta interacción influye en el ambiente que se respira en la organización. En la sociedad moderna los sistemas organizacionales marchan a la par de los procesos de transformaciones sociales y han alcanzado una gran difusión de manera tal que constituyen un medio a través del cual la sociedad busca soluciones a los problemas que enfrenta.

Haciendo referencia a las instituciones públicas de salud *“las mismas se encuentran ante la necesidad de un cambio inminente, fomentado por la creciente demanda de una población cada vez más exigente, que tiene un bajo poder adquisitivo, pero que a su vez espera recibir una atención impecable que le garantice su salud y bienestar”* (Rivas, 2006, pág. 9)

Esta es una realidad que requiere poner mayor atención en los procesos organizacionales, es decir la conformación de equipos de alto desempeño, la proyección de una excelente calidad de servicio y todo ello con dos protagonistas centrales: La Organización laboral y el Recurso Humano que la conforma el cual debe tener una importante satisfacción y agrado con su ámbito de trabajo para poder brindar cuidados y atención de la calidad que se pretende.

En relación a la satisfacción laboral, contar con un personal satisfecho tiene consecuencias positivas tanto a nivel individual como organizacional, lo que equivale a disponer de empleados comprometidos y motivados, favoreciendo a nivel organizacional el rendimiento de la institución (Rodríguez, Retamal, 2011)

Cuando los empleados sienten que ejercen influencia en la toma de decisiones (participación), que desarrollan un vínculo psicológico con su organización (compromiso), favorece el sentimiento de ellos hacia la organización, sintiéndose

orgullosos de pertenecer a ella y de seguir siendo miembros (identificación), permitiendo que estén satisfechos, que tengan una reacción positiva compartida en relación a la vida organizativa (clima) y que perciban la existencia de líderes transformacionales (liderazgo).

Existe una relación positiva entre las culturas de clan y adhocrática, y la satisfacción laboral; así como una correlación negativa entre la satisfacción y las culturas jerárquicas. De manera similar se ha observado que los mayores niveles de satisfacción laborales se producen cuando la cultura brinda apoyo, cuando es innovadora y burocrática, en ese orden (Gabini, S; Sáenz, I, 2013)

Al mismo tiempo, teniendo en cuenta los diversos saberes, estudios e indagando sobre los ejes de la investigación, focalizados primariamente al ámbito empresarial, con escasos aportes en el ámbito de la salud, resulta elemental hacer mención para de algún modo poder comprender que pasó con el sistema de salud y sus trabajadores, a las políticas económicas neoliberales impuestas en el país a partir de los años 70 y principalmente, en la década de los 90, cuyas características principales fueron: la flexibilización laboral, la privatización de los Servicios Públicos y la Desregulación del Estado, con la apertura de los mercados y la libre competencia, que produjeron no solo una precarización en las relaciones laborales dentro y fuera del sector salud, sino también un aumento de la demanda de los servicios públicos de salud por el aumento del trabajo informal o el cierre de fuentes de trabajo con la consiguiente pérdida de la cobertura social por las privatizaciones por un lado, o por no poder competir con precios internacionales, por el otro. Se hace mención a esta breve reseña de la salud pública, dando a conocer que esta crisis del sistema de salud impactó en los servicios de salud, donde “históricamente” las relaciones de hegemonía-subalternidad que se establecen entre los trabajadores de estas instituciones con los usuarios, lo hacen bajo una determinada forma de ver y organizar las cuestiones referentes a la salud, la enfermedad y la atención en los servicios de salud, el Modelo Médico Hegemónico, descrito por E Menéndez, como un modelo “ahistórico, asocial, intervencionista, medicalizador, fragmentador, entre otros” (Mansilla, 2008)

Argentina, con todos estos cambios y en ese contexto, tuvo que soportar la hiperinflación que azotaba en ese entonces al país en 1989/90 y que trajo, como estrategia de salida, las primeras medidas de Reforma de Estado, junto con la ley de Emergencia Económica, sancionadas por el congreso en 1989. Esta que era considerada hasta ese entonces como un derecho social y una preocupación del Estado, pasó a

plantearse como responsabilidad personal, individual. Durante todo el proceso de reforma que tuvo lugar en nuestro país, la salud privada no perdió la oportunidad y comenzó a potenciar el ofrecimiento en sus campañas, relacionadas a avances tecnológicos de punta, por lo que la población debía disponer de un cierto poder adquisitivo para acceder a ella. Con esta desregulación de las obras sociales, cobran vida los hospitales de autogestión que establecen la obligatoriedad del pago de los servicios recibidos por todas las personas que tenían coberturas de obras sociales, mutuales o prepagas (Belmartino, 1999)

Todo este recorrido, el auge del neoliberalismo, que continuó durante la década del 90, y las consecuencias en los procesos de reforma de Estado, en particular en el sector salud, impactaron de igual modo a nivel local, provocando cambios sanitarios en el municipio de Rosario. Pero resulta interesante destacar, que en la década de los '90, en pleno auge de políticas de privatización, y desregulación del rol del Estado, durante el gobierno de Binner, H, se decide la construcción de una red pública con base principal en el territorio, trabajando en la construcción de un sistema de salud, lo cual ha diferenciado a Rosario del resto del país. Coincidiendo con Capiello quién relata que: *En el año 1990, cuando el país comenzaba su aventura neoliberal, con el desmantelamiento del Estado y sus instituciones de atención a las necesidades populares, en Rosario se iniciaba un proceso inverso, dando lugar a un formidable resurgimiento de la Salud Pública, apoyado en la estrategia de APS (Atención Primaria de la Salud) que permitió que el discurso "Salud para Todos" empezara a cobrar forma en cada barrio de la ciudad.* (Capiello, 2003 p.56)

Pero estos decires, no dejaban de estar flagelados por la crisis económica del Estado y sometidos a políticas neoliberales, acompañadas por las características que asume el modelo médico como biologicista, individualista, pragmático y ahistórico que, al vincularse con los sectores dominantes, con sus saberes y sus prácticas, cobran protagonismo convirtiéndose en hegemónicas (Menéndez, 1998)

Es este modelo, el que hoy en día continúa arraigado a la historia de la salud e impactando de algún modo y con mayor impronta en los servicios de salud públicos y por supuesto en las relaciones interpersonales con los sujetos trabajadores que allí se desenvuelven. Y como sostiene la OPS/OMS, es bajo este modelo que se identifican los servicios de salud, en el caso de instituciones hospitalarias de mediana y alta complejidad, con una modalidad burocrática para proveer salud, que se caracteriza por poseer una estructura jerárquica de autoridad, especialmente en forma piramidal, así

como la despersonalización de las relaciones entre los trabajadores en su situación laboral (Alvarez, 2010)

Dicha estructura se vincula a que las instituciones de salud pública, requieren de un sistema de normas y procedimientos para organizar el proceso de trabajo y el orden dentro de la organización, donde se especifican los derechos y obligaciones de los trabajadores. Cobrando espacio la división técnica del trabajo, la cual, en sentido horizontal acontece con mayor intensidad en la profesión médica, es decir que el trabajo médico tiene máxima autonomía en relación a las demás disciplinas, la cual ejerce un gran poder institucional desde cada una de sus especialidades. Y en sentido vertical también existe la división técnica del trabajo, ligada a la redistribución de tareas entre personas de diferentes niveles de calificación, niveles donde opera aun con mayor impronta el personal de enfermería. Siendo estos espacios laborales, característicos de la salud pública donde los trabajadores sienten amenazada su autonomía, debido a las normas que imperan de algún modo en la organización institucional.

En consecuencia de este patrón instalado, un estudio realizado en el año 2000, sobre estrés asistencial en los servicios de salud en el que se encuestó a los profesionales de la salud revela que las principales causas de malestar en el trabajo son: la falta de reconocimiento por parte de las autoridades (señalado por el 52% de los profesionales), las condiciones de trabajo como el multiempleo, la sobrecarga laboral y la polifuncionalidad, lo cual repercute en la incapacidad de sostener un proceso racional en la toma de decisiones impactando en la calidad de atención (representa el 47 %). Otra de las causas fue la dificultad en la organización de los procesos de trabajo, ligado a la insuficiencia de recursos humanos y la inexistencia del trabajo en equipo (el 28%). La dificultad en la integración e interacción de los equipos debido a actitudes individualistas de algunos profesionales (27%) y los problemas vinculados al exceso de demanda, lo que algunos profesionales perciben como amenazante y fuente potencial de riesgos, agresiones, mala praxis (el 25%) (Di Liscia, María Laura; Huerta, Adriana; Gutiérrez, Laura. , 2000)

Por su parte, Sousa Campos, G.W plantea, que la clave para lograr calidad en salud estaría dada por la combinación de dos elementos: autonomía profesional y definiciones de responsabilidad para los trabajadores, estrechamente vinculado a la cuestión del reconocimiento (valoración de la capacidad y el trabajo profesional). “...*instaurar un nuevo orden organizacional que estimulase el compromiso de los equipos con la producción de salud, sin exigir en cambio omnipresencia u omnipotencia, pero les*

facilitasen, al mismo tiempo, la adecuada realización personal y profesional” (Campos., 1998)

A propósito, otro aspecto a considerar en este estudio es la satisfacción laboral, la cual se entiende como la actitud general del individuo hacia su trabajo. En los últimos años, el estudio de los antecedentes de satisfacción laboral ha sido uno de los más fructíferos en el campo de la psicología laboral/organizacional.

En lo que respecta a los resultados, Spector (1997), señaló en primer lugar que si la organización está orientada a tratar justa y respetuosamente a sus trabajadores, la satisfacción laboral podría funcionar como un buen indicador de la efectividad del empleado y promover buenos estados emocionales en los mismos. En segundo lugar, indicó que los comportamientos de los trabajadores dependen de sus niveles de satisfacción laboral, por lo tanto, afectará el funcionamiento y las actividades comerciales de la organización. Finalmente, postuló que la evaluación de la satisfacción laboral en las distintas unidades de la organización, puede tener como consecuencia algunos cambios o ajustes de las actividades dentro de la empresa. Más recientemente, se ha demostrado que cuando la satisfacción aumenta, se genera un terreno fértil para el desarrollo de actividades favorables hacia: la organización, sus miembros, e incluso hacia el propio trabajador (Salessi, 2014)

Para resumir, y como dice Dessors: *“el sufrimiento en el trabajo es la percepción que surge cuando la relación del sujeto con la organización del trabajo está bloqueada, cuando la cooperación está rota, la confianza se vuelve imposible, el reconocimiento sale mal”* (Dessors, 1998, pág. 163)

2. PLANTEO DEL PROBLEMA

A partir de este recorrido, bajo la problemática planteada, tras la experiencia de la autora de éste estudio, quién se desempeñó en tareas asistenciales durante cinco años en el área de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, y dado que ni en la región, ni en dicha institución se encontraron estudios que cotejen esta relación, es que la presente investigación busca conocer cómo influye la cultura organizacional en la satisfacción o insatisfacción laboral desde las perspectivas de los sujetos que allí trabajan, generando una dinámica que se transfiere a tal ámbito y al sujeto de atención, cobrando un importante impacto en el propósito, misión y visión de cualquier organización. Planteándose como pregunta directriz de investigación ¿Cuál es la relación que existe entre la cultura organizacional y la satisfacción laboral desde la percepción de los trabajadores de salud (médicos y enfermeros) que se desempeñan en la UCIN de maternidad Martín de la ciudad de Rosario durante el año 2018?

Supuesto hipotético:

El supuesto del cual parte la investigadora, que orienta el proceso de indagación y construcción del conocimiento en el presente trabajo, es que la satisfacción laboral de los trabajadores de salud de la UCIN de la maternidad, se encuentra afectada por una cultura organizacional rígida y jerárquica que la atraviesa, la cual es generadora de hábitos y rutinas que son incompatibles con los objetivos que se proponen los propios trabajadores. Planteándose como tentativa de explicación, que la cultura organizacional del efector público seleccionado impacta negativamente en la satisfacción laboral de los médicos y enfermeros que desempeñan su rol en la UCIN.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer la relación que existe entre la cultura organizacional y la satisfacción laboral desde la percepción de los trabajadores de la salud (médicos y enfermeros) del área de UCIN de Maternidad Martin durante el año 2018.

Objetivos específicos:

1. Conocer las percepciones de la Cultura Organizacional de los trabajadores de la UCIN de la Maternidad Martin, a través de las sub-categorías: profesionalismo, ilusión en el trabajo, compromiso, comunicación y mejora continua.
2. Indagar sobre la satisfacción de los trabajadores de la salud médicos y enfermeros de la UCIN de la Maternidad Martin, tomando en cuenta sus expectativas de crecimiento y desarrollo laboral.

4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Debido a la falta de investigaciones relevadas sobre esta temática puntual y para este efector en particular, el resultado del trabajo se propone como un insumo que aporte información veraz, tanto para el ápice directivo como para los trabajadores de la institución que permitan reflexionar y de ser necesario proponer estrategias de construcción de entornos laborales que permitan seguir sosteniendo la eficiencia y la efectividad laboral expresada en la asistencia de los pacientes, proponiendo a su vez, que esto se logre, en el contexto de la máxima satisfacción del personal.

5. MARCO TEÓRICO.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL A LA PROBLEMÁTICA

5.1. Cultura Organizacional

Según el diccionario de la lengua española, la cultura organizacional se define como el resultado o efecto de cultivar los conocimientos humanos y de ejercitar las facultades intelectuales, y es conceptualizada como un conjunto de valores materiales y espirituales creados por la humanidad en el curso de la historia (Acevedo, Carlos, 2004)

También se define como un “sistema de valores y creencias compartidas que dan como resultados sumas de comportamientos” (Esponda, E. P, 2012, pág. 34)

Estos conceptos dejan en claro en primer lugar, que los aportes fundamentales a la cultura son precisamente, los valores humanos agregados en cada momento histórico, por lo tanto, esto atañe a la vida de todas las organizaciones ya que están formadas por individuos y cada uno de ellos tiene una personalidad que puede ser rígida o flexible, osca, retraída o servicial, innovadora o conservadora.

Asumiendo como definición de cultura organizacional, aquella que demarca un “...conjunto de valores, creencias y principios compartidos entre los miembros de una organización” (Bris, 2000: 19), se puede pensar en una serie de características que diferencian a las organizaciones. Por lo cual, no cabe duda que toda organización tiene una historia desde su comienzo y a ella contribuyen muchos seres humanos con sus ideas, actitudes y valores que las distinguen de otras, aunque estén creadas con la misma función social (Noyola, A. G., Iglesias, F. B., & García, P, 2016)

5.1.1. La Cultura organizacional y sus significancias

Por su parte Chiavenato (2007) considera:

“La vida de las personas está conformada por una infinidad de interacciones con otras personas y con organizaciones. El ser humano es eminentemente social e interactivo, no vive aislado sino en convivencia y en relación constante con sus semejantes. Debido a sus limitaciones individuales, los seres humanos se ven obligados a cooperar unos con otros, formando organizaciones para lograr ciertos objetivos que con la acción individual, aislada, no podría alcanzar” (p.21)

Desde años anteriores, ya se sostenía que una organización existía sólo cuando las personas eran capaces de comunicarse y estaban dispuestas a contribuir en una acción conjunta, con la convicción de alcanzar objetivos comunes. (Chiavenato, Villamizar y

Aparicio, 1983). Por lo cual, debe existir una disposición para contribuir con la organización, la cual tiene que ver con la capacidad de sacrificar el control sobre la propia conducta en beneficio de la coordinación. Esta disposición a participar y contribuir con la organización varía de individuo a individuo, aún en un mismo individuo, con el paso del tiempo, configurando un sistema de contribuciones inestable, ya que cada integrante de la organización varía, es decir también es inestable, por su propia existencia como individuo y por el comportamiento y recompensa que empleen las organizaciones para incrementar sus contribuciones.

De hecho, para quien sabe ver, esta cultura puede expresarse a través de los mitos de la organización, sus héroes, leyendas, historias, jerga, ritos y rituales, es decir, se trata de valores compartidos, transmitidos por significados simbólicos como cuentos, mitos, leyendas, slogans y anécdotas y por ello, las definiciones de la cultura organizacional, en general, hacen referencia a las siguientes entidades: a) una configuración única de normas, valores, creencias, asunciones, formas de comportamiento y aquellas características sobre la manera en la cual los individuos y grupos se combinan para hacer el trabajo. b) un conjunto de significados -en gran medida tácitos- compartidos por un grupo de personas. c) un patrón de premisas básicas compartido que el grupo aprendió para resolver los problemas de adaptación externa e integración interna. d) la conciencia invisible, implícita e informal de la organización que guía el comportamiento de los individuos y por último e) los valores, creencias y actitudes relativamente estables y sostenidas que existen dentro de la organización.

5.1.2. Historia del concepto de cultura organizacional

Haciendo un recorrido histórico sobre la expresión cultura organizacional, puede decirse que el concepto fue introducido en sus inicios por Pettigrew desde una mirada antropológica de “cultura” al campo organizacional, demostrando la manera de utilizar para el análisis de las organizaciones, algunos conceptos como “simbolismo”, “mito” y “ritual” los cuales ayudan a revelar la “estructura profunda” de la organización, definiéndola como un sistema de significados pública y colectivamente aceptado por un grupo dado. (Pettigrew, 1979)

La cultura, es el resultado de la asimilación de valores y patrones de comportamiento por parte de los miembros de una organización que tienen efecto en el contexto del trabajo, y de allí que se considere a la cultura organizacional como un conjunto de programas

mentales que controlan las respuestas de un individuo en un momento dado (Hofstende, 1980).

Posteriormente, apartado de las definiciones anteriores, se plantea la delimitación del constructo desde una perspectiva psicológica, asociado a un sistema de creencias compartidas que los miembros de una organización van construyendo a partir de su experiencia como grupo, considerando que la cultura organizacional se encuentra vinculada al patrón de supuestos básicos que un determinado grupo ha desarrollado en el proceso de aprender a resolver sus problemas de adaptación externa y de integración interna.

Estos supuestos funcionaron suficientemente bien para ser considerados como válidos y son plausibles de ser enseñados a nuevos miembros del grupo como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación con estos problemas (Schein, E H, 1988)

La cultura cumple cuatro funciones importantes en las organizaciones: transmite un sentido de identidad a los miembros de la organización, facilita el compromiso hacia algo más importante que uno mismo, eleva la estabilidad del sistema social y moldea los comportamientos de los miembros.

5.1.3. Cultura y clima organizacional

Al respecto, resulta interesante, realizar una breve diferenciación entre cultura y clima organizacional los cuales son conceptos relativamente semejantes, asociadas aquellas experiencias descritas por quienes trabajan en esas organizaciones, pero la realidad es que son construcciones diferentes.

La cultura se refiere a la estructura profunda de las organizaciones, arraigada en los valores, creencias y premisas que son relativamente estables y son mantenidas por los miembros. Concebida como un conjunto de valores compartidos y normas sostenida por los trabajadores que guían las interacciones que se establecen entre pares, jefes y el público objetivo, mientras que, el clima organizacional, se encuentra arraigado en sistema de valores organizacionales, sujeto al control directo y muy limitado en aquellos aspectos del ambiente social que son percibidos por los miembros.

Para comprender la diferencia entre ambos constructos, es necesario pensar en su origen. La cultura organizacional es una derivación de la cultura en general, muy estudiada por los(as) antropólogos(as), y el clima, es ilustrado como la concepción de que, una persona es distinta de su contexto o ambiente social. Es decir, que el clima "es creado" por los gerentes (la dirección), los empleados simplemente trabajan dentro de un clima pero "no lo crean". En cambio, "los antecedentes de la cultura no separan al individuo de

su ambiente, es decir que, la cultura, es el medio y el resultado de la interacción social, es el ambiente de interacción entre los sujetos...” (Hernández Sampieri et al. 2014, pág 231)

Al considerar esta diferencia entre ambos conceptos es importante conocer y comprender los distintos modelos de cultura organizacional, haciendo un recorrido por su historia.

5.1.4. Modelos de cultura organizacional

5.1.4.1 Modelo de Valores en Competencia

El modelo de Cameron y Quinn fue desarrollado a partir de una investigación realizada para describir los principales indicadores de las organizaciones efectivas. Particularmente, este modelo considera dos dimensiones: flexibilidad, discreción y dinamismo versus estabilidad, orden y control; y orientación interna, integración y unidad versus orientación externa, diferenciación y rivalidad.

Los cruces de estas dos dimensiones producen cuatro subdominios culturales o tipos de culturas (Clan, Adhocrática, Jerárquica y Orientada al mercado). Este modelo recibió su nombre debido a que en muchas ocasiones los cuatro subdominios parecen llevar mensajes contradictorios. Es decir, en ocasiones los directivos, desean organizaciones adaptables y flexibles pero, a su vez, que sean estables y controladas, parecen ser cuatro perspectivas completamente diferentes, aunque están estrechamente relacionados y entrelazados; están compuestos con una estructura más grande: la efectividad organizacional y directiva. Los cuatro tipos de cultura emergen dependiendo del tipo de organización; por lo tanto, la concepción de Cameron y Quinn implica clases de organizaciones ligadas a sus respectivas culturas. (Cameron, K S; Quinn, R.E, 2011)

5.1.4.2 Subdominios culturales y tipos de cultura

- Clan: esta forma de organización recibe su nombre porque es muy similar al tipo de estructura familiar. Las metas y valores compartidos, cohesión, participación, individualismo colectivo son características de este tipo de cultura que hacen a las empresas. Sus miembros se perciben más bien, como una familia extensa, más que como entidades económicas. En lugar de reglas y procedimientos jerárquicos o las ganancias en los mercados, las organizaciones tipo clan se caracterizan por el trabajo en equipo, el involucramiento de los empleados en los programas y un compromiso corporativo con los trabajadores. El concepto de empowerment o empoderamiento se aplicó a esta clase de

organizaciones. Las premisas básicas de la organización tipo clan son: 1) el ambiente puede manejarse mejor a través del trabajo colaborativo y el desarrollo de los empleados; 2) los consumidores deben ser vistos como socios; 3) la organización está en el negocio de desarrollar un ambiente humano de trabajo; 4) la mayor tarea de la gerencia es otorgarles a los empleados el poder de decisión y facilitar su participación, dedicación, compromiso y lealtad. Asimismo, la cultura clan genera un clima amigable de trabajo donde los trabajadores comparten mucho de ellos mismos. Los líderes actúan como mentores y con elementos paternalistas. La organización se cimienta en la tradición y la lealtad; además de que a largo plazo enfatiza el beneficio del desarrollo individual, siendo importantes la cohesión y la moral. El éxito es definido en términos del clima organizacional y la preocupación por la gente. Elementos como el colectivismo (trabajo en equipo), la participación y el consenso resultan vitales en el interior de las organizaciones.

- Jerarquía: se asocia esta clase de cultura, a los atributos clásicos de la burocracia de Max Weber (reglas, especialización, meritocracia — supervisión mediante premios y sanciones, jerarquía, propiedad separada, impersonalidad y responsabilidad), y de los trabajos clásicos de Henri Fayol y Frederick Taylor. Tales características fueron adoptadas por empresas e instituciones cuyo mayor reto fue generar eficiencia, confiabilidad, flujos planos, resultados predecibles. En los años sesenta representó el ideal de una compañía debido a que la burocracia conducía a la estabilidad, la eficiencia y a una fuerte consistencia en la producción de bienes y servicios. Desde luego, el ambiente era relativamente estable y las tareas y funciones podían ser integradas y coordinadas; además, era posible mantener la uniformidad en los productos, los empleados y sus trabajos eran controlables. Las líneas claras en la toma de decisiones, la autoridad, las reglas estandarizadas y los procedimientos, así como el control y los mecanismos de responsabilidad fueron considerados como las llaves del éxito. La cultura organizacional compatible con esta forma de organización se caracteriza por un lugar de trabajo estructurado y formalizado, y múltiples niveles jerárquicos; ahí los procedimientos gobiernan a los empleados; además, los líderes efectivos deben ser adecuados coordinadores y organizadores. Mantener a la organización en el largo plazo, sin turbulencia, es lo más importante. Asimismo, los aspectos centrales son la estabilidad, la predictibilidad, el control y la eficiencia, sin olvidar que las reglas formales y políticas mantienen a la organización unida. Los ascensos requieren de un amplio conocimiento de las reglas y políticas.

-Adhocracia (ausencia de la jerarquía): Este tipo de organización y la cultura asociada surgieron como consecuencia de la transición de la era industrial a la era de la información. Representa un diseño sensible a las condiciones aceleradamente cambiantes (turbulentas) que caracterizan al mundo organizacional del siglo XXI. Es resultado del rápido decrecimiento de la vida de los conceptos, productos y servicios. Una de sus premisas fundamentales es que las iniciativas innovadoras y pioneras conducen al éxito. Asimismo, las organizaciones están principalmente en el negocio de desarrollar nuevos productos y servicios, y preparándose para el futuro. La principal tarea directiva es lograr que se adopten la creatividad, el emprendimiento y la actividad de "permanecer en el límite". La adaptación y la innovación son vías para conseguir nuevos recursos y lograr la rentabilidad; consecuentemente, el énfasis se coloca en la creación de una visión del futuro, una "anarquía organizada" y una capacidad de imaginación considerable. Representa un diseño organizacional de reconstrucción permanente (cambia conforme nuevas tareas y productos son requeridos). Las adhocracias son temporales, se reconstituyen rápidamente cuando se presentan otras circunstancias. Una meta esencial de la organización adhocrática es crear adaptabilidad, flexibilidad y creatividad para combatir la incertidumbre, la ambigüedad y la carga excesiva de información, típicas del mundo globalizado. Esta cultura se caracteriza por un lugar de trabajo creativo, dinámico y emprendedor; los empleados toman riesgos y el liderazgo efectivo es visionario, innovador y orientado a retos y amenazas. El lazo que mantiene a la organización unida es el compromiso con la experimentación. El énfasis empresarial se centra en ser vanguardista en cuanto a conocimiento, productos y servicios. El éxito se define en función de generar productos y servicios únicos y originales.

-Mercado: constituye otra forma de organización surgida al final de los años sesenta, conforme las compañías enfrentaron nuevos retos. Funciona como mercado, está orientada hacia el ambiente externo, en lugar de centrarse en los asuntos internos. Se enfoca en las vinculaciones con las entidades del entorno como clientes y consumidores, proveedores, sindicatos, organismos reguladores y competidores. La organización de mercado a diferencia de la jerárquica, donde el control interno se mantiene por las reglas, el trabajo especializado y las decisiones centralizadas; opera a través de mecanismos económicos y el intercambio monetario. Su mayor preocupación se centra en conducir transacciones con los agentes externos como ventas, compras y alianzas tecnológicas (los contratos son esenciales). La rentabilidad, los resultados de intercambios, la expansión de las metas y la lealtad del consumidor son los objetivos básicos de la compañía.

Consecuentemente, los valores centrales son la competitividad y la productividad, los cuales se alcanzan mediante el posicionamiento externo y el control. Las premisas fundamentales de la cultura de mercado son: a) el ambiente externo no es benigno sino hostil (es el rival); b) los consumidores son sensibles y están interesados en el costo del producto o servicio (el valor agregado es importante); c) la compañía está inmersa en el negocio de incrementar su posición competitiva; y d) la tarea mayor de la gerencia es conducir a la organización hacia la productividad, los resultados y las ganancias. Los líderes deben ser asertivos, competitivos, pensantes y demandantes. El éxito es definido en términos de participación y penetración del mercado; dejar atrás a la competencia y el liderazgo en el mercado resulta vital. Se plantea que el modelo de valores de competencia, además de especificar diseños organizacionales, culturas y valores, ordena los atributos de las organizaciones; debido a que fue formulado sobre la base de las premisas fundamentales acerca de cómo trabajan y son dirigidas las instituciones, describe otros aspectos organizacionales como los roles del liderazgo, los criterios de efectividad y las teorías administrativas asociadas más cercanamente con cada uno de los cuadrantes (Hernández S, 2014)

5.1.4.3 Modelo de Schein

Se distinguen tres niveles de cultura organizacional describiéndolos por capas: la capa exterior, que contiene el nivel cultural más visible, es decir, los artefactos, la tecnología, y los patrones de comportamiento. Allí se pueden encontrar los sistemas de jerarquía, resultados materiales, el lenguaje, entre otros. De esta manera, los patrones públicos de comportamiento y los artefactos son simples de observar, pero difíciles de descifrar. Por lo tanto, se considera que para entender a la cultura, se debe ir más allá de los comportamientos públicos del grupo.

En palabras del autor “sólo luego de que hayamos descubierto las capas más profunda de la cultura podremos especificar cuáles son los artefactos que reflejan, y cuáles los que no reflejan la cultura” (Schein, 1985)

El otro nivel, pone énfasis en los valores del grupo, los cuales funcionan como una normativa y un ancla moral que guía los comportamientos de los miembros del grupo en determinadas situaciones. Estos valores, son los que reflejan los supuestos acerca de lo que es correcto o incorrecto. Sin embargo, no se puede dejar de pensar y distinguir los valores basados en aprendizajes culturales previos y en aquellos valores que no se basan en lo aprendido previamente, los que se denominan valores adoptados.

Y por último, la tercera a la que hace mención el autor, consiste en los llamados supuestos básicos, es decir, aquellos supuestos inconscientes, que son dados por sentado y son, por lo tanto, los más difíciles de cambiar. Estos supuestos implícitos, guían los comportamientos, dirigen a los miembros del grupo a percibir, interpretar y restaurar eventos.

Este modelo, distingue dos funciones principales de la cultura organizacional: la adaptación externa y la integración interna. La primera de ellas, refiere al proceso de alcanzar las metas y lidiar con los agentes externos. Mientras que la segunda se vincula con la creación de una identidad colectiva y las formas de enlazar métodos para trabajar y vivir juntos. Esto ayuda a los miembros de la organización a filtrar los estímulos ambientales, interpretarlos, y actuar en base a esta interpretación.

El modelo de Schein, ofrece una explicación clara de los procesos culturales que dan lugar a la innovación organizacional, especialmente en las empresas de servicios (Schein, 1985)

5.1.4.4. Modelo tridimensional de la cultura

El Modelo tridimensional de la cultura considera tres dimensiones: penetración, intensidad psicológica y fortaleza de consenso. Permite analizar la cultura general de una organización a partir de la fuerza de consenso en la misma, es decir, del grado en el que las percepciones, actitudes, conductas, valores y creencias son compartidos por los distintos miembros que integran una organización. En función de ello, Payne ha criticado el supuesto sobre la cultura organizacional según el cual los miembros de las unidades de trabajo comparten sus percepciones, valores y creencias; al poner de manifiesto que el consenso, es un elemento importante para describir y entender la cultura organizacional (Payne, 2001)

5.1.4.5. Modelo de Denison

Se describen cuatro rasgos fundamentales de la cultura organizacional, cada uno con sus subdimensiones a saber: en primer lugar, el involucramiento, definido como el empoderamiento, la construcción de la persona alrededor de los equipos y el desarrollo de la capacidad humana. Esta dimensión considera el compromiso de los trabajadores y su influencia en los ámbitos organizacionales. Este rasgo es susceptible de ser observado en sus tres subdimensiones: empoderamiento, orientación al equipo y desarrollo de capacidades. En segundo lugar hace referencia a la Consistencia, considerada como el comportamiento de los individuos, el cual se fundamenta en el conjunto de valores centrales de la organización. Las

organizaciones que poseen esta característica, tienen una cultura distintiva y fuerte que influye significativamente en el comportamiento de las personas. Este rasgo puede ser observado en valores centrales, de acuerdos, coordinación e integración. En tercer lugar la Adaptabilidad, la cual permite que la organización responda a aquellos cambios en el entorno y de respuesta a las nuevas exigencias de los clientes. Esto permite considerarse que las organizaciones bien integradas, son las más difíciles de cambiar. En contraposición, las organizaciones adaptables asumen riesgos, aprenden de sus errores y tienen experiencia en la creación del cambio. Este rasgo, sin duda garantiza un aprendizaje organizacional. Y por último, la Misión, que hace referencia, al sentido de propósito que define las metas organizacionales y los objetivos estratégicos. Puede ser expresado en la visión de lo que la organización quiere ser en un futuro.

Estos cuatro rasgos propuestos por Denison, están establecidos sobre un plano cartesiano definido por dos dimensiones ortogonales (los ejes): una comprendida entre el enfoque interno y el enfoque externo; y la otra entre la orientación a la estabilidad y a la flexibilidad.

Estas dos dimensiones y los rasgos que se derivan caracterizan el conjunto de tensiones que pueden presentarse en una organización. Por una parte, están las tensiones entre estabilidad-flexibilidad y los intercambios entre el enfoque interno-externo y, por la otra, las tensiones diagonales entre la consistencia interna y la adaptación externa, y entre el despliegue de la misión de arriba hacia abajo y el involucramiento de abajo hacia arriba.

Según Denison las organizaciones efectivas encuentran una forma de resolver estas contradicciones dinámicas, sin caer en el simple cambio (Denison et al.2003)

5.1.4.6. Modelo cultural

Se centra en los valores culturales, pone el foco en las normas entendidas como los estándares socialmente creados, que emergen de los valores de una organización. Estos valores culturales se articulan y relacionan en ocho factores: innovar y tomar riesgos, atención al detalle, orientación a resultados, agresividad y competitividad, apoyo, énfasis en el crecimiento y en las recompensas, colaboración y orientación al equipo, y decisiones.

La cultura organizativa según este modelo y estos autores, cumple una serie de funciones dentro de las organizaciones, definiendo los límites, ayudando a distinguir una organización de otra. Permitiendo a los integrantes desarrollar una sensación de identidad, facilitando la aceptación de un compromiso con algo que supera los intereses personales y mejorando la estabilidad del sistema (O' Relly, C. A; Chatman, J; Caldwell, D. F, 1991)

5.1.4.7. Modelo de orientación cultural

Se identifican cuatro valores básicos: (a) Distancia al poder: el grado en que los miembros menos poderosos de la sociedad esperan que el poder se distribuya de manera desigual. Es por eso que en países con gran distancia al poder las organizaciones tienden a ser más centralizadas, con relaciones jerárquicas estrictamente reglamentadas, normalizando la existencia de privilegios y desigualdades en relación a los salarios. Mientras que en los países donde existe poca distancia al poder, las relaciones interpersonales son más democráticas, se perciben relaciones de igualdad, pese a la posición que cada uno ocupa, y los empleados sienten derecho a criticar las decisiones de las personas que ostentan mayor poder dentro de la organización.

(b) Evitación de la incertidumbre: el grado en que los miembros de una cultura perciben y reaccionan frente a situaciones o amenazas desconocidas. Este punto refleja la necesidad de predictibilidad y de reglas, tanto escritas como implícitas. Así, las culturas con alta evitación de la incertidumbre, muestran conductas basadas en reglas con una marcada tendencia a ser inconsistentes, poco claras y complicadas. Mientras que, las culturas donde existe poca evitación de la incertidumbre, las reglas se establecen sólo cuando son necesarias.

(c) Individualismo-colectivismo: hace referencia, a las relaciones que un individuo mantiene con su grupo. Las culturas colectivistas, se caracterizan porque sus miembros tienen fuertes vínculos, y dicha lealtad, es traducida en protección. En cambio, los miembros de culturas individualistas mantienen lazos más débiles, confiando más en sí mismos que en el grupo de pertenencia.

(d) Orientación a largo plazo o dinamismo: esta dimensión hace referencia a una cultura orientada al futuro, positiva, dinámica y ligada a cuatro valores positivos: perseverancia, el orden, la economía, y el sentido de vergüenza. El lado positivo de esta orientación refleja una mentalidad orientada al futuro, mientras que los valores del lado negativo reflejan una mentalidad tradicional y estática.

(e) Paternalismo y fatalismo. La primera, hace mención al grado en el que las autoridades ofrecen orientación, apoyo y protección a sus subordinados, quienes retribuyen lealtad y respeto. Mientras que el fatalismo, se vincula con la creencia de no poseer el control sobre el resultado de las propias acciones, lo que transforma en inocuos los esfuerzos por alcanzar las metas propuestas.

El modelo de Hofstede entiende que la cultura, como programación colectiva de la mente, se manifiesta de diferentes formas. De esta manera, hay cuatro términos que describen

las manifestaciones de la cultura y cubren todo su concepto: símbolos, héroes, rituales y valores. Los símbolos representan la capa más superficial de la cultura y los valores la más profunda, quedando los héroes y los rituales en medio de las dos.

Los símbolos son palabras, gestos, imágenes u objetos que tienen un significado concreto, y son solo reconocidos por aquellas personas que comparten la misma cultura.

Los héroes por su parte son personas, reales o imaginarias, que tienen características muy importantes para la cultura, por lo cual, actúan como modelos de comportamientos.

Los rituales son actividades colectivas, que se realizan para alcanzar los fines deseados, y son socialmente esenciales dentro de una cultura, es decir, tienen sentido por sí mismas. Algunos ejemplos de ello son, las distintas formas de saludo, formal o informal, o las ceremonias sociales y religiosas.

Los símbolos, los héroes y los rituales, en su conjunto constituyen las “prácticas organizacionales”. Éstas resultan visibles para un observador externo, sin embargo, su significado cultural no es necesariamente notorio y reside en el modo en el que los participantes de la cultura en cuestión interpretan dichas prácticas. De esta manera, el núcleo de la cultura, lo constituyen los valores, reflejados en el modo de actuar que las personas tienen en determinadas circunstancias.

Este modelo, resulta ser muy valioso cuando se pretende dilucidar sobre aspectos como, la sensibilidad de las organizaciones en términos de equidad en el trato, la adopción de prácticas organizacionales saludables, el poder predictivo respecto del bienestar de los trabajadores, el énfasis en las relaciones interpersonales y el trabajo colectivo, la importancia de establecer metas, pensar a futuro, el otorgar apoyo y contención, el establecer prácticas organizacionales, a través de las palabras, los gestos, los objetos, las personas, las actividades colectivas, teniendo presente cada uno de los valores, que hacen al núcleo de la cultura y que se reflejan nada más y nada menos, que en el modo de actuar, en el comportamiento de las personas que integran las organizaciones.

Por otro lado también existe una clasificación de las culturas organizacionales en relación a los tipos de culturas, a través de caracterizaciones cualitativas binominales que no surgen de los modelos mencionados a priori. Entre ellas, se menciona, la distinción binaria entre, una cultura fuerte que proporciona un claro sentido de identidad con el personal, donde todos los miembros conocen las metas organizacionales y trabajan en pos de alcanzarlas, relacionándose con un alto desempeño al facilitar la consistencia interna, y una cultura débil, carente de valores, con prácticas poco definidas y que posee poca influencia sobre las conductas de los empleados. (Hofstede, 1980)

Otro aspecto a considerar tiene que ver con la relación de los directivos de los sistemas de salud con las organizaciones, de la cual se mencionan cuatro patrones de comportamiento: 1-Autocrático: “basado en los supuestos de los jefes, fundadores, directores que tienen el “poder y el deber de ejercerlo sin consultar a nadie”. 2-Paternalista: quienes están en el poder tienen el deber de cuidar, proteger y tutorar a quienes no gozan de autoridad, sin que los subordinados participen. 3-Participativo/ delegativo: “el talento y la información existen en todos los niveles y departamentos de la organización; es necesario compartir y delegar el poder a los profesionales operativos. La descentralización y la autonomía profesional son propios de este modelo cultural”. 4-Colegiado: “todos los miembros de la organización son socios y las responsabilidades se reparten por igual”. Los colegios médicos, son ejemplos de este modelo de comportamiento (Hofstede, 1980)

El estudio de las diferentes culturas ayuda a comprender las relaciones de poder, los entendidos verbales, lo que es tenido como verdadero o valioso. La cultura impuesta es un modo de conformar conductas, modos de convivir y estilos de trabajo, de convivir, y no es raro que los directores autócratas pasen por alto las diferencias culturales, los antagonismos y las discrepancias, de ese modo se anula la reflexión crítica y se reduce al mínimo la participación activa de los subordinados, que hasta entonces, reciben un trato de empleados sumisos. En cuanto a la acción de delegar, la misma consiste en asignar a otra persona la autoridad formal y la responsabilidad para desempeñar ciertas actividades.

Esto ayuda a tomar mejores decisiones, porque los profesionales operativos tienen una visión más clara de los hechos y de las posibles soluciones. Es interesante incorporar en los gestores, que la delegación acelera la toma de decisiones y a su vez motiva a los operarios, estableciéndose un sistema flexible de retroalimentación.

“La delegación sólo funciona cuando el equipo de salud está integrado y existe confianza recíproca” (Zeballos, R.C 2018, pág 26)

5.1.5. La cultura como problema estratégico

“No hay un malestar en la cultura, hay algo más grave que eso que es una contradicción interna de muy difícil resolución, dado el rumbo que ha tomado el desarrollo tanto en los países capitalistas como en los socialistas en las últimas décadas”. (Testa, Mario, 2007)

La cultura tiene dos aspectos; la cultura técnica por un lado, configurada en la fase productiva, es decir la forma en la que cada uno se gana la vida. Y por otro lado la cultura

no técnica, configurada en la fase reproductiva, la cual se refiere a los saberes y las prácticas, los comportamientos, la cual tiene que ver con lo que se hace con la vida que cada uno se gana.

La cultura técnica de un trabajador productivo se diferencia de la del consumidor, en sentido que se trata de una práctica y un saber que se manifiesta a través de su trabajo abstracto y de su trabajo concreto, es decir se relaciona tanto con la maquinaria que debe manejar como con sus compañeros de trabajo, creando las condiciones de trabajo abstractas.

La cultura que no es técnica proviene de orígenes más remotos, enraizados en la historia y adquiere otras características como las motivaciones, que son las que orientan los comportamientos de la vida cotidiana. Esta cultura, queda definida de acuerdo a las actitudes que las personas tienen en las cuestiones cotidianas que lo inciden.

La influencia de las actividades, vivencias como las relaciones intrafamiliares, con el trabajo, el uso del tiempo libre, educación, deporte, etc. Estas vivencias en países de larga y densa historia tienden a mantenerse a través del tiempo sin dar lugar a ningún tipo de cambio. Tratándose de países con una cultura autónoma.

“Cuando no se ha forjado una cultura autónoma se carece del marco de referencia que nos permite pensar en el futuro, con todos los inconvenientes de inseguridad y desorientación y todas las ventajas de libertad de acción que ello implica. Hay culturas que por haber sido exitosas en algún momento, se cristalizan y transforman en un elemento de resistencia al cambio, lo cual resulta desventajoso si lo que se desea o se necesita es cambiar” (Testa, 2007:89)

Es aquí cuando la cultura se transforma en un verdadero problema estratégico. Y no solo eso sino que también es vital, la existencia de una sociedad depende de la respuesta que se le dé. Es decir que no hay respuestas únicas, ni soluciones que pueda investigar un planificador, sino procesos que pueden ser desencadenados desde el manejo de ciertos resortes de poder. Es mucho más difícil actuar en el terreno de la cultura, es un proceso mucho más complejo, se debe realizar a nivel colectivo pero a través de la reflexión individual.

Por lo tanto crear cultura es elaborar duelos. Después de elaborado el duelo se puede dar respuesta a las preguntas que permiten transitar el camino hacia otras formulaciones posibles (Testa, 2007)

5.1.6. Diagnóstico de la cultura organizacional

El avance tecnológico y la globalización de la economía, orientan e impulsan cambios dentro del mundo del trabajo organizado y por ello no extraña que, los objetivos provenientes de las organizaciones tanto públicas como privadas, planteen, por un lado, garantizar el equilibrio de la organización (mediante la construcción de mecanismos reductores de ansiedad) y por el otro, la generación de significados compartidos, que impacten en la conducta deseada de los miembros de las organizaciones. Existe la necesidad emergente de debatir la reconceptualización del fenómeno de la cultura organizacional, llevándolo al debate, para lograr mayores elementos para la construcción de métodos diagnósticos y de intervención, en un esquema participativo, enfatizando, no solo el conocimiento de la cultura de una organización, sino la comprensión de la misma.

El interés por diagnosticar la cultura, está ligado a la necesidad y el éxito, enfocado en los objetivos empresariales, pero siempre dejando de lado el aspecto humano de los individuos que la conforman, así como la comprensión de la cultura en su nivel más profundo. Este nivel profundo, resulta ser tan importante como el nivel superficial donde se toman las decisiones estratégicas, ya que es el que aporta la información que permite comprender y explicar la cultura.

Por consiguiente, es válido pensar, que en el interior de las organizaciones existen múltiples culturas. Algunos autores hacen alusión a la llamada cultura de grupo, aunque aún hoy sigue siendo poco clara. Por lo cual urge la necesidad de pensar en nuevos conceptos que esclarezcan y especifiquen su significado. El concepto de cultura de grupo, de “subcultura” o “micro cultura”, refiere a una dimensión de la cultura, pensada como bifurcación de la interacción de esas subculturas iniciada en las primeras etapas de ciclo de vida de una organización. También suele denominarse este concepto de cultura de grupo como “ideocultura”, refiriéndose a un sistema de conocimientos, creencias, comportamientos y costumbres compartidas por los miembros de un grupo. Resulta interesante incorporar a estos, los valores y supuestos básicos, que son en sí, los referentes de todo grupo.

Esta idea de pensar en nuevos conceptos, se asocia a la realidad de que las investigaciones sobre cultura organizacional enfocadas a los grupos o subgrupos, como portadores o posibles creadores de ella, aún está muy limitada. Siendo esta, pensada como un atributo unitario, también limitada de ser comprendida desde sus múltiples componentes. Para esto, se deben remover los paradigmas vigentes y tomar en cuenta los

procesos de interacción de los grupos que conforman, que hacen, construyen y modelan la cultura propia de cada organización en la que están inmersos (Edwards, 2013).

5.1.7. Pensamiento estratégico

Este término de origen militar, se relaciona con comportamientos organizacionales destinados al manejo de situaciones en la que se deben superar aquellos obstáculos que se oponen al logro de los objetivos. Algunas de las alternativas interesantes que ejemplifican la idea de estrategia son; ganar espacio, ganar tiempo, establecer condiciones favorables de desempeño. “La estrategia es una maniobra destinada a ganar libertad de acción”.

La realidad es que si bien este término se incorpora cuando se debe confrontar algún enfrentamiento, no quiere decir que se puede actuar en situaciones de enfrentamiento sin pensar estratégicamente, esto sin duda conduce al fracaso de esas propuestas que se dan en el medio de esas circunstancias de conflictos.

Por esta razón es que últimamente se habla de administración estratégica, que surge de los reiterados fracasos de la planificación normativa a la cual Carlos Matus hace agudas críticas y tiende a superar el pensamiento anterior, haciendo frente a circunstancias complejas y conflictivas. Esta incorporación tiene que ver con una nueva manera de pensar cuando los conflictos no pueden ser resueltos por los procedimientos anteriores (Testa, M 2007)

5.1.8. Planificación estratégica

El enfoque estratégico en el campo de la salud es necesariamente una intervención en el campo de lo social, y esto supone inevitablemente establecer un espacio multidimensional, heterogéneo, fragmentado, en el cual es relevante la presencia de otros que actúan, piensan, deciden. Esa relación con otros se vuelve entonces un eje vital que dinamiza y da sentido y direccionalidad a los procesos (Rovere, 2006). La relación entre actores y la vinculación, es el punto de partida de cualquier accionar, y constituye la premisa central en la planificación- gestión- evaluación. Permite confrontar y acordar visiones, objetivos y acciones, poniendo en juego la propia identidad y subjetividad de cada actor. Tal como expresa Rovere (2005) “No se pueden ignorar las subjetividades si se pretende alcanzar algún grado de objetividad; no se podría ser riguroso en el conocimiento de la realidad si se ignora algo que la realidad hace evidente”. (Rovere, 2005, pág. 26)

Pensar y actuar desde este enfoque requiere y provoca sin dudas, un cambio en la cultura de las organizaciones, generando en el transcurso del proceso resistencias y conflictos, pero en los casos en los que logra superar los obstáculos se promueven espacios

de mayor autonomía y de democratización, espacios de diálogos y de intercambio de saberes esos obstáculos se superan y los procesos se transitan de una manera más saludable. Cuando se piensa en una acción planificada, se debe tener presente que esta requiere de propósitos, procedimientos y formas de organización de las instituciones, como también requiere para su justificación y evaluación de los resultados para determinar lo que se logra alcanzar de acuerdo a los propósitos pautados. Al mismo tiempo deben considerarse, algunas alternativas básicas que hacen a este enfoque como: pensar la planificación como un campo interactivo de actores, proyectando “con los otros”, en lugar de “para los otros”, establecer objetivos a largo plazo, futuristas, que motiven y den sentido a la cotidianeidad de la práctica, fortalecer los grados de libertad y autonomía sobre los determinantes más estructurales, institucionales y políticos e incorporar la autocrítica como generadora de nuevas alternativas.

“La producción de políticas, las relaciones sociales y los procesos de trabajo son aspectos significativos que se interrelacionan y pueden dar cuenta del éxito o fracaso de una experiencia de gestión en el ámbito público. Estas consideraciones que se proponen desde el enfoque estratégico permiten establecer nexos con las ideas y caracterizaciones que se han venido discutiendo en torno a las nociones de gobernabilidad y buen gobierno” (Rovere, 2005. p 7).

El desarrollo humano sustentable y el buen gobierno son conceptos inseparables. El desarrollo humano sustentable implica que las personas, los ciudadanos, están en el centro del pensamiento político, todas las personas tienen igualdad de oportunidades. Pero para ello es necesario, un buen gobierno, es decir, que se definan adecuadamente los procesos y estructuras que orientan las relaciones políticas y socioeconómicas, a través, de la asignación y gestión de los recursos para poder dar respuesta a problemas colectivos. (Rovere, 2005).

La planificación estratégica, es la planificación democrática o anti autoritaria, a través de la cual se le adjudica un carácter despectivo a la “planificación normativa”, que rigió durante años, provenientes del campo militar, político económico; cuya expectativa estaba focalizada en la planificación económica y social (solo educación y salud), la cual atravesó una importante crisis al confrontar con una realidad cambiante, que exigió pensar en nuevos paradigmas de planificación. De allí surge este nuevo paradigma de planificación estratégica.

La planificación tradicional ha tenido mucho éxito en marcar la cultura institucional. “este imaginario normativo podría estar reforzando los límites artificiales entre lo técnico y

lo político, generando pasividad y bajo compromiso, trasladando la resolución de todos los problemas y conflictos al “nivel superior” de la organización, consagrando una cultura autoritaria”. (Rovere, M 2006 p29)

El desarrollo del enfoque estratégico requiere del apoyo de una cierta formulación metodológica, no enfocada en pasos y etapas de planificación, sino orientada en una metodología que debe ser construida en cada situación y ámbito concreto, al igual que ocurre en la investigación social, donde la metodología no se aplica, se construye.

Cuando se interroga “¿quién planifica?”, la respuesta está en; todos aquellos que toman decisiones, que son decisores y que tienen responsabilidades de gobierno, en sentido político y administrativo. Es decir, planifica quien gobierna, cuando se habla de gobierno, este abarca tanto la función política, como la conducción de instituciones y el gobierno que cada individuo o sujeto hace de sus propias gradas de libertad.

5.1.9. Planificación estratégica de recursos humanos

...”constituye un enriquecimiento teórico- conceptual y metodológico de la reflexión y el cálculo por parte de todos aquellos sujeto que, individual o colectivamente participan tomando decisiones trascendentes o a lo largo de un extenso proceso. Tal proceso va desde comienzo de la formación de un nuevo personal de salud hasta la generación de condiciones que permitan el mayor o menor aprovechamiento social de su capacidad para brindar servicios directos o indirectos de salud, para participar activamente en los proyectos de cambio y en la adecuación de esos servicios, y para expandir sus propias posibilidades mediante las oportunidades sistemáticas de aprendizaje y perfeccionamiento individual y grupal”. (Rovere, 2006 p39)

5.1.10. La planificación normativa criticada por Matus

En la planificación normativa, lo central, lo primordial, es la existencia de un gobierno, un gobernante que planifica sus decisiones en base a intereses económicos y políticos propios. Es decir, solo existe un actor, que es el gobierno, cuyas propuestas son y deben ser adoptadas por el resto de los actores a los cuales no se los ha tenido en cuenta, salvo al momento en que estos deben cumplir el plan tal como se indica que deben hacerlo.

La propuesta de Matus, plena de originalidad y actitud constructiva, tiene sus raíces en el marxismo (ideología dominante de la burguesía; el poder sobre la clase obrera), sobre todo en lo que refiere a los aspectos esenciales (estructuras, leyes) que incluye al que domina, bajo un modo de producción dominante.

Su crítica sostiene que la planificación normativa “no permite comprender la manera en que son generadas las estructuras de base en el interior del sistema social, del cual son un producto, y tampoco la manera en que estas estructuras de base determinan (acotan) las posibilidades del fenómeno”. (Matus, C et al, 2006 p 123)

Esto significa que en este tipo de planificación no es posible proyectar para el cambio ya que no se entiende su dinámica ni su meta, puesto que las relaciones con las estructuras de base permanecen ocultas. A partir de aquí es que Matus construye su propuesta como variante de la planificación estratégica, sobre la noción de “situación”, comúnmente definida como el lugar donde está situado el actor y la acción. Las formas en que se relacionan estos, permite entender la manera en que cada actor define y delimita la situación, es decir, la realidad en función de sus propósitos. Esta categoría “situación”, permite planificar estratégicamente, lo que el autor denomina “planificación de situaciones”, que tiene que ver con “el diseño de cambios situacionales en un contextos de fuerzas oponentes.”

5.2. Satisfacción Laboral

La teoría de la organización en la escuela del comportamiento, ha sido un enfoque que ha marcado la importancia de las ciencias del comportamiento en la teoría administrativa frente a la búsqueda de soluciones democráticas y flexibles a los problemas organizacionales, manteniendo siempre el énfasis en las personas y abandonando las otras anteriores ligadas a un posicionamiento más normativo. Este enfoque del comportamiento tiene sus raíces en las ciencias de la conducta y fundamentalmente en la psicología organizacional

Entre varios de los autores que han fortalecido y que se han incorporado a este enfoque que busca establecer nuevas proposiciones sobre la motivación humana, se puede mencionar con un rol importante la teoría de Abraham Maslow basada en la jerarquía de las necesidades, la que establece ciertos presupuestos, entre ellos, se menciona que cuando el nivel inferior en la pirámide de necesidades está satisfecho, es cuando en el nivel inmediatamente más elevado surge el comportamiento, y que cuando las necesidades del nivel inferior están razonablemente satisfechas, las necesidades de los niveles más elevados comienzan a dominar el comportamiento.

Maslow presenta en forma de pirámide (jerarquía), la satisfacción y no satisfacción (frustración) de las necesidades básicas. Dentro de la pirámide presenta cinco necesidades. En la base se encuentran las necesidades fisiológicas (remuneración), si es adecuada

permitirá satisfacer las necesidades básicas, pero si es inadecuada y hay limitaciones en el lugar de trabajo, tal necesidad estará insatisfecha.

Luego presenta la necesidad básica de seguridad, donde el tipo de trabajo y el ambiente de trabajo bien estructurado, así como las políticas estables y previsibles generan satisfacción, mientras que lo contrario genera no-satisfacción. En tercer lugar de la pirámide está representada la necesidad social (amor), en donde la satisfacción y la insatisfacción están ligadas a la elevada o baja interacción y relación con colegas, jefes y subordinados.

En cuarto lugar se presenta el estigma (ego), la cual hace énfasis a prestigio de la profesión, status y la sensación de desigualdad. Y por último y en la cima de la pirámide se presenta la necesidad básica de autorrealización en donde el éxito en la profesión y el placer en el trabajo está ligado a la satisfacción de las personas, mientras que las frustraciones producto del fracaso en la profesión o la insatisfacción en el trabajo reflejan la no satisfacción de los sujetos.

Otra teoría es la de Frederic Herzberg, el cual menciona dos grupos de factores en las organizaciones. Un grupo denominados factores higiénicos, extrínsecos o no motivacionales (sentimiento del individuo en relación a las condiciones de trabajo, al salario, a las relaciones interpersonales y beneficios y servicios sociales), que son los que no generan motivación y solo pueden provocar situaciones que logren que las personas hagan énfasis en el manteniendo del trabajo.

Y otro grupo denominado factores motivacionales o intrínsecos (sentimiento del individuo en relación al trabajo que realiza, reconocimiento, progreso profesional, responsabilidad) que son los que provocan el efecto de la motivación en los individuos. También propone el enriquecimiento de tareas o del cargo para proporcionar motivación continua en el trabajo.

Por otro lado se encuentra la teoría X y la teoría Y de Douglas McGregor, donde la teoría X dice que los sujetos son personas, que evitan el trabajo y la responsabilidad y necesitan ser controladas y dirigidas. Es decir que estas personas no tienen ningún tipo de iniciativa, su única motivación en el trabajo es el aspecto económico.

Mientras que la teoría Y abarca a personas que se esfuerzan, que les gusta su trabajo, que buscan y aceptan responsabilidades y desafíos, que son creativas y competentes y que pueden ser auto motivadas y auto dirigidas. Su motivación va más allá del salario.

Y entre tantos otros autores en relación a la teoría del comportamiento, se menciona por ultimo a una de las figuras más destacadas de este grupo, Herbert Simón, con quien

nace la teoría de la decisión, ya que este autor consideraba a la organización como un sistema de decisiones, donde cada persona participa racional y conscientemente, escogiendo y tomando decisiones individuales.

Él incorpora la figura del “hombre administrativo” en lugar del “hombre económico” de las teorías clásicas. Este hombre administrativo posee una racionalidad limitada, buscando una manera satisfactoria sin la necesidad de que sea la mejor manera de hacer sus trabajos. Entonces, el comportamiento administrativo busca satisfacer y optimizar, el hombre administrativo toma decisiones buscando no el lucro máximo, sino el lucro necesario.

Con respecto al comportamiento organizacional, se trata del estudio del funcionamiento y de la dinámica de las organizaciones y de cómo los grupos y los individuos se comportan dentro de ella, por lo tanto es una ciencia interdisciplinaria.

Por su parte el investigador, Chris Argyris identifica dos tipos de individuo: los inmaduros (pasivos, dependientes, objetivos superficiales, expectativas a corto plazo) y los maduros (activos, independiente, objetivos precisos, expectativas a largo plazo). Postuló que la organización formal de las empresas tienden al autoritarismo y controles estrictos que llevan a los empleados a que no evolucionen y adquieran características propias de un individuo inmaduro. (Argyris, 2000)

Considerando que la idea más apropiada es que el trabajo sea significativo y para que ello suceda el empleado tiene que percibir que participa en la identificación y resolución de problemas, y que puede intervenir en la organización, planificación y control de su actividad. De este modo se sentirá motivado y percibirá sus propios logros y la organización alcanzara sus objetivos.

Pero una teoría actual y de permanente uso y aplicación en las empresas modernas, es la teoría del desarrollo organizacional mencionada también por Schein, caracterizada por el desdoblamiento práctico y operacional de la teoría del comportamiento en camino al enfoque sistémico, incluyendo cuatro variables que se interrelacionan: el medio ambiente, la organización, el grupo social y el individual (Lemus, et al , 2014:107)

Es una respuesta de la organización a los cambios de un esfuerzo educacional muy complejo, destinado a cambiar actitudes, valores, comportamientos, y la estructura de la organización, de manera tal que esta pueda adaptarse mejor a todo lo nuevo que se presenta dentro de un ambiente dinámico y de mutación permanente.

La vida cotidiana de cada individuo gira en torno a las organizaciones. Todos saben lo que es trabajar o estar en una organización. Todas las sociedad a través del tiempo, acaban por crear organizaciones y estructuras necesarias para su funcionamiento.

Sin duda las organizaciones, se tratan de sistemas formados por personas, con una estructura deliberada, límites precisos que tienden a un fin. El hecho de estar formadas por personas, no es menor ya que el éxito de cualquier empresa radica en la capacidad para atraer, motivar y retener a las personas adecuadas.

No obstante esto, muchas personas sienten que al final del camino las organizaciones se han llevado lo mejor de sus vidas sin darles demasiado a cambio.

La realidad es que ninguna empresa contrata individuos para satisfacer el objetivo de estos, por el contrario su único objetivo es la rentabilidad y el crecimiento continuo. Pero a su vez el sujeto cuando ingresa, ingresa con objetivos propios que seguramente son diferentes a los de las empresas. Aunque al individuo por lo menos al principio tampoco le interesa los objetivos de la empresa, quizás esto suceda más adelante o nunca.

Por lo tanto comienza a tratarse de una convivencia o de una suerte de contrato psicológico. Es decir que cada individuo tiene sus propias expectativas personales y la organización posee otras tantas que deben acordarse. Es a esta combinación que se llama “contrato psicológico”, ya que no corresponde a un contrato formal escrito. Este contrato consiste en que la organización tiene que remunerar, dar seguridad y un puesto de trabajo al empleado, mientras que este debe desempeñar sus tareas.

Como la motivación de la persona tiene que ver con el efecto de esta relación contractual, es necesario que se conozcan las expectativas de uno y de otro. Y a su vez este contrato debe ser dinámico ya que las expectativas tanto de los empleados como de las organizaciones van cambiando.

Se trata fundamentalmente de llegar a un acuerdo. Y esto tiene que ver con negociar y cuestionar las expectativas permanentemente.

Tanto los individuos como las organizaciones se encuentran en un contexto, en un país que posee cultura, valores, costumbres, una situación social y económica determinada que se deben poner en juego cuando se decide estudiar la motivación. Es decir, que para estudiar la motivación de las personas en el trabajo, es preciso tener presente que interactúan las características personales y su entorno.

La cultura argentina, dentro de un contexto occidental, no se caracteriza por el trabajo grupal y por tomar decisiones consensualmente. Por lo tanto el incentivo que se proponga en una cultura con estas características, donde se busque que se trabaje en equipo,

deben contemplar este hecho y elaborar incentivos tan creativos que muevan a las personas actuar de esa manera (Lemus, J et al, 2014)

Para concluir, la valoración que el trabajador realiza de su satisfacción laboral se encuentra signada por componentes afectivos. Por lo tanto, si los empleados tienen sentimientos agradables y positivos en el trabajo sus actitudes hacia el mismo serán definidas como satisfacción laboral. De otra manera, si los empleados tienen sentimientos negativos y displacenteros sus actitudes hacia el mismo serán definidas como insatisfactorias (Agüero et al, 2014)

5.3. Gestionar en salud

5.3.1. Gobernabilidad y gobernanza: dos definiciones opuestas

Dado que su utilización como sinónimos es una incoherencia conceptual, se hace necesario esclarecer las diferencias entre ambas nociones, y en este sentido, mientras que “gobernabilidad” refiere a la capacidad de un sistema sociopolítico de gobernarse a sí mismo en el contexto de otros sistemas más amplios de los que forma parte, el término “gobernanza” refiere a procesos colectivos, interacción entre sujetos, dinámicas de procesos y reglas, con lo cual una sociedad determina su conducta y toma y ejecuta sus propias decisiones (Báscolo et al, 2006. p 66)

Hay modos de gobernanza de las organizaciones caracterizados por procesos de producción, ligados a las teorías económicas, que buscan permanentemente la eficiencia y se centran en la capacidad de adaptaciones de las estructuras organizativas a los contextos cambiantes. Los modos de gobernanza son producto de la dinámica de la economía política y las normas sociales del momento. Por lo cual, cada actor estratégico seleccionara la forma de regulación adecuada para dar respuesta a quien y donde la tenga que dar. Y es por ello, que no deben ser interpretados como una clasificación estática, sino como un instrumento analítico con capacidad para construir clasificaciones y dinámicas de cambio.

Otro modo de gobernanza, tiene que ver con la legitimización de la construcción institucional como proceso colectivo, predominando la equidad. En este caso, los trabajadores no sólo tienen intereses particulares, sino también valores sociales. La diversidad y conflictividad entre los intereses y valores se resuelve por medio de los mecanismos de regulación, “arreglos institucionales”.

A continuación, se mencionan distintos modos de gobernanza:

1-Modo de gobernanza basado en el Mercado: es el proceso social de construcción de normas sociales, el cual alberga una disputa de intereses y valores que se resuelve (o modera) a

través de mecanismos de regulación que influyen sobre la determinación de la distribución de recursos (dinero y autoridad) y en los valores en pugna. Por esta razón, la caracterización de diferentes modos de gobernanza requiere del análisis de los actores estratégicos con influencia sobre la determinación de los mecanismos de regulación utilizados, los niveles o espacios de su formulación e implementación y los puestas en juego que expresan la disputa de economía política vinculada con el proceso social bajo estudio.

2-Modo de gobernanza basada en jerarquía: tiene mecanismos de regulación basados en reglas y normas burocráticas de la organización. Los actores hegemónicos, de mayor poder son quienes están al mando y llevan el control, marcan la autoridad formal. Desarrollan un monitoreo permanente de los proceso de producción y sus mecanismos de regulación se basan en estándares de producción. Su mecanismo de regulación se forja en las normas burocráticas.

“Este modelo puede extenderse hasta la creación de nuevas entidades reguladoras en el contexto de una red. El actor o la organización con un rol relevante o influyente sobre la producción de las normas de regulación tendrán influencia sobre la distribución del poder al interior del mapa de actores que integran la trama social y productiva de servicios de salud” (Báscolo et al.2006 p 16)

3-Modo de incentivos de gobernanza: estas estructuras a diferencia de las burocráticas que restringen la conducta de los sujetos, se focalizan en las conductas de acuerdo a los intereses de los actores, buscando su coherencia con los objetivos de la organización. Estos incentivos van a variar de acuerdo al tipo de contrato, modalidad de pago, etc. Pero son muy bien utilizados bajo la estrategia de retribución del trabajo de acuerdo a los resultados obtenidos, escalafones, carrera profesional, etc.

La factibilidad de este modo depende de la capacidad de las organizaciones de contar con información que soporte las evaluaciones y decisiones orientadas a la aplicación de los incentivos.

4-Modo de gobernanza basada en valores: en este caso, se destacan valores compartidos como, la adaptación mutua a través de comunicación face to face, la creación de espacios participativos de trabajo, el desarrollo de comités de evaluación entre pares, o encuentros de capacitación. Si bien estos modelos se caracterizan por procesos colectivos y participativos de construcción de normas, igualmente se manifiestan y sostienen bajo alguna forma de conducción y liderazgo. Los valores, identidad y trayectoria de los actores con influencia sobre la conducción de este proceso van a ser factores relevantes de la definición particular de este modelo.

La evaluación del desempeño de éste, se basa en modalidades de autoevaluación, dependiente de la motivación y participación de los actores involucrados en el mismo proceso de producción. Un liderazgo claro en la conducción organizacional puede ser condición necesaria para que este modelo se sostenga.

La justificación de la necesidad de crear nuevos mecanismos de regulación se asocian con el poder, y como este influye sobre la conducta de los sujetos y sobre los procesos de producción en el interior de las organizaciones. Los mecanismos de regulación pertenecientes tanto al modo jerárquico como al de incentivos, dan poder en relación a la "toma de decisiones" a los actores con roles formales de dirección, coordinación, evaluación, control o asignación de recursos. En cambio los modelos de clan, se asocian al poder "simbólico" de los actores que lideran los procesos colectivos.

Los diferentes tipos de poder se combinan y se ejercen entre los actores involucrados, a través de la producción de nuevas normas sociales o la aplicación de las mismas (Báscolo, 2010).

5.3.2. La gestión en instituciones de salud

Las cosas y las personas son resistentes a los cambios, pero todo cambio es generador de nuevos proyectos, más aun cuando los sujetos cobran autonomía, y de allí que se plantee la importancia de contar con la voluntad de los individuos y grupos para poder construir nuevos proyectos. Cuando se apunta a un cambio en las instituciones, es fundamental tener presente que el cambio debe producirse en los valores, en la cultura y en la ideología de las personas. Los cambios se deben movilizar y generar en forma simultánea, teniendo en cuenta que afecta tanto a las personas como a las estructuras y las relaciones que se establecen entre ellas.

Un modo de pensar la manera de producir los cambios institucionales es articularlos a movimientos más amplios, y para ello es necesario construir nuevos conocimientos y experimentar nuevas formas de dirigir organizaciones, superando el objetivo de la mayoría de las escuelas de administración, que se enfoca en "reducir a los sujetos humanos a condiciones e instrumentos dóciles a los objetivos de las empresas al transformarlas en insumos o en objetos. Planteando un nuevo desafío: "gobernar para producir sujetos". Esto se ve reflejado en un aspecto más global, como los hospitales públicos y los programas sanitarios entre otros, se han ido desmoronando ante los ojos de un país individualista enfocado en determinados intereses políticos y alejados de los individuos que son quienes hacen y componen cada organización.

Dentro del proceso de reforma planteado por Sousa Campos, es interesante lo que surge a partir de un interrogante, un ejemplo muy valioso y comprensible: ¿Cómo mantener la humanidad en un campo de concentración?

El autor se refiere allí a que esta humanidad no tiene posibilidad de lograr su libertad y autonomía, y que el modo de poder realizar esa humanidad, sería quizás con el objetivo de destruir el campo. Pero en el caso de tener fuerza suficiente para hacerlo, comienzan a engendrarse una multiplicidad de situaciones enfocadas en las relaciones entre compañeros, la convivencia, las relaciones con sus superiores. (Campos, 2001)

Todo este caos y este infierno no será tarea fácil de derribar y escapar. “Mas siempre se podrá intentarlo y es seguro que será un esfuerzo de búsqueda, que se construirían los sujetos capaces de autonomía, felicidad, solidaridad y de inventar un mundo diferente al de aquel campo donde fuera posible gozar de los placeres y bellezas de la existencia” (Sousa Campos, 2001: p 59)

Las condiciones existenciales, las historias de vida, la época, condicionan las posibilidades existenciales, permitiendo al individuo algunos espacios de libertad, posibilidad de abrirse al mundo y a los otros, pero aún si se traslada este ejemplo a los trabajadores de las instituciones contemporáneas, podría verse como la degradación de las personas varía según los coeficientes de resistencia, su mayor o menor capacidad de involucrarse, pese a lo reducidos y parciales que sean los objetivos llevados a la práctica.

Reducir la distancia entre aquellos que gestionan, planifican y quienes ejecutan las acciones y servicios, es una tarea de importancia crucial ya que, trabajar para la libertad implica también redistribuir ese poder de decidir entre los que trabajan, a fin de que éstos tengan la misma libertad y posibilidad de gestionar y tomar decisiones, reformular los organigramas de las instituciones, etc.

Que cada grupo tenga la posibilidad de organizar su propio proceso de trabajo, aunque este proceso resulta antagónico en los ideales y lógicas de las instituciones privadas y se opone a la tradición burocrática y clientelista de las instituciones públicas. Esto permite crear, madurar y buscar nuevas soluciones, desde otras perspectivas no tradicionales, ni neoliberales ni estatizantes. La sociedad cambió, los grupos cambiaron y los individuos están cada vez más movilizados y cuestionadores.

En las instituciones públicas, esta apertura de las organizaciones es una necesidad, que permite que las necesidades, los deseos y la sensibilidad de los usuarios, penetren en el interior de la organización, y que todos los que allí trabajan –y no solo una parte- sienta esa presión y asuman el compromiso. Lo cual, tiene que ver con la importancia de conocer

y comprender la realidad y no solamente con el poder sentirla y llevar a cabo acciones impuestas. La sociedad interfiere en la vida interna de las organizaciones.

La reformulación de las estructuras y de las maneras de gobernar servicios públicos de la cual habla Gastón Sousa Campos, se debe a la problemática actual de los servicios de salud, tanto público como privados, en donde hay un notable distanciamiento entre los profesionales y los pacientes, entre los equipos y la comunidad, así como entre los trabajadores y sus medios de trabajo.

Se observa una cierta apatía burocrática y espasmos del corporativismo de parte de los funcionarios públicos y un individualismo por parte de los profesionales, enfocado en el paradigma de la incultura, indiferencia e insensibilidad de una clase frente al sufrimiento humano. Por lo tanto, existe la necesidad de crear nuevas formas de gobierno en los servicios públicos de salud, de crear sistemas de gestión que permitan descentralizar el poder, garantizando así la autonomía en la base y la responsabilidad con objetivos generales. Esto no deja de ser pensado lejos de su complejidad, donde habitualmente no se acostumbra a esta forma de gobernar, por lo tanto esta situación exigiría un grado de democracia, de confiar en el otro.

Es evidente que hay una concentración de poder en cada organización, convirtiendo rígidas estructuras jerárquicas, empapadas de poder en su cúpula, dónde manda quien dispone del mandato gubernamental. Y donde todos suelen sentirse sometidos, pero nadie dice nada, ni siquiera teniendo presente sus ideologías, culturas, etc., estas no cobran ningún peso frente esta forma de gobernar, donde el ejercicio de la autoridad y la obediencia está más que naturalizado: "...de la familia a la casa, de las relaciones interpersonales al hospital, en todos los lugares nos acostumbramos a funcionar conectados a esquemas de papeles y de objetivos más o menos rígidos" (Sousa Campos, 2001: p 71)

Para ello es indispensable la descentralización que plantea Sousa Campos, a través de la progresiva delegación de la autonomía y de mayores responsabilidades en los equipos de salud. Esta forma de gobernar tiene que ver con una nueva manera de vivir la vida institucional. Los que ocupan cargos jerárquicos, en general, no acostumbran a dejar el poder y con frecuencia y como consecuencia lo que hacen es destruir todos los vástagos de la democracia directa. Esta es la forma de poder construir sujetos colectivos, teniendo presente sus derechos y el de los otros, haciéndolos valer. Todos actúan como colectivo de trabajo. Esta producción de sujetos colectivos, los empodera de autonomía y los convierte en sujetos socialmente responsables, que se auto producen.

Pero para toda esta reforma y cambio es esencial que todo personal de gestión e integrantes del equipo de salud reciban formación y orientación para poder operar con estos conocimientos día a día. De esta forma se evitaría que esta descentralización genere una crisis, un caos, una guerra civil entre grupos, así como una parálisis en el interior de las instituciones (Campos, 2001)

5.3.3. El proceso de trabajo

El trabajo es considerado como generador de recursos que determina una particular forma de satisfacer necesidades y ocupa un lugar central en cualquier sociedad, por lo tanto debe ser tratado como un concepto clave, una categoría central y no solo como un factor de riesgo ambiental en el origen social de las enfermedades.

Laurell (1978) sostiene que “el trabajo es un proceso consiente por medio de cual el hombre se apropia de la naturaleza para transformar sus materiales en elementos útiles para la vida”. Esta producción, transformación ocurre en un proceso de trabajo.

El primer elemento que debe ser tomado en cuenta en el análisis del proceso de trabajo es la expresión de lucha entre clases y el grado de control que los trabajadores tienen sobre el proceso de trabajo. El trabajo posee un cierto poder organizativo, el cual influye sobre la vida de los trabajadores, sobre su otra vida, que no tiene que ver solo con el trabajo (Laurell, 1978).

El enfoque centrado en la perspectiva de planificación estratégica, tiene la intención de aplicar un análisis que contemple la dialéctica entre sujeto y objeto. Comúnmente el trabajo y sobre todo el trabajador son considerados como un factor de producción en donde el trabajador es reconocido en función de su adaptabilidad al proceso de trabajo diseñado por otros. Esto sucede en la organización de los servicios de salud, ya está determinada para el trabajador y el movimiento vertical de los diversos estratos es muy bajo por lo tanto el trabajador solo está limitado a explotar los grados de libertad que hay dentro de cada categoría.

Un ejemplo de las diferencias que se presentan en el interior de las organizaciones habitualmente tiene que ver con el cumplimiento de horarios, donde el personal general cumple un horario estricto, hasta incluso fichando su tarjeta, están los profesionales que no cumplen horario, que solo firman cuando llegan, y el personal de conducción que no tiene horario ni tampoco firma.

El trabajador objeto se caracteriza por cobrar un salario a cambio del trabajo que produce, por lo tanto no es considerado como sujeto de ese proceso. Sino que es

considerado como una pieza o una parte del sistema, que cumple su función de acuerdo a lo que le es asignado. Este modelo solo garantiza la permanencia física del trabajador junto a una producción mecánica y estandarizada.

Este modelo organizacional, concebido por los clásicos administradores mencionados como Ford, Taylor o Fayol, se encuentra presente a un hoy en los servicios de salud y sobre todo en los estatales. Por este motivo es que “durante mucho tiempo las estrategias de cambios institucionales se han concentrado en la estrategia Fayoliana de “capacitar las cabezas gerenciales”, considerados como los únicos sujetos del proceso productivo.

Hoy en día los nuevos modelos gerenciales por el contrario buscan utilizar la capacidad analítica y creativa de los trabajadores. Aunque en los servicios de salud se puede observar por un lado la prevalencia del trabajo intelectual, y por el otro el papel subordinado de los procedimientos manuales e instrumentales.

“El principal problema que puede detectarse en la administración de los servicios de salud de América Latina es el de la gobernabilidad”. (Báscolo, E. et al 2006 p 89)

Al analizar el trabajo en el campo de la salud, aparece el conflicto como categoría central; conflictos sindicales, intra e interprofesionales. Estos conflictos se dan bajo la lógica de actores sociales, que se enfrentan y que pueden paralizar las organizaciones, restando nada más y nada menos que calidad de servicios a la población.

Rovere expresa que son múltiples las manifestaciones de conflicto: profesiones que pujan recíprocamente por controlar una práctica o determinado espacio de trabajo; como sucede entre los médicos, fisiatras, kinesiólogos, terapeutas físicos, psicólogos. Y “ni hablar de la complejidad del área de enfermería que en algunos países, está dividida en seis o más categorías, desde licenciadas hasta empíricas, pasando por auxiliares, ayudantes, terciarias, universitarias, etc. en suma, un conjunto de categorías estancas y con muy poca movilidad...” (Rovere, M, 2006, p 68)

Algunas de estas cuestiones mencionadas, están reconfigurando el campo de los recursos humano en salud, generando traslado de poder entre las profesiones, especialistas, sectores. La forma de poder hacer frente algunos de los escenarios presentados es desarrollar la inteligencia, capacidad reguladora y formas de organización más eficaces de los actores y fuerzas sociales de campo.

Por este motivo resulta inmediato integrar e incorporar modelos estratégicos de planificación, no solo por los problemas actuales sino por su potencialidad a futuro.

Estas nuevas perspectivas de calidad aplicada a los servicios de salud así como general, han incrementado la preocupación por los recursos humanos. Ya que hablar de

calidad implica hablar de recursos humanos. Así es que una inadecuada organización de los servicios de salud sin duda puede hacer caer la calidad por debajo de lo que sus recursos humanos podrían brindar, pero por el contrario una buena organización contara con la actitud y resultados de sus recursos humanos.

Al tener presente esta nueva concepción de que calidad es recursos humanos, posiciona en otro lugar la relación entre la administración y recursos humanos.

Este enfoque sobre los recursos humanos desde perspectiva estratégica ha permitido prestar atención a un fenómeno que no se ha tenido muy en cuenta hasta el presente: “la resistencia las propias reformas”. De allí que se comprendió que las reformas no era que solo se rechazaban, que había una resistencia al cambio como se dice naturalmente, si no que quizás era que no se habían comprendido, no habían sido lo suficientemente claras o completas, problemas en su implementación.

Tras estas interpretaciones de ciertos fenómenos y en presencia y valor de los recursos humanos es que se comprendió que el juego consiste en aprender juntos y en lograr la suficiente confianza para lograrlos juntos. Es decir que existe una enorme diferencia entre las reformas sectoriales desarrolladas “contra” los recursos humanos y aquellas desarrolladas “con” el protagonismo de los recursos humanos”. (Rovere, M, 2006)

5.3.4. El Recurso Humano en el campo de la Salud

Este campo a un hoy, sigue siendo de gran complejidad y fragmentación. El mismo, es definido por Rovere, como “el espacio de producción, pertinencia, generación y circulación de conocimientos, de legalidad y legitimidad para trabajar en salud”. Unas de sus características primordiales, por su naturaleza intersectorial, es la dificultad de entrar en la agenda de salud y debatir prioridades en cuanto a las intervenciones en salud. El autor plantea un gráfico denominado “el campo de la salud y el campo de los recursos humanos”, en donde se refleja claramente, por medio de una intersección de planos, como se intersecan ambos campos en una gran proporción. Pero también deja visible, espacios en donde no se produce esta intersección, los “espacios de no intersección”. Y es aquí donde resulta interesante y provechoso explorar la identidad de cada uno impidiendo caer en una “simple reabsorción del uno por el otro”.

Dentro del campo de recursos humanos en salud, el cual es considerado una población que se caracteriza por estudiar o trabajar para producir servicios de salud, se identifican 5 subgrupos: a) los trabajadores autónomos (tercearizados, o que poseen espacios propios como por ejemplo los consultorios, para desarrollar sus tareas); b) los

empleados del sector salud (asalariados en entidades tanto públicas como privadas tras la prestación de servicios de salud); c) los empleados de salud en establecimientos de otra naturaleza como por ejemplo, comercios, industrias, bancos, d) los que tienen una formación específica en salud y trabajan en ella; e).los estudiantes de las diversas carreras (que también se desempeñan en el sector salud) y el personal de salud que no trabaja pero busca hacerlo.

Esto se relaciona con el concepto de algunos autores que consideran a los recursos humanos en salud como población, pero desde un campo de intervención mucho más ampliado, es decir, toda la población. Aunque como se mencionó anteriormente no pueden dejar de existir subgrupos dentro de una sociedad o población tan amplia, se puede decir, que el campo de salud puede ser considerado como una población dentro de otra, reconociendo a su vez, que esta población (recursos humanos en salud) tiene una legitimidad social por desempeñar tareas altamente valoradas.

No se puede dejar de lado el papel de las instituciones, mucho menos en salud, cuyo campo tiene mayoritariamente población institucionalizada, determinada por una sociedad que permanentemente exige de ellas. Pero a pesar del peso institucional que tiene el campo de los recursos humanos en salud, existe una visión fragmentada, seguramente por la variedad y diversidad de instituciones que componen este campo. Es por ello que la única manera de lograr o intentar vencer esa fragmentación es detectando regularidades que ofrezcan una imagen de conjunto, de equipo, para poder comprender y así intervenir globalmente sobre este campo. Las individualidades no construyen campos.

En relación a los recursos humanos en salud, es considerado como un área de estudio con un campo u objeto de análisis e investigación propio”. Al mismo tiempo no se trata solo de un área o complejo campo intersectorial de estudio, sino por el contrario, es un campo, con una amplia perspectiva de análisis de la problemática de los servicios de salud, sometido a una dinámica de cambios que implica tanto su reproducción como su transformación, que sin dudas intervienen, impactan o influyen en él.

En cuanto a la formación de los profesionales, se observa una importante fragmentación en las múltiples instituciones formadoras, las cuales se desempeñan bajo regímenes legales y lógicas diferentes. Es estas instituciones es posible detectar, tempranamente desde la carrera de grado, “...la marcada estratificación profesional y la baja movilidad social que se observan en los servicios de salud”.

Estos espacios formadores suelen operar como escenarios de enfrentamientos de fuerzas internas, donde permanentemente esta en pugna por querer hacer prevalecer sus

propios proyectos. Estos espacios de poder fragmentado están muy instalados en la realidad, en la cotidianeidad, mucho más que en los servicios de salud.

Es decir, pensar en una lógica de planificación estratégica en el funcionamiento de estas instituciones formadoras tiene que ver con reflexionar sobre toda su estructura decisoria.

Hay múltiples aspectos que implican tomar decisiones dentro de la gestión universitaria lo cual sería interesante pensarlo desde una lógica estratégica, pero la realidad es que resulta ser casi imposible develar los procesos internos, pensar de afuera hacia adentro, a pesar de la clásica afirmación de que la universidad no debe ser una isla, la realidad es que hay una elevada concentración de responsabilidades, pero en las instancias más elevadas de dirección, dando lugar a la convivencia de cogobierno y centralización del poder.

5.3.5. Educación Permanente en Salud

Para que un sistema de salud funcione como tal, es fundamental, que se logren políticas de acuerdos, efectivas tanto en lo que respecta a las relaciones laborales como a la vinculación de los trabajadores con el sistema, teniendo presente la formación y el desarrollo de estos trabajadores de la salud.

Por consiguiente, la idea de adoptar la educación permanente en salud como pilar para la construcción de prácticas innovadoras y para la distribución de prácticas de salud, resulta ser una decisión interesante y beneficiosa para otorgar una atención integral y de calidad a la salud de los ciudadanos.

La Educación Permanente es definida por la OPS, como una estrategia para la construcción de procesos más eficaces en el desarrollo del personal de salud, ya que parten de la realidad y son espacios más participativos.

En un primer momento, resulta ser crucial poder reconocer y comprender las particularidades del trabajo en salud. Para ello, lo primero que se debe tener en cuenta cuando se habla de salud, es que la misma se produce “en acto”.

O sea que el producto del trabajo en salud, a diferencia del producto en otros trabajos, solamente existe durante su mera producción y para las personas directamente involucradas en el proceso (trabajadores e usuarios).

“Para concretar el acto en salud, los trabajadores utilizan una “maleta tecnológica”, compuesta por tres modalidades de tecnologías: las tecnologías “duras” (que corresponden a los equipamientos, a los medicamentos), las tecnologías “leve-duras” (que corresponden

a los conocimientos estructurados, como son la clínica y la epidemiología) y las tecnologías “leves” (que corresponden a las tecnologías relacionales, que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculo, cuidar del usuario)” (Merhy et al. 2006, Pág 152)

El trabajo conocido como “trabajo vivo”, en donde los trabajadores desarrollan su autonomía, tienen capacidad de innovar en sus actos, es donde se plasma esa relación inter subjetiva entre los sujetos, ya que se encuentran con la libertad de hacer las cosas como piensan. Este acto resulta ser beneficioso para todas las partes. Todos los trabajadores utilizan activamente sus pequeños espacios de autonomía para actuar en salud como les parece correcto, de acuerdo con sus valores y/o intereses.

Lo que confiere vida al trabajo en salud son justamente las tecnologías “leves”, que le permiten al trabajador actuar sobre las distintas realidades y situaciones que se le presentan en su práctica, utilizando las tecnologías “duras “y “leve-duras”. Por lo tanto se considera que cuanto menos ingenioso es el trabajo, menos vivo será. Y cuanto mayor predominio de la singularidad y menor flexibilidad para enfrentar las eventualidades que se presentan, mas muerto será el trabajo en salud.

“Es por eso que el trabajo en salud no es completamente controlable, pues está basado en una relación entre personas, en todas las fases de su realización y, por lo tanto, siempre sujeto a los propósitos del trabajador en su espacio autónomo, privado, de concretización de la práctica” (Merhy et al, 2006:153)

La cotidianeidad en las prácticas de salud, tiene dos caras: las normas y roles institucionales por un lado y las prácticas privadas que realiza cada trabajador.

Los gestores cumplen un papel decisivo en la conformación de las prácticas de salud por medio de políticas, mecanismos de financiación etc., pero no gobiernan solos. A pesar de haber una dirección definida por quien formalmente gobierna, la realidad es que todos gobiernan; los trabajadores y los usuarios, también gobiernan.

Es decir, que todo actor en situación de gobierno encuentra adelante de sí otros actores que también gobiernan y disputan la dirección de la acción, utilizando los recursos de que disponen. Claro que los actores en situación de gobierno disponen, en principio, de un grado mayor de control sobre recursos, pero necesitan saber gobernar, y necesitan para ello determinadas herramientas, que compone su capacidad de gobernar. Cuando un actor “juega bien”, puede ampliar su gobernabilidad. Eso es un elemento fundamental para la gestión de las organizaciones de salud y para los que pretenden favorecer a la transformación de las prácticas de salud.

“Todos son agentes de la organización y algunos están en posición de “alta dirección”. Entonces, la verdadera organización es definida por el conjunto de acciones gubernamentales que todos realizan en el cotidiano. O sea, gobiernan quienes hacen” (Matus et al 2006:56).

Es interesante trabajar la Educación Permanente en Salud como una “caja de herramientas” para actuar sobre la micro política del trabajo en salud, ampliando los espacios de autonomía en el desarrollo las prácticas, creando espacios colectivos para construir acuerdos de convivencia.

La incomodidad, la percepción de lo incomodo, de insuficiencia que genera insatisfacción de algún modo, es la condición para que cualquier persona u organización decida realizar cambios en sus prácticas. Esa incomodidad o percepción de insuficiencia tiene que ser intensa, vivida, percibida, ya que no se produce mediante aproximaciones discursivas externas. Es necesario vivir y reflexionar sobre las prácticas, para poder experimentar esa incomodidad y a partir de ella enfrentar nuevos desafíos y lograr importantes transformaciones.

“El proceso de trabajo en salud es tomado entonces, como objeto de reflexión con la participación activa de los trabajadores de salud. Es a partir de la realidad, de las concepciones de los trabajadores y de sus relaciones de trabajo que se construyen los procesos educativos” (Merhy et al 2006 p155).

Para concluir, una de las finalidades de la educación permanente en salud, sería contribuir a que cada colectivo de trabajo desarrolle capacidades que le permitan lograr ser su propio co-autor en medio de un proceso de transformación de las instituciones de salud.

5.3.6. Los Procesos de cambio, organización y gestión en salud

Las reformas en salud ya no son procesos con un principio y un final, sino que son movimientos continuos que exigen una capacidad de apertura mental de sus protagonistas e igual flexibilidad organizativa de las instituciones encargadas de asegurar a la población su atención de salud.

Las transformaciones que se han observado en las instituciones de salud es un movimiento mucho más amplio, por lo cual se ha requerido una nueva modalidad de gestión moderna, dejando atrás la gestión tradicional, denominada “gestión de cuarta generación” (Lemus et al, 2014)

Ante la presencia de un cambio se vivencia inmediatamente la posibilidad de resistencia al mismo. Esto puede deberse al miedo, la ignorancia, la comodidad, la

dificultad al modificar hábitos y costumbres, etc. y sin duda puede impedir la implementación de los cambios requeridos. Por ello es sumamente necesario identificar los motivos de resistencia para poder reorientar al cumplimiento de los objetivos institucionales. La mejor manera de enfrentar estos cambios es planearlos mediante el enfoque de Desarrollo Organizacional que depende del desarrollo de las personas que la conforman.

Para implementar y consolidar el cambio, se han propuesto tres etapas: descongelar, cambiar y recongelar. Pero existen una serie de acciones muy importantes a tener en cuenta para superar esa resistencia como son; la educación y comunicación; participación e intervención activa; facilitación y soporte; negociación y aceptación; coerción implícita y explícita (Lemus, 2014)

5.3.7. Cultura organizacional en los sistemas de salud

Al hablar de cultura organizacional, resulta de interés exponer el concepto de cultura organizacional en salud como un conjunto o equipo de trabajo profesional, interdisciplinario, que trabaja de manera estructurada para producir bienes, en este caso, servicios de salud y alcanzar ciertas metas, para esto se requiere del acuerdo y la participación de todos los sujetos que allí trabajan.

“La cultura organizacional en sistemas de salud es una mezcla compleja de saberes, conductas, relatos, símbolos, creencias, suposiciones, metáforas y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten, por ejemplo: las normas, los valores, las actitudes, los estilos de vida, el lenguaje técnico-científico y la terminología propia de las disciplinas biomédicas y sociales” (Zeballos, R C, 2018, pág 32)

El perfil cultural de las instituciones de salud, a diferencia de otras instituciones, está dado por un “sistema de conocimientos profesionales, expectativas, creencias y supuestos inconscientes, descubiertos o aceptados por el equipo de trabajo interdisciplinario, fuertemente influidos por la estructura, la tecnología y el ambiente laboral” (Romero, Rodríguez, 2017:55)

De este modo, se generan las normas de comportamiento grupal, que contribuyen a configurar los diversos modelos de liderazgo, de mando-subordinación y de interacción con otros miembros de la propia institución. En las organizaciones profesionales, la cultura es un vínculo para enseñar-aprender, crear-innovar, administrar los procesos y las personas, para saber a qué atenerse y cómo conducirse, con la cooperación o no de los más experimentados o mejor preparados.

Lo más característico de los sistemas de salud es la enorme complejidad estructural, y la diversidad de los grupos o equipos de trabajo profesionales, cada uno con su cultura, pero con la meta en común de producir servicios de calidad que satisfagan las necesidades de los usuarios y las expectativas de la sociedad. Este es el eje que no se debe desviar, como tampoco se puede desviar la mirada de cómo sienten, como viven quienes deben otorgar estos servicios de “calidad” (Carrada, T, 2002)

Las organizaciones laborales transitan hacia un cambio de paradigma, como resultado de los movimientos que se han generado, los cuales introducen cambios en el seno de las organizaciones, y que demandan adaptaciones por parte de los empleados a prácticas organizacionales diferentes a las propias y, en muchas ocasiones, provenientes de otros contextos culturales. Ante esta realidad, las organizaciones laborales tienen el reto de evaluar los elementos culturales que condicionan su dinámica social, con la finalidad de orientar y fortalecer su potencial humano hacia la obtención de mejores resultados a nivel individual, grupal y organizacional. (Omar, 2006).

Para ello, resulta interesante la mención que realiza Chiavenato, sobre la existencia de dos organizaciones, las organizaciones Omega y las organizaciones Alfa:

- La primera, es definida como aquella organización en donde “el área de recursos humanos todavía está centralizada y monopoliza todas las decisiones y acciones relacionadas con las personas. Las personas trabajan como meros empleados sometidos a un reglamento interno y a un rígido horario de trabajo. Lo importante es que sean asiduos y puntuales, sin importar lo que hagan en el transcurso de su horario de trabajo. Los cargos son rígidamente definidos, individualizados, aislados y desempeñados dentro de una rutina de trabajo que no cambia y que no requiere que las personas piensen o mejoren su desempeño. Además, pensar y contribuir con creatividad es algo que no ocurre en estas empresas. La denominación que más se ajusta a sus empleados es la de empleados de mano de obra, ya que esas organizaciones solamente requieren personas que desarrollen actividad física y muscular. La mayor pérdida en estas organizaciones no es el despilfarro contabilizado en dinero, materiales o tiempo, sino el despilfarro de talento humano, sin ninguna consideración y de manera cotidiana y continua. El capital intelectual se desvanece sin ninguna aplicación constructiva. Y de este modo, “la nave va” (Chiavenato, 2007 p 40-41)

-Por el contrario, la segunda la define como aquellas que incentivan y motivan a las personas a equivocarse, crear e innovar en sus tareas, busca el mejoramiento continuo. Dentro de ellas las personas tienen plena libertad de pensar, razonar y utilizar su inteligencia, que aporte y sea productivo para la institución, para mejorar la calidad de lo

que hacen. Estas organizaciones aunque sean más exigentes en términos de producción y calidad, son las que brindan a las personas más satisfacción y placer al trabajar, son las mejores organizaciones para trabajar. La gestión del talento humano está descentralizada por completo y se orienta hacia los gestores y sus equipos. El organigrama tradicional es reemplazado por una red integrada de equipos. En estas organizaciones “las personas no son simples empleados ni se llaman recursos humanos, sino participantes y colaboradores de la organización que brindan el conocimiento y las habilidades necesarias para el éxito de la iniciativa conjunta. En ellas no se administra a las personas, sino que se administra junto con las personas” (Chiavenato, I., & Villamizar, G, 2002)

5.3.8. Debilidades del organigrama

Las denominadas debilidades organigramáticas se relacionan con los cruces, cortocircuitos, efectos de by pass (desvío, atajo o derivación) e incrustaciones”. Las situaciones llamadas by pass corresponden aquellas en las que el número uno de la organización, habitualmente dueño, fundador, coloca a una persona de su confianza en la sección del organigrama, generando un flujo de información y autoridad anómalos, un cortocircuito o by pass, provocando muchas veces incrustaciones, ya que esta persona está inserta en la estructura sin una posición formal definida, es decir que no responde a ningún subsistema formal de la organización.

La realidad es que se proviene de un modelo de cultura casi congénito, rígido y rutinario en la que muchas y casi todas las decisiones que deberían ser estratégicas, se toman en el nivel superior, sin objetivos claros en la cotidianeidad, con poca o ninguna creatividad y olvido del contexto, los mandos medios trabajan bajo presión, resuelven asuntos urgentes y postergan los importantes”. “Organizaciones rutinarias, sin análisis de situación, con poca definiciones de objetivos estratégicos y actitud estática, que adecuadamente y gráficamente han sido definidas como verdaderas bóvedas maestras del Estado de Bienestar” (Lemus, J; Araguez y Aroz, V; Lucioni, M., 2014:109)

5.3.9. Departamentalización

La departamentalización tiene que ver con la subdivisión del trabajo y el funcionamiento integral de la institución. Es decir en los grandes establecimientos, es indispensable que exista esta organización departamental, que agrupe unidades para que funcionalmente estén conectadas. Lo principal es que la departamentalización funcione y haga funcionar cada uno de sus componentes.

“Es necesario que cada departamento, ya sea, el de administración, de enfermería, de mantenimiento; funcionen de acuerdo a normas preestablecidas, normas que deberían ser discutidas desde las bases y, una vez aprobadas por la autoridades, ponerse en marcha. No se deben hacer excepciones, las normas deben ser aplicadas con la rigidez y al mismo tiempo con la flexibilidad que corresponda” (Corach et al 1993p108).

La designación del jefe que debe integrar cada departamento, se entiende que debe ser hecha por el director o consejo directivo. Acordando con los autores, la realidad es que los concursos de antecedentes, títulos y trabajos, han demostrado ser un fracaso, considerando que lo favorable, sería buscar a quien demuestre condiciones de mando, de jerarquía, de equidad, idoneidad en las relaciones humanas, de gran coordinador y que realmente dedique sus horas de trabajo a la difícil tarea de ordenar, armonizar y articular las distintas partes que integran el departamento.

Otro punto muy importante es la comunicación con todas las áreas, conocer, conversar, compartir y educar todo lo que sea necesario para que todos comprendan lo que sucede, se sientan parte de, para que todo marche y funcione como se procura.

También resulta interesante considerar la rotación de los jefes o, por lo menos que haya evaluaciones rigurosas cada 5 años. De lo contrario se cierra el camino a los ascensos a los demás niveles de la organización. Solo con democracia pero con sentido de autoridad, es que todo establecimiento funciona cordialmente.

Esta organización departamental, debe ser flexible, evaluada constantemente, es decir, los jefes deben ser evaluados por los directores, así como ellos deben evaluar a sus subordinados. También debe ser integradora de cada una de las ramas y divisiones del establecimiento de salud. De lo contrario, ninguna institución, cualquiera fuese la dependencia, pública o privada, puede funcionar.

Es necesaria, la interconexión de todos los integrantes y funcionarios de la institución, el intercambio de ideas y la suficiente autoridad y equidad por parte del jefe como para escuchar las voces de los más encumbrados y de los más modestos (Corach y Malamud, 1993).

5.3.10. El modelo médico hegemónico (MMH)

En casi toda sociedad la enfermedad y su padecimiento son tratados por una variedad de formas y modelos de atención, aunque desde una perspectiva biomédica el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado siempre un patrimonio exclusivo del saber médico.

El MMH, es un proceso social, ideológico y culturalmente impuesto. El cual indica que el saber y las instituciones médicas instituyen su hegemonía respecto a los otros saberes que operan simultáneamente en el proceso salud-enfermedad-atención.

En medio de esta hegemonía, el saber médico reduce la enfermedad a signos y diagnósticos exclusivamente biológicos, trabajando más con la enfermedad que con la salud en sí. Motivo por el cual durante siglos ha recibido duras críticas. Más aun cuando comenzó a cobrar un gran auge la salud pública y la seguridad social, donde la demanda, la atención y la población se incrementaban por la crisis económica que atravesaba el país. Este modelo es muy difícil de erradicar, aun hoy, si bien se intenta incorporar nuevos modelos de atención, continua predominando el biologicismo, el proceso medicalizador.

Menéndez (2003) sostiene que el biologismo evolucionista del Modelo Médico, excluye los procesos históricos y las condicionantes socioeconómicas, culturales e ideológicos respecto de la causalidad y desarrollo de los padecimientos.

Las instituciones médicas han sido descritas y analizadas exclusivamente a través de la “mirada” médica, lo cual limita comprender las características y funciones del modelo médico. Lo que actualmente se conoce como “biomedicina” fue creado inicialmente en algunos países europeos a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, a raíz de la primera revolución industrial, acompañando la expansión de la ciudad industrial y la expansión colonial, y se caracteriza por ser un modelo biologista, individualista, a-histórico, a-sociable, mercantilista y de eficacia pragmática, rasgos que se profundizarán y potenciarán hasta convertirse en las características dominantes de la biomedicina, que considera la “evolución” pero no la historia de la enfermedad.

El hospital fue el lugar en el cual se desarrolló el aprendizaje médico, el lugar de ensayo y error biomédico, dado que seguirá siendo el lugar donde se aprende a “hacer” con una población sobre la cual se puede hacer, por su situación subalterna (Menéndez, 2005).

Por tanto y coincidiendo con Mansilla (2008), la información que incorporan los trabajadores de la salud, se basa el llamado “punto de vista científico”, su forma estandarizada de abordar el proceso salud-enfermedad y en los conocimientos adquiridos en el ámbito de formación, mirada que reduce el foco de atención a la enfermedad “en sí”, excluyendo la red de relaciones sociales y culturales que intervienen en el proceso.

En este modelo de salud-enfermedad –donde el objetivo de la invención es erradicar el síntoma- la clínica en general pierde valor y el fármaco ocupa un lugar central en la atención, junto a las nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento. A este dispositivo se lo

conoce como método o proceso “medicalizador” y ha resultado ser lo más práctico, rápido y redituable dentro del en el ámbito privado. (Mansilla, 2008).

5.3.11. La conflictividad entre la salud y el neoliberalismo

Se puede observar que el incremento del individualismo y del aislamiento va acompañado de conductas agresivas, egoísmo y fragmentación de lazos sociales. La situación de individualismo puntualmente, puede estar arraigada a las características más destacadas del neoliberalismo, que tiene que ver fundamentalmente con el aislamiento, cuya política económica apunta a la apertura de mercado y a la privatización de los bienes sociales como eje central.

El neoliberalismo como política social, se opone a la universalidad, la igualdad y la gratitud de los servicios sociales (Laurell, 1998)

La crisis económica que atraviesa la Argentina en los últimos tiempos, lleva a pensar en esta lógica y desestabiliza toda la sociedad, porque a diferencia de otros países desarrollados donde prima esta lógica de mercado y funciona como tal, en América Latina produce una importante pobreza de la sociedad así como de las políticas locales, dando lugar a un capitalismo salvaje, incontrolable, desregulado.

No caben dudas, que esta crisis económica lleva a una actitud y un comportamiento de los individuos de represión, aislamiento, amenazante, destructora de vínculos, lazos familiares y laborales.

La situación de salud en Latinoamérica –en línea con el neoliberalismo- se ampara en viejas y conocidas ideas, inspiradas en la necesidad de contar con una fuerza laboral flexible, en la que el trabajador precarizado y en constante riesgo de perder su empleo, es más dócil, produce más y exige menos, incrementando así la eficiencia y la productividad (Mansilla, 2008)

5.3.12. El Anti - Taylorismo: Co-gestión - Gestión colegiada

El sanitarista Sousa Campos, considera que este modelo está focalizado en los objetivos primarios de las organizaciones, como la producción de salud, y en los objetivos secundarios vinculados a garantizar la sobrevivencia y la relación entre los trabajadores que allí operan (Campos, 2001) Este método suele conocerse como Gestión Colegiada, Democrática o Centrada en los Equipos de Salud.

Las teorías de la administración basadas en el Taylorismo, no pretenden democratizar las organizaciones. Por el contrario, piensan la administración de las personas como si

fueran instrumentos despojados de voluntad, proyectos e intereses propios, disciplinando al trabajador, delegando los mismos a los patrones, a normas y programas, domesticando de algún modo el comportamiento de esos trabajadores.

Tampoco las Teorías inspiradas en el Marxismo, han realizado aportes que garantizaran en la práctica la Democracia dentro de las instituciones, adoptando la Unión Soviética el Taylorismo como el método adecuado para organizar fábricas, empresas y hospitales, instalando la dominación de la burocracia en los distintos ámbitos de la vida social y productiva.

Es a partir de este recorrido e inspirado en el Sistema Único de Salud (SUS) Brasileiro, que se comienza a pensar en un sistema de gestión que asegure tanto la producción de salud como la sobrevivencia del sistema y la realización de sus trabajadores. Se pensó en programas sanitarios basados en el trabajo interdisciplinario, alejados de la lógica de recorte de las organizaciones, donde predominen los departamentos, secciones de acuerdo a las distintas profesiones, disciplinas. Apuntando a la participación horizontal de la base, con algún grado de descentralización vertical para que las instituciones no se terminen perdiendo en discusiones interminables o en ciertas particularidades. Es decir, como alguien que guie el camino, pero no que tome decisiones individualmente.

Es trascendental e inminente lograr cambios en el sistema de gestión de salud, a través de un método de gestión con énfasis en la autonomía de los sujetos, sin perder la noción de grupo, redes de compromisos, es decir, la capacidad para contraer compromisos con otros.

Estimular la democratización de los servicios públicos, dando lugar a la participación comunitaria. Tarea que aún continúa tras una mirada de esperanza, teniendo en cuenta que actualmente los servicios son gobernados según diferentes variantes del taylorismo. Dejando la sensación de que la democracia termina en los Consejos de Salud, o en las Oficina de Planificación, operando bajo la lógica de gerenciamiento, donde el poder está centralizado en los jefes, quienes ejercen un control directo sobre los procedimientos y sobre el comportamiento de los trabajadores (cumplimiento de horarios, uniformes, etc.), insuficiencias en la comunicación tanto entre los servicios en relación horizontal de poder, como en los diversos niveles jerárquicos.

Tal como refleja Sousa Campos, aquella vieja utopía griega de la democracia de los ciudadanos, hoy se encuentra dentro de las instituciones en las que se inserta una sociedad contradictoria, injusta y desigual.

He aquí que el autor plantea la necesidad de crear espacios de democracia ampliada, procesos productores de sujetos. Equipos con capacidad de participar con los saberes estructurados, sin permanecer presos en sus cadenas de controles fundamentalistas, así es como se construyen nuevas utopías.

El método Anti-Taylor plantea que para iniciar este cambio, es crucial cambiar los organigramas ideados en los servicios de salud, inspirados en el Fayolismo y Taylorismo, creando lo que llama “Unidades de Producción”. Despojando los antiguos departamentos, secciones y divisiones, bajo la lógica de proceso de trabajo, donde todos los trabajadores se involucren en un mismo tipo de trabajo, con un objetivo en común, es decir que esos departamentos conformados y seccionados por disciplina o profesional, pasen a estar formados por equipos multiprofesionales, donde los departamentos (unidades de producción) estarán conformados de acuerdo al objetivo y a un funcionamiento más general, no tan individualista y es aquí cuando comienza a tomar lugar la primer etapa del proceso de gestión participativa, en donde los propios trabajadores de cada servicio son los que construirán el nuevo organigrama.

Pero de igual modo es necesario que toda institución tenga lo que el autor denomina Supervisión Matricial, la cual se caracteriza por una supervisión, que controle si el cumplimiento de las normas, pero no bajo la línea de comando, es decir las decisiones son tomadas por todos los integrantes de las unidades de producción, su rol será reunirse con el equipo para intercambiar opiniones, reflexionar y educación permanente, funcionaría como apoyo para identificar y hacer frente a los problemas, promoviendo y favoreciendo los cambios.

La particularidad de ésta metodología es fomentar un espacio para elaborar y compatibilizar las demandas y proyectos de cada una de las unidades de producción, así como transmitir las directrices del sistema de salud, así como requerimientos y prioridades que provienen de otras instancia del Gobierno, en donde todos se sientan incluidos y en donde prime fundamentalmente la participación colectiva.

El método de Gestión Colegiada y cogestión que plantea Campos, no es un método que se plantee resolver conflictos o contradicciones propias de estos ámbitos, como por ejemplo el disentimiento o confrontación entre médicos, enfermeros y técnicos, distribución del trabajo o atribuciones de responsabilidad sino que por el contrario trata de admitir la existencia de estas polaridades y crear espacios en donde estas situaciones pueda ser explicitadas y trabajadas por todos, teniendo en cuenta los diversos intereses.

Este método se propone lograr sujetos que gocen de libertad, capaces de asumir riesgos y que sientan el placer de la creación, pero que a su vez estén preparados para asumir compromisos y respetar la misión y los objetivos institucionales en los que están insertos.

“No es fácil acostumbrarse a la idea de la convivencia en términos conflictivos, y menos aún lidiar en la práctica con estos desgarramientos. Descubrir la importancia y la necesidad que se enfrenta también con un polo que se puede superar. Aprender a aprender con el objeto sometido a la crítica, no hay sabiduría sin esta dialéctica de aproximación y de distanciamiento de los objetos o fenómenos o sujetos con los que se interactúan. Descubrir además, que el polo negado nunca será absolutamente suprimido, pero en caso de tener éxito, si será incorporado a una síntesis victoriosa” (Campos, 2001, pág 97)

5.3.13. Clima organizativo y percepción del ser humano

El individuo es parte esencial del clima, es quien genera las percepciones y con éstas las interacciones en el contexto organizacional (Herrera, Paz y Betancur, 2015)

Desde una mirada ajena a la tradicional medicina biologicista, enfocada en el nuevo paradigma “Mente Cuerpo y Alma” que considera que todo ser humano experimenta alguna emoción, atraviesa un conjunto de cogniciones, interpretaciones y racionalizaciones, conscientes o inconscientes, basadas en creencias y mandatos familiares culturales que los atraviesa desde los inicios. Por lo tanto, toda creencia pre instalada tiene que ver con una etiqueta que cada persona pone en una determinada cosa para darle un valor, “bueno-malo” o “beneficioso- peligroso”.

Es decir que todo ser humano cuenta con experiencias previas que hacen que ante determinadas situaciones el cerebro responda rápidamente inconscientemente, sin tener que pensar o evaluar la situación. La respuesta de adaptación que se pone en marcha frente a determinadas situaciones tiene que ver con la percepción de la misma. Si se percibe como peligros, automáticamente la respuesta es de ataque o huida, por el contrario si la percepción es de un estilo beneficioso, la respuesta será acercarse y quedarse allí, en el lugar. Por lo tanto, toda respuesta está ligada a estas creencias preexistentes, ya instaladas, actuando de manera inconsciente en algún lugar del pasado como si fuese el presente y sobre todo desactualizada.

Finalmente, como expresa Guiraudó: “un cambio de creencia nos lleva directamente a un cambio de percepción. Un cambio de percepción nos genera un necesidad de respuesta diferente ante lo que sucede...” (Guiraudó, 2015, pág 30)

Las creencias, son el color de los lentes con los que se mira el mundo. Cada cosa nueva que sucede, cada nueva información que se va conociendo a través de una nueva experiencia se va instalando, almacenando en el software del cerebro.

El cerebro y todo el sistema de percepción es como un sistema de preguntas y respuestas, donde la información que proviene del exterior (lo que se ve, se toca, se oye, etc.), ingresa como un interrogante y cuando se identifica lo que es, se da la respuesta, que tiene que ver con la forma de actuar.

Las construcciones sobre el cómo deberían ser las cosas y sobre cómo se debería comportar, están basadas en creencias que fueron instaladas y reforzadas por las vivencias más cercanas, es decir, son transmitidas en forma verbal no verbal, consciente o inconsciente y de generación en generación. (Guiraud, 2015)

Por último, al momento de plantear diversas estrategias para optimizar los ambientes de trabajo, teniendo en cuenta las culturas que atraviesan las organizaciones de salud, es necesario tener presente que quienes integran y conforman estos espacios, también tienen sus propias creencias preexistentes y por lo tanto sus propias percepciones, encontrando una variedad y diversidad de apreciaciones, emociones y sentimientos en el interior de las instituciones de salud.

Esto en complemento a que la intención de la persona precede al comportamiento y está en función de dos elementos básicos, uno personal y otro que refleja la influencia social. El factor personal, también tiene que ver con la evaluación positiva o negativa que realiza el individuo sobre algo para llevar a cabo una determinada conducta, lo que se denomina como “actitud hacia el comportamiento”. Esta actitud, a su vez depende de la “creencia de ese individuo sobre los efectos del comportamiento”. Y el factor social también se puede enfatizar con la percepción del individuo bajo una presión social ejercida sobre sí mismo para desarrollar uno u otro comportamiento. Esto habitualmente se conoce como “norma subjetiva”, la cual depende de la “creencia” del individuo sobre lo que los demás pensarían si él actuara de una manera u otra. La intención de comportamiento, finalmente, estará en función del factor predominante y ésta influirá en un determinado comportamiento (Pineda, et al, 2000)

Estas teorías enmarcadas en el ámbito de cultura, nuevos paradigmas y cambios, reflejan que la flexibilidad o no a cualquier cambio depende más del factor personal que de las posibles influencias externas (factor social).

En el marco de los modelos de interacción de grupos, el clima y la percepción del ser humano, resulta interesante pensar en acciones planificadas, en un ámbito interactivo de

actores, es decir, proyectando con otros, de allí la incorporación del concepto de planificación estratégica.

6. MARCO CONTEXTUAL

6.1. Hospitales públicos y capital humano

El hospital público, hoy en día es una institución de servicios que produce salud, cuyo fin es alcanzar una mayor rentabilidad social. De acuerdo a la definición que plantea Lemus acerca del concepto de salud pública desde una perspectiva basada en grupos poblacionales, tiene como finalidad “identificar las necesidades de salud y organizar servicios sanitarios globales con una base poblacional bien definida” (Lemus et al,2014 pág 33)

El capital humano es el recurso fundamental de los hospitales públicos, a los cuales le es destinado el 70% del presupuesto de salud pública. Y son precisamente los médicos y enfermeros en el acto asistencial quienes toman las decisiones más importantes para los usuarios y prestigio del hospital, considerándolos como los auténticos gestores de los servicios prestados por el centro, tanto en su efectividad (mejora de la salud), como en su eficiencia (al menor costo) y calidad. Es por ello que la política de recursos humanos debe tener la finalidad de que el personal permanezca implicado y comprometido con el funcionamiento del hospital, realizando adecuadamente sus tareas diarias (Lemus et al, 2014)

Uno de los aspectos a tener en cuenta para ello tiene que ver con la motivación, la cual no tiene que ver solo con el salario, como medio de motivación, sino con otros factores que lleven al personal a implicarse en el funcionamiento como son: la autonomía, toma de decisiones, formación continua, etc. Para la implicancia resulta ser muy importante conseguir la autodeterminación en el trabajo y el reconocimiento social y de sus pares.

Lemus plantea que un aspecto a tener en cuenta en las instituciones hospitalarias para su correcto funcionamiento, tiene que ver con la toma de decisiones, las cuales no deben ser tomadas en las cúpulas de los organigramas sino en las bases de los mismos.

Esta inversión de la pirámide de mando es la base conceptual de lo que se conoce como gestión clínica y la justificación justamente es para acercar la gestión al acto en donde se toman las decisiones implicando a las personas que las deben tomar. La característica principal en esta forma de gestionar es la confianza y el interés mutuo (Lemus et al, 2014)

6.2. La Salud Pública de Rosario

Haciendo un breve recorrido por la historia de la salud pública de Rosario, la misma durante la década del 70 y 80, tuvo una reducción significativa de la presencia del sector público en números absolutos y relativos, a expensas de un crecimiento de la capacidad instalada de los sectores privado y de la seguridad social (especialmente los hospitales del PAMI).

Los cambios por los que atravesaron las políticas de salud de la provincia y municipio llevaron a la creación de un sistema de salud fragmentado, que no logro ser resuelto ni siquiera con la recuperación de la democracia; particularmente porque no había ninguna intención política de hacerlo.

Por su parte, la Asociación Médica de Rosario, integrada en ese entonces por académicos e investigadores que habían sido marginados de la Universidad por razones claramente ideológicas (marco de la dictadura militar), intentó establecerse en un actor relevante e influyente en la constitución de las políticas de salud en Rosario y en Santa Fe, pero fue más precisamente durante el gobierno socialista en la Municipalidad de Rosario cuando y donde se concretó. En ese entonces, fue el secretario general quien expreso: “La Asociación Médica de Rosario, entre otros principios históricos, siempre ha entendido a la salud como un bien social y como un derecho innegociable de la población toda. No puede ni debe ser campo de disputa de ningún sector ni estar sujeta a intereses fragmentarios o partidistas”. (Rovere, 2005 p 27)

A partir de allí, con esa convicción y con la asunción de Héctor Cavallero, fue que la Asociación Médica, impulso la tarea de lograr una acción interdisciplinaria e interprofesional estructurada en cinco grupos: recursos humanos, epidemiología, hospitales (los mismos que en el gobierno anterior se pretendían transferir) atención primaria de la salud y carrera sanitaria municipal.

Por consiguiente, quien formó parte importante del auge de la Salud Pública, fue el Centro de Estudios Sociales y Sanitarios (CESS), quien había comenzado años previos, una tarea de capacitación avanzada en temas de planificación estratégica y desarrollo de recursos humanos, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), formando parte de la posterior creación del Instituto de la Salud Juan Lazarte. El instituto, surge de una idea, desde el debate, el diálogo entre tres instituciones diferentes pero complementarias: la Secretaría de Salud, la Universidad Nacional de Rosario y la Asociación Médica. Como se mencionó anteriormente, este surge a partir del CESS, del cual se acopio, su fuerte tradición de casi dos décadas de investigación en el campo social y

sanitario, las experiencias de capacitación avanzada de mitad de los 80, y las redes internacionales generadas entre autores, editores y lectores de los Cuadernos Médico Sociales. El Instituto J. Lazarte, se inauguró en Octubre de 1995, con una mirada fuera de lo tradicional, al margen de las universidades de medicina, por el contrario, enmarcado en un rol donde predominara la investigación, y se fortaleciera el proceso de formulación de políticas.

La política de salud, pensó a la salud pública de Rosario como una construcción alejada de fórmulas normativas, basada en dos vigas maestras: la descentralización y la participación (Rovere, 2005)

La actual gestión municipal de Rosario, desde sus inicios cuenta con una experiencia de desarrollo y una fuerte apuesta por la salud como bien público, bajo la estrategia de integralidad, complementariedad y alineamiento para el derecho a la salud. (Rovere, 2005)

Pudiendo destacarse el arduo trabajo focalizado en la recuperación de los hospitales, en términos edilicios, de recursos humanos y materiales, incorporación de la tecnología en su máxima expresión, la descentralización administrativa y la educación permanente, la cual era necesaria, crucial y de mantenimiento imprescindible para ganar la credibilidad de la sociedad y sobre todo de los propios equipos de salud; de la mano a posteriori del Instituto de la Salud Juan Lazarte.

“La preservación, recuperación y ampliación de las infraestructuras edilicias de los hospitales, algunos de ellos históricos. La reafirmación de la atención primaria y la expansión muy significativa de los servicios de primer nivel, la generación de redes de servicios con cambios relevantes en la cultura de la organización” (Rovere, 2005 pág 33) formaron parte del desarrollo y el empeño puesto en la salud pública de la ciudad.

Para esto resultó sumamente necesaria la participación de quienes estaban realmente interesados y comprometidos en la construcción de nuevas formas de gobernabilidad democrática, con una mirada y un objetivo integral.

La experiencia de salud del municipio de Rosario se inscribe dentro de una gestión llevada adelante por un gobierno de orientación socialista que se extiende desde 1989 hasta la actualidad. (Rovere, 2005)

El modelo de salud anhelado por el socialismo, vendría en ese entonces a ser antagonista de lo que pretendía el gobierno precedente, cuya intención era dismantelar, deshacerse de algunos servicios públicos de salud y de transferir otros de la Municipalidad

(en ese momento básicamente hospitales) al ámbito del gobierno de la provincia de Santa Fe.

Este intento de desmantelamiento, ayudo a crear un clima de debate y una gran resistencia por parte de los trabajadores de la salud. Este cambio, que pretendía imponer el socialismo, resultaba ser imponente en materia de políticas de salud, pasando de pensar y querer “deshacerse” a querer “hacerse cargo” de la salud. Esto llevo al actual gobierno, a desarrollar un sistema de salud alejado de la obligación política y constitucional, enmarcado en el compromiso y en el fortalecimiento de la salud pública.

Para ese entonces, en Argentina iniciaba la década del 90 y con ello primaba un clima nacional e internacional muy poco propicio para la salud pública. El país, atravesaba diversas reformas estructurales duras, amplias ofertas de créditos blandos por parte de los organismos internacionales y políticas de ajustes. Una época dura, de crisis, hiperinflación que azotó a la ciudad de Rosario. (Cetrángolo, 2002)

En ese contexto Rosario, “desde el inicio de la gestión del Partido Socialista Popular, mostró una orientación diferente: la salud pública se constituía en uno de los ejes centrales de la gestión y así lo que podría suponerse en otros tiempos una decisión razonable adquiriría en ese caso el carácter de un desafío de carácter contracultural para la época...” (Rovere, 2005 pág 3)

6.3. La Salud Pública y la descentralización de los servicios de salud

Un aspecto favorable en el área salud, tuvo que ver con la incorporación de la descentralización de los efectores de la salud en la ciudad. Dicha experiencia de descentralización y de trabajo territorial, pensando en un nuevo territorio sub municipal (distritos) con identidad, participación activa de los vecinos, con una propuesta de desarrollo local y con respuestas articuladas de todos los sectores de gobierno, no resultó ser nada fácil, sino por el contrario todo un desafío.

La articulación que surgía de esa descentralización no era nada para sencillo, ya que no era una actividad limitada a las cabezas organizacionales, que acostumbraban a desarrollarse por su parte, sino que tenía que haber articulación de todos los equipos de gestión que operaran en el territorio, conectando culturas organizacionales que con frecuencia se han desarrollado por separado. (Rovere, 2005).

A partir de ello, fue necesario comenzar a plantear nuevos proceso de trabajos, nuevas formas de gobernar, produciéndose una transición de lo normativo a lo estratégico.

Esta transición se encuentra ligada al estilo político de quien gobierna. Quien dirige, es quien define las fronteras de lo permitido y prohibido, así como el modo de hacer y aceptar la política. Quien gobierna, pone una impronta que impregna el conjunto de las decisiones que se toman y las acciones que se realizan. Es decir, que el estilo político determina el tipo de estrategia a utilizar para gestionar.

Rovere (2005), sostiene que en “Un estilo político orientado por los derechos, “el otro”, está siempre presente, por consiguiente se privilegia una estrategia que desarrolla el diálogo, el consenso, la cooperación, el no apego a dogmas, la motivación por el trabajo en común, el desarrollo de conocimiento como practica ligada a la acción. Integrando miradas y prácticas, planificando con los otros, estableciendo espacios de participación, de debate, de consensos, cooperación y fundamentalmente vinculando las visiones desde lo técnico con las visiones desde lo político, y viceversa” (Rovere, 2005 pág 36)

6.4. El sistema público de salud y su organización: La Regionalización

Muy probablemente la regionalización haya existido desde tiempos remotos y desde los orígenes de la atención médica, por razones obvias y naturales; primero los caminos, luego las rutas marítimas o terrestres, después el telégrafo y teléfono, las radiocomunicaciones, la televisión y por último, los modernos medios de comunicación satelitales indispensable en un proceso de regionalización para concretar las medidas necesarias conducentes al cumplimiento de los propósitos y objetivos trazados por los planes de salud o por las políticas nacionales de los niveles de decisión. A medida que la medicina fue avanzando, los medios utilizados por la administración de la atención médica también evolucionaron, los recursos humanos mejoraron en calidad y cantidad, así como el crecimiento de la población; lo cual incremento también los problemas de salud de las personas y con ello, los problemas de gestión difíciles de resolver. Así fue surgiendo el proceso de regionalización, por la necesidad de hacer frente a tantos problemas de gestión presentes en el mundo, con el objetivo de resolver problemas de salud y educación, entre otros.

Se entiende por regionalización al conjunto de métodos administrativos que tratan de coordinar, armonizar e integrar los servicios de salud dentro de una región geográficamente delimitada, con el objeto de elevar la calidad de prestaciones de salud y reducir los costos. Este sistema de regionalización en salud parte de un hospital regional que tiene además de las especialidades básicas, variadas sub-especialidades, es decir que es el de más alta especialización; Luego se encuentran los hospitales rurales o centros de

salud (que atienden las especialidad básicas) y debajo de ellos los puestos de salud o postas sanitarias.

En este proceso o modelo de regionalización el adiestramiento, la educación y la formación del personal son esenciales. Todos los hospitales deben ser “centros docentes”, enseñando y preparando al personal a adquirir nuevos conocimiento, es una de las funciones más importante dentro de un establecimiento que brinda atención médica.

Compartir entre todos los miembros de los equipos, intercambiar conocimiento es fundamental, así como el traslado de un centro a otro, donde se compartan jornadas, cursos cortos, reuniones, utilización de videos, encuentros que sean programados, para lograr la mayor asistencia posible y que todos tengan posibilidad de acceder.

Esta forma de gestión en el aspecto educativo, es otra de las grandes ventajas de la regionalización, la cual apunta a una “gestión moderna y bien concebida” (Corach, 1993). Cuando la fluidez de estos intercambios se da paulatina y eficientemente, donde todos se sienten y forman parte de un gran equipo de salud, es cuando se logra trabajar armónicamente.

6.4.1 La regionalización en las Unidades Perinatales

El proceso de Regionalización de la Atención Perinatal, en la provincia de Santa Fe, está dando grandes y firmes pasos, con la categorización de las maternidades de todo el territorio, dividiendo el mismo en 2 grandes Regiones, Centro-Norte que incluye los Nodos Reconquista, Rafaela y Santa Fe, y Sur constituido por los Nodos Rosario y Venado Tuerto.

En esta distribución territorial de los recursos edilicios, equipamiento y humanos, se cuenta con instituciones del sub sector público donde se realizan más de 100 partos al año, garantizando el cumplimiento de las CONE (Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales), en el marco de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia proclamada por la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación y UNICEF Argentina.

En este proceso de regionalización perinatal en la provincia de Santa fe, se otorgaron categorías a las Maternidades y Neonatologías de acuerdo a la complejidad.

La Región Centro-Norte, cuenta con una Maternidad y Neonatología categoría (III b) que es la máxima complejidad instalada, donde se derivan todos los embarazos de alto riesgo y los partos que pudieren ser prematuros extremos, menos de 32 semanas y menos

de 1500 gramos, esta maternidad se encuentra en la ciudad de Santa Fe, y es el Hospital Iturraspe.

También existe una maternidad categoría (III a) donde se derivan embarazos de mediano riesgo y prematuridad, entre 35 y 32 semanas en la ciudad de Santa Fe, que es la correspondiente al Hospital Cullen.

Los Hospitales Regionales tanto de Reconquista como el de Rafaela, son dos Maternidades II con Neonatología, y están en vía de ser recategorizados a Maternidades (III a). Además de estas 4 maternidades con servicios de Neonatología, existen 2 Maternidades II más en el Nodo Reconquista, donde pueden realizarse partos normales, de término; para el Nodo Rafaela, 4 Maternidades II, en Tostado, Ceres, San Cristóbal y Sunchales, donde pueden nacer niños de embarazos que no impliquen riesgo y para el Nodo Santa Fe, además de las 2 maternidades de la ciudad de Santa Fe, existen 4 Maternidades II en San Javier, San Justo, Esperanza y Gálvez.

En el Nodo Rosario, existen las maternidades del Hospital Roque Sáenz Peña, y Maternidad Martín. Son dos Maternidades categoría (II), es decir que asisten partos normales, de término o más de 35 semanas, con Servicio de Neonatología categoría III a que asisten recién nacidos a término y pretérmino mayor a 32 semanas, y las 3 provinciales, que son de mediana y alta complejidad (Hospital Provincial del Centenario y Hospital Provincial de Rosario y Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria), además de estas instituciones se suman en el Nodo Rosario, de Norte a Sur, San Jorge, El Trébol, Las Rosas, Cañada de Gómez, Casilda, San Lorenzo y Villa Constitución, todas Maternidades II sin Neonatología, para partos normales de la Región, y en el Nodo Venado Tuerto un Hospital Regional de Venado II con Neonatología y dos Maternidades categoría II sin neonatología, de Rufino y Firmat. (Dirección Provincial por la Salud de la Niñez y Adolescencia Ministerio de salud de la Provincia de Santa Fe, 2016, págs. 1-2)

6.5. Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF)

Tradicionalmente las Unidades de Cuidados Intensivos, se caracterizaron por una filosofía y una estructura muy limitaban ante la presencia de la familia, utilizando un sistema de visitas muy restrictivo, basándose en la idea de que los familiares sumaban un riesgo al problema actual del paciente, fundamentalmente como foco de infección, a la vez que su presencia impedían o interrumpían el descanso y producían alteraciones fisiológicas como taquicardia, arritmias, hipertensión, ansiedad, etc.

La realidad es que la familia, en cualquier ámbito, es un elemento esencial, y más aun dentro del proceso y sistema de salud, por lo tanto la concepción más actual es que cuando una persona ingresa en un hospital o es hospitalizada, la participación de la familia debe continuar siendo activa para de este modo conseguir un cuidado integral y un entorno terapéutico óptimo. Por diferentes razones, esto resultaba engorroso cumplimentarlo y a la familia se la ha mantenido alejada del paciente.

Pero en el último tiempo, se logró constatar que la presencia de la familia tiene un efecto beneficioso en la recuperación del cualquier paciente, siendo a su vez esa proximidad una ayuda para el propio familiar. Estas razones hoy en día, han motivado la progresiva liberalización de la política de visitas restringidas.

En algunas áreas de neonatología (UCIN), en los últimos años se ha producido una innegable evolución en el cuidado intensivo neonatal, y con ello, una disminución de la mortalidad y una optimización progresiva en la sobrevivencia de los recién nacidos de menor edad gestacional y/o con patologías complejas.

Esto se debió a los avances científicos, tecnológicos y a la implementación del modelo “MSCF” (Maternidad Segura y Centrada en la Familia) en algunas maternidades del país, que fue desarrollado a lo largo de los últimos 35 años por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires.

Este modelo de “Maternidad Segura y Centrada en la Familia”, se caracteriza por una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido. Junto a este modelo, el personal médico y de enfermería neonatal, también ha sufrido un cambio en su modelo de atención, se han convertido en un campo de práctica altamente especializado.

Los cuidados y la atención ya no solamente están enfocados en el neonato, como era antiguamente cuando el familiar directo, solamente cumplimentaba los restringidos horarios de visitas, sino que hoy se incorpora al modelo de atención, los cuidados al neonato y su familia, los cuales son complejos y requieren disponer de ciertas habilidades para poder brindarlos, como la valoración, diagnóstico, planificación, satisfacción de necesidades y la evaluación de resultados surgidos de los cuidados brindados al neonato y su familia.

Es decir, que la adopción del modelo de MSyCF constituye un cambio de paradigma que como tal, supone iniciar un proceso de transformación en las maternidades, que

implica, entre otros cambios, nada más y nada menos, que la modificación de la cultura de cada organización.

En 2007 se publica la Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia, en la que se explicita el marco legal internacional y argentino que sustenta el concepto de MCF y se detallan las acciones que pueden ser llevadas a cabo por las maternidades en su camino para ser “Centradas en la Familia”.

A fines de 2008, la representación argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) editó el modelo de Maternidad Centrada en la Familia. La primera experiencia como prueba piloto del modelo, fue en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, donde se describió la implementación de la iniciativa MCF en el Servicio de Terapia Intensiva de dicho hospital, se identificaron factores críticos positivos y negativos, y se comunicaron las lecciones aprendidas. (Larguia, M; Lomuto, C; Gonzalez, A, 2006)

Durante el último trimestre de 2009, UNICEF y Fundación Neonatológica (FUN) realizaron un trabajo conjunto con el fin de establecer un diagnóstico de situación en ocho maternidades situadas en diferentes regiones del país que, de acuerdo con la información provista por el Ministerio de Salud de la Nación, se encontrarían entre los principales 100 centros de atención perinatal.

A su vez, durante ese mismo período, UNICEF trabajó junto al Ministerio de Salud de la Nación, en un proyecto de diagnóstico y seguimiento basado en la iniciativa Maternidad Segura.

Con la intención de integrar la iniciativa MCF en toda su dimensión o, al menos, en sus aspectos esenciales, y la iniciativa Maternidad Segura, se conceptualizó un nuevo modelo integrado: Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF).

Durante 2010 y 2011 UNICEF, junto a FUN, los gobiernos provinciales y otras instituciones académicas, iniciaron un proceso de actividades conjuntas para favorecer la transformación de maternidades públicas en MSCF.

A diciembre de 2011, 71 maternidades de la provincia de Salta, Jujuy, Buenos Aires, Córdoba, Santiago del Estero, Misiones, Mendoza y Santa Fe adhirieron a la iniciativa.

Este enfoque considera los aspectos sociales y culturales particulares que se manifiestan en las maternidades y servicios de salud perinatal en contextos multiculturales. Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de

sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa HAMN (Hospital Amigo de la Madre y el Niño), que promueve fuertemente la lactancia materna.

El modelo MSCF, para promover un cambio en la cultura organizacional hacia un modelo centrado en la familia y la seguridad de la atención, se sustenta en tres principios.

1. Principio 1: El modelo MSCF es coherente con el pensamiento universal vigente: medicina centrada en el paciente (y su familia) y seguridad del paciente. Las actuales prioridades reconocidas universalmente en relación con el futuro de la medicina se refieren, fundamentalmente, a dos aspectos: la medicina centrada en el paciente y la seguridad del paciente. En este sentido, el modelo MSCF es coherente con ambas prioridades. El paciente es la mujer embarazada, su hijo antes y después de nacer, y su familia. Las familias presentan en la actualidad formas dinámicas y variadas a partir de las cuales son capaces de cumplir con su función.

2. Principio 2: El modelo MSCF es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico. Los avances científicos, y el consecuente mayor conocimiento diagnóstico y terapéutico en la asistencia obstétrica, permiten la atención adecuada de las patologías previas y concomitantes del embarazo y de las complicaciones del mismo. Esto se traduce en que la gran mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad severa materna y fetal sean evitables. Asimismo, las tecnologías cada vez más precisas (como el diagnóstico por imágenes) permiten realizar el diagnóstico temprano y precoz de anomalías en el desarrollo fetal, con un mejor abordaje para el futuro del bebé y para la contención familiar. Este principio, suma lo humanístico a lo tecnológico.

3. Principio 3: Asume y comprende que el reaccionar y actuar responsablemente frente al error médico favorece el cambio de paradigma. El error ha servido tradicionalmente para aprender lo que no había que hacer y lo que no era verdad. Se trataba de un problema intelectual y científico que simplemente desafiaba misterios en la adquisición y aplicación de conocimientos, y su análisis constituía una excelente herramienta docente. Luego se sumó la reacción de castigar al responsable del error, suponiendo que el error era producto de la incapacidad o irresponsabilidad individual, y era necesaria la culpa. Ese error pasó luego a constituir una problemática ética y legal de responsabilidad y castigo que, cuando era considerado producto de mala práctica, se determinó que se

ocultara, disimulara con falsedades, o transfiera la propia responsabilidad a otro. Todo esto produjo que se dejara de aprender del error, olvidando que los seres humanos son seres falibles, más aún cuando se actúa en un sistema complejo. Lo que prevalece es un enfoque centrado en la culpabilización de las personas como causa del error. La ocurrencia de un error es, entonces, seguida por la búsqueda explícita o no del “culpable”. Esta situación promueve mayor temor en los profesionales de salud y genera una creciente tendencia a ocultar los errores. Los errores siempre ocurrirán, pero es posible minimizar su ocurrencia o sus consecuencias solo si se los enfrenta y se los entiende como oportunidades para la mejora del sistema. Es necesario avanzar más allá de “que le pasó esa médica” o “a ese enfermero”; avanzar al por qué sucedió, tratando de encontrar las causas primarias o factores determinantes, que generalmente radican en la estructura y procesos de un sistema que deben ser corregidos o mejorados. Solo si se comprende el modo en que se reacciona y actúa frente al error de cualquier trabajador de la salud, se puede iniciar este camino hacia un nuevo paradigma”. (Larguia et al, 2012 pág 62)

6.6. Recorrido por las Maternidades: una mirada retrospectiva

El Dr. Edgar Zanuttini, en el capítulo “Los primeros hospitales” de su libro Temas de Obstetricia, realiza una breve reseña histórica, donde refleja que en el año 1503, luego del descubrimiento del Nuevo Mundo de Cristóbal Colon (1492), se fundaron los primeros Hospitales en América, en la isla “La Española”, (hoy República Dominicana y Haití) por Nicolás de Ovando.

Posteriormente en el año 1576 en el Virreinato del Rio de la Plata, el primer hospital se abrió en Córdoba. En 1583 se funda otro de los hospitales en Santiago de Estero, en el cual al tiempo se incorpora dentro del mismo la primer Maternidad del país.

Luego en 1740, en Buenos Aires la Hermandad de la Santa Caridad, edifica una sala con 12 camas para mujeres pobres, el mismo, años más tarde en 1748, se hace entrega a los padres Betlemitas, el cual fue ampliándose y en el año 1770 se amplía el número de salas y llega a tener 84 camas.

Este hospital conocido como Hospital de la Caridad o de las Mujeres, entre el personal que funcionaba precariamente hasta 1823 que pasa a depender de la Sociedad de Beneficencia.

Posteriormente es trasladado a Palermo donde a su nombre se le agrega el de su laico patrono, Rivadavia. “Hospital Rivadavia” el cual sigue actualmente funcionando con dicho nombre.

En 1760, los partos eran asistidos en sus domicilios por una vecina o un familiar, había pocos médicos. Por lo cual en 1790, se comienza a pedir a España profesionales y es allí cuando comienzan a llegar a Buenos Aires, las primeras “comadronas”.

Y en 1797 comienzan a desempeñar sus tareas una enfermera y una partera. Y por último, en 1852 se instala en el “Hospital General de Mujeres”, la primera sala de Maternidad “San Ramón”, que contaba con 8 camas.

Y fue en 1892 cuando se realizó la primer cesárea, en donde hasta ese momento en el caso de estrechez pelviana, se prefería el parto prematuro provocado (Zanuttini, 2011)

Por este motivo, se realizó una breve reseña histórica de la Maternidad Martin, tarea que representó un aporte útil para recorrer los cambios, la historicidad, que hacen a la cultura de la organización.

Desde las escasas de textos encontrados al respecto, y a través de entrevistas (informantes claves), que se realizó a los trabajadores de mayor antigüedad en la institución, se llegó a conocer la historia edilicia, el trabajo interno, las relaciones interpersonales y sobre todo los cambios que fueron atravesando en el funcionamiento del nosocomio.

6.6.1. Rosario y la Maternidad Martin: un poco de historia

La maternidad Martin es un hito importante en la historia de la obstetricia y neonatología en la ciudad de Rosario.

El edificio fue donado por la señora Ángela Joostens, viuda de Martin (Julio Ulises Martin, fue un empresario industrial e innovador tecnológico Suizo que vivió en Argentina, quien en 1894 formo legalmente la firma de Martin y Compañía. A través de la adquisición de inmensas extensiones de tierra en el noroeste argentino: San Ignacio, Misiones (donde actualmente sigue funcionando dicha planta, como cooperativa de trabajo), las cuales fueron dedicadas al cultivo de yerba mate. En 1898, Martin fija la sede comercial en la Ciudad de Rosario, en el micro centro de la ciudad, conocido actualmente como barrio Martin. En el año 1898 se casa con Ángela Joostens, se instalan a vivir en la ciudad de Rosario y tienen 4 hijos. En 1934 a los 61 años, Julio Martin fallece y a partir de allí sus hijos son quienes toman el legado de la empresa yerba mate, Martin & Cía.)

Un año previo al fallecimiento de Julio Martin, uno de sus hijos Marcelo Martin es secuestrado en la zona centro de la ciudad de Rosario por una banda de la mafia rosarina, quienes solicitan una importante suma de dinero para su liberación, y es en ese ínterin,

cuando su madre promete donar una maternidad a la ciudad de Rosario si su hijo aparece con vida.

En el año 1937 Ángela cumple tal promesa y firma la escritura de donación ante el escribano publicó el 5 de julio de 1937, definiendo que el nuevo edificio “Maternidad Martin” deberá levantarse en la manzana donde funcionaba hasta 1978 la Asistencia Pública (manzana comprendida entre las calles, Moreno, Rioja, Balcarce y San Luis). Establece además en una de las cláusulas que “...el edificio será destinado exclusivamente a Maternidad, no pudiendo cambiársele en ningún caso ese fin total o parcialmente...” (Zanuttini, 2011 pág 20) y sugiere que en el terreno contiguo se erija un edificio para un hospital con características similares al Saint Mary Hospital de la ciudad de Nueva York (EEUU).

Dos años más tarde, el 8 de julio de 1939, se inaugura la Maternidad, bajo la dirección médica del Dr. Emilio Argonz, quien hizo construir bajo su dirección dos camas esenciales de parto (hasta ese momento se realizaban los partos horizontales). La propuesta de internación conjunta para una relación precoz madre-hijo, resultó ser un adelanto importante para la época que no existía en ningún sanatorio de Rosario.

Por ello y dadas las características y la complejidad que presentaba la Maternidad para la enseñanza de la especialidad tanto obstétrica como neonatológica, se traslada a la Maternidad en 1940 la Escuela de Parteras que funcionaba en el Hospital Rosario.

Posteriormente, en el año 1972, se inaugura un Centro de Protección Familiar a cargo de grupo de obstetras, psicólogos y asistentes sociales que integraban equipo de profesionales dentro de la Maternidad. El mismo funcionaba como centro de ayuda y protección para la madre y el hijo.

Diez años más tarde, debido al incremento en la demanda y número de partos que azotaban en ese entonces a la maternidad y quedando de algún modo escasa la capacidad edilicia, se comienzan a realizar en el año 1983 modificaciones y construcciones en el primer piso de aquel edificio para ampliar la infraestructura de la Maternidad Martin. En esta tarea de modificación y ampliación detrás del edificio de la maternidad se encontraba una construcción interrumpida desde la década del '50, la cual fue recuperada después de 40 años para la Secretaria de Salud Pública de Rosario.

Así fue como por intermedio de acuerdos, diversos momentos políticos y transiciones de reforma, reconstrucción, ampliación y bajo el lema de nuevos modelos instaurados en el proceso de atención madre e hijo, tras la mención de UNICEF a la Maternidad como Hospital Amigo de la Madre y el Hijo y bajo el lema de Maternidad

Segura y Centrada en la Familia (MSyCF), es que se inician en tal edificio una obra de construcción magistral para una maternidad modelo para la ciudad y la región.

Es así, que el 22 de diciembre de 2006 se inaugura la nueva maternidad, implantada en el quinto y sexto piso del CEMAR (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias Rosario), con la presencia de las autoridades políticas de ese momento (Intendente Miguel Lifschitz y la Secretaria de Salud Pública, Mónica Fein), entre directores, jefes, personal operario y numerosos invitados y público en general.

En el sexto piso de la maternidad funcionaban salas de ingresos, salas de parto, salas de cirugía y el servicio de Neonatología. Mientras que en el quinto piso se encontraba la Dirección de la Maternidad Martín, departamento de enfermería, jefatura de Neonatología, comedor y dormitorio de los médicos.

Contaba con guardias activas de obstetricia, tocoginecología, neonatología y anestesiología, además de residentes y concurrentes de distintas especialidades. También se desarrollaban actividades de Docencia con alumnos de la Facultad de Medicina de distintas materias y de la Carrera de Enfermería.

Concluyendo tal reseña, en el año 2009 comienza a funcionar el Museo de la Maternidad con donaciones de instrumentos, camillas, ecógrafos, etc. que fueron utilizados en otra época. También se inauguró un aula para docencia, además del aula original, en el segundo piso de la maternidad vieja, donde funcionaba antiguamente la sala de puerperio general. (Zanuttini, 2011)

La sala de neonatología se encuentra conformada por un importante staff de recursos humanos, una jefa general de neonatología, jefa de clínica neonatal, pediatras-neonatólogos de staff, médicos pediatras que realizan consultorio de seguimiento de alto riesgo en 4to piso del CEMAR, al RN externado que es citado a control posterior del alta, pediatras-neonatólogos de guardia, personal de enfermería asistencial y un enfermero jefe del sector. También forman parte del recurso humano de neonatología, el personal que integra los servicios de apoyo: Asistente social; Laboratorio; Hemoterapia; Ecografía; Farmacia; Psicología; Kinesiología; Radiología; Mucamas; Camilleros. Y las interconsultas con las diversas especialidades: Cardiología; Cirugía; Neumología; Neurología; Oftalmología (forma parte del grupo en vigilancia de la Retinopatía del Prematuro).

Como expresa la ex jefa médica del servicio de neonatología hasta el año 2014: *“En la historia de este hospital, objeto de mi trabajo, existe una coherencia interna: cada servicio gira alrededor de su jefe reproduciendo un modelo de gestión jerárquico-*

monárquico, verticalista no dando lugar a la distribución transversal, y no dando posibilidad a la construcción del pensamiento de Mintsberg". (Casas, 2011 pág16)

6.6.2. Maternidad Martín y UCIN en la actualidad. Descripción contextual

En el año 1996 la Maternidad fue nombrada "Hospital Amigo de la Madre y el Niño", reconocimiento otorgado por UNICEF y la OMS. En el año 2006 fue inaugurado este nuevo edificio de la Maternidad Martín, emplazada en el 5° y 6° piso del CEMAR, convirtiéndose en una de las maternidades modelo del país por estar equipada con la más alta tecnología para brindar la mejor atención a los recién nacidos y sus madres

La Maternidad Martín intenta cumplir con ciertas directrices que guían el proceso de atención en la salud de Rosario como: la equidad, el protagonismo de la comunidad, la eficacia social y la contextualización de las prácticas de los trabajadores.

Su actual diseño cuenta con infraestructura que responde al modelo de Maternidad Segura y Centrada en la familia, este concepto promueve la idea de que la mujer y su familia deben tomar un rol activo en el cuidado del embarazo, durante el trabajo de parto, parto y cuidados del recién nacido. Esta moderna infraestructura permite que la madre sea acompañada por su familia durante el trabajo de parto y el parto, y comparta este momento con un ser querido, fundamental en la atención humanizada del parto.

Actualmente trabaja bajo el lema de Maternidad Segura y Centrada en la familia (MSCF), la misma constituye un cambio de paradigma en la atención perinatal, en donde suma lo humanístico al progreso tecnológico y está inspirada en la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, creado por OMS-UNICEF en 1991 para promover la lactancia materna en las maternidades e implementada en la Argentina desde 1994. En esta neonatología la mamá tiene ingreso irrestricto, excepto en los horarios de limpieza de la sala que son de aproximadamente 2 horas diarias en dos turnos diferentes. El caso de los papás, los mismos tienen horarios de visitas reglados pero de amplia carga horaria, el horario matinal es de 7 a 14 y por la tarde de 18 a 22 horas, respetando los horarios de quienes tienen empleos, por tal motivo se hacen horarios extensivos. Y en los casos que algún neonato ingrese posterior a las 22 horas se permite el ingreso de ambos padres para conocer al recién nacido y acompañarlo. A partir de las 22 horas solo pueden ingresar las madres pero se aconseja a las mismas que se retiren a descansar a su domicilio y regresen al día siguiente a partir de las 7 horas ya que la institución no cuenta con una residencia de madres donde puedan quedarse y descansar. En el caso de los abuelos y hermanos la visita de ambos está pactada una vez por semana con una duración de 1 hora. Previo al ingreso

se realiza una charla educativa con respecto a las medidas de higiene y bioseguridad y las precauciones que deben tener dentro de la sala, esta visita se restringe en los meses de alta demanda donde aumenta los riesgos de contagios respiratorios (época invernal). Estas normativas son bajadas desde el Comité de Maternidad Segura y Centrada en la Familia que funciona en dicha organización.

La participación y colaboración de los padres y familia tiene que ver desde acciones de menor complejidad como cuidados en el hogar, desde cambios de pañal, baños, curación de cordón umbilical, cambios de sábanas, administración de medicación vía oral, tópica o gotas oftálmicas hasta acciones más complejas como en el caso de neonatos con patologías crónicas o más severas, en donde se educa y fomenta la colaboración y la participación en la aspiración de secreciones, los cuidados de la vía aérea, higiene bucal, cuidados en las posturas, cambios de bolsas de colostomía, sondajes vesicales, estas acciones y más son las que se comienzan a trabajar con la familia desde el momento de la hospitalización, entrenando y educándolos para luego tomar un rol activo en estas acciones de cuidado hacia su familiar y de esta forma lograr la humanización durante este transcurso de hospitalización con sus seres queridos dentro de la propia organización.

Durante todo este proceso se trabaja en conjunto con la familia, educándolos y preparándolos para el alta, o acompañándolos en situaciones crónicas e irreversibles. Dicha Maternidad tiene un Modelo de gestión verticalista, donde las decisiones se toman en el nivel ejecutivo. Los decretos, directivas y normativas son gestadas en la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, luego las mismas son bajadas a la dirección del hospital, los directores acatan o modifican dichas normativas y de allí pasan a la sub- dirección hospitalaria, para luego ser dictaminados a los diferentes departamentos del efector. Las ordenes o normativas institucionales son determinadas por los directivos del hospital y dichos protocolos de intervención son implementados por el Comité de Investigación junto al Departamento de cada área, lo cual indica que el operario, no participa en la toma de decisiones. Por lo tanto se caracteriza por contar con un modelo de gestión verticalista, representada por la falta de participación en la toma de decisiones de los diversos actores (nivel operativo), quienes son los más involucrados en los procesos productivos, incluidos los usuarios que participan en dicho escenario institucional.

Concomitantemente cuenta con un área de maternidad y obstetricia y otro sector de Neonatología.

- Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN)

La maternidad, se caracteriza por ser el hospital que efectúa el mayor número de partos y nacimientos anuales (4803 nacidos vivos), cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la cual comprende 30 unidades de avanzada tecnología, entre incubadoras, cervocuna y cunas, distribuidas de acuerdo a la complejidad del paciente. En épocas de alta demandan, consideradas en época invernal, el periodo de mayo- agosto, se agregan 5 incubadoras de aislamiento respiratorio, y se sacan 5 cunas, que son las unidades de menor complejidad. Dispone de dos secciones: el 5to piso donde se encuentra la sala de puerperio y asisten puérperas de bajo y alto riesgo y el 6to piso en donde se encuentran las salas de partos y recuperación, la sala de neonatología para la internación de neonatos y una guardia neonatal. Asisten mujeres en edad reproductiva con un bajo nivel socioeconómico y sin cobertura social y se reciben a neonatos (desde el nacimiento hasta el mes de vida), tanto de la sala de partos o quirófano, como de la guardia neonatal la cual funciona dentro del servicio de Neonatología las 24 horas del día y los 365 días del año.

Cuenta con numerosas consultas anuales tanto obstétricas como de patologías neonatales que llegan al efector de forma voluntaria o derivados de los Centros de Salud correspondientes a cada usuario, los cuales proceden a derivar embarazos de riesgos o con diagnósticos prenatales de intervención quirúrgica, ya que la misma fue catalogada como centro referente de cirugía neonatal.

Definiendo la organización podría decirse que es compleja y estable en la cual pueden visualizarse diferentes modos de gobernanza entre las que se destaca la Burocracia Profesional apoyada en la estandarización de conocimientos y habilidades, el núcleo operativo es amplio y está conformado por médicos y enfermera/os que legitiman su profesionalismo, el staff de apoyo está conformado por mucamas, camilleros y personal administrativo.

-Planta Física

En cuanto a la infraestructura el servicio de Neonatología cuenta con 30 unidades de internación totalmente preparadas para afrontar cualquier tipo de patología neonatal, para pacientes menores de un mes egresados desde nuestra institución o de otras instituciones de menor nivel de complejidad y que permite brindar respuesta a los requerimientos de salud que puedan presentar los recién nacidos.

Consta de área crítica, cuidados intermedios y sector cunas, un lactario, un consultorio de guardia neonatal (abierto los 365 días del año y las 24hs. del día), un office

de enfermería central, un estar médico, un estar de enfermería, una sala de rayos y un sector de lavado de material e incubadoras.

La Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal cuenta con 15 unidades y la misma puede ampliarse en caso de observarse un incremento de internación. El sector de Terapia intermedia Neonatal cuenta con 7 unidades, allí se encuentran los recién nacidos que, habiendo superado un estado crítico de salud por lo cual debieron permanecer en Cuidados Intensivos, deben continuar internados para completar su crecimiento ponderal y madurativo con recuperación definitiva hasta el alta. En esta Unidad también ingresan los niños que requieren cuidados especiales, como por ejemplo, recién nacidos con bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino, o alto peso que deben recibir controles clínicos y bioquímicos más asiduos, así como aportes enterales y/o parenterales bajo estricta supervisión.

El sector Cunas cuenta con 8 unidades, donde se brinda asistencia a los recién nacidos que están en condiciones de externación o que requieran tratamientos de baja complejidad como luminoterapia, recuperación nutricional y administración de medicación vía oral, también casos sociales (adopción), la modalidad es la permanencia conjunta de la madre y su hijo, con el objetivo de fortalecer la formación de un vínculo temprano y favorecer la instauración de una lactancia exitosa.

La población que asiste a tal efector son los familiares (madres y padres) de los recién nacidos se caracterizan por ser en su mayoría adolescentes, adultos jóvenes o madres solteras que provienen de familias numerosas con gran número de hijos, con un nivel de escolaridad completo en el nivel primario, en la mayoría de los casos, viven bajo un mismo techo varios integrantes de la familia, no poseen todos los servicios básicos, excepto agua potable, cuentan con núcleos familiares inestables, variabilidades del principal responsable del sustento familiar, inestabilidad laboral y en muchas casos el único ingreso económico es el de los planes que les otorga el gobierno.

- Trabajadores de UCIN

En cuanto a los trabajadores del equipo de salud que integran el sector y desempeñan su rol dentro del área de UCIN, los mismos pertenecen a diversas disciplinas, y se caracterizan por ser profesionales especializados en Neonatología. Los diferentes actores de carácter asistencial que integran este escenario son, médicos pediatras, Neonatólogos, cuya función es la atención basada en la cura del neonato y quienes brindan el informe a diario a los familiares. Y los Enfermeros y Licenciados en enfermería, encargados del cuidado del

recién nacido y la contención a los familiares. Otros trabajadores del equipo de permanencia en el servicio son, el Kinesiólogo y Radiólogos. El resto como, ecografistas, Oftalmólogos, Cirujanos de diversas especialidades, Equipo de salud mental y Trabajadores sociales, con los cuales se solicitan interconsultas de acuerdo a la necesidad de cada sujeto, tienen asistencia eventual al servicio. En el caso del equipo de salud mental y trabajadores sociales se encuentran en el 5to piso del edificio, acudiendo al servicio si se solicita alguna intervención, no pudiendo sostener misma contención los fines de semana o en horarios Cirujanos de diversas especialidades nocturnas que permanecen al llamado.

Los demás miembros que integran la UCIN son las mucamas, camilleros y personal administrativo que conforman los servicios de apoyo, estos tiene los mismos horarios que el staff de enfermería turnos de 6 horas, a excepción de quienes hacen horas extras que trabajan 12 horas diarias y horarios rotativos. Las mucamas se encargan de la limpieza y el orden de la sala y abastecer algunos insumos que se necesiten de imprevisto. Los camilleros están al llamado para los traslados tanto del binomio (madre/hijo), de los recién nacidos a la UCIN, como de las mamás en camilla desde la sala de partos a la habitación o en sillas de ruedas para las visitas en neonatología. Y el personal administrativo es el encargado de organizar los ingresos de las visitas y las consultas por guardia tanto obstétrica como neonatal, llevan control de los ingresos y altas y tramitan los traslados o las comunicaciones con otros efectores o profesionales. El staff médico está conformado por médicos en su mayoría de planta permanente y dentro de los cuales hay jefes de servicio, jefes de guardia, residentes de neonatología y pediatría. Los médicos de guardia realizan horarios de 24 horas, los enfermeros turnos de 6 horas, en algunos casos hacen horarios extensibles de acuerdo a la necesidad de cada uno y a la demanda del servicio, los médicos de cabecera realizan turnos de 8 horas de lunes a viernes y el resto de los profesionales asisten cuando se solicita algún tipo de interconsulta a excepción del oftalmólogo que realiza el control periódico a los prematuros para la prevención de Retinopatía del Prematuro (ROP).

7. MATERIAL Y MÉTODOS

a) El abordaje de investigación cualitativa

En la presente investigación, la formulación de los objetivos planteados condujo a adoptar un abordaje metodológico cualitativo, como medio para lograr una mejor descripción de la problemática delimitada en este estudio. Por lo cual, en esta etapa se trata de correlacionar la Cultura Organizacional con la satisfacción laboral desde la percepción de los médicos y enfermeros del área de Neonatología de la Maternidad Martín de la ciudad de Rosario, con el objetivo de conocer cómo influye la cultura organizacional en su satisfacción laboral, desde la percepción de su propia realidad. Es por ello, que la vía de acceso al conocimiento de dicho estudio, se ha configurado por medio del enfoque cualitativo ubicado dentro del paradigma interpretativo o comprensivo, orientado a profundizar en la subjetividad de los individuos, desde las percepciones, opiniones, creencias y conocimientos de los sujetos encuestados, quienes son considerados como productores de sentido; según Minayo, *“profundizando en el mundo de los significados, relaciones humanas, actitudes, creencias y valores”*(Minayo, M.C, 1997, pág 95). Este aporte será de gran riqueza e interés a este estudio que busca perspectivas individuales sobre la satisfacción de los trabajadores de la salud en su ambiente de trabajo.

b) Tipo de estudio

Se realizó un estudio exploratorio, ya que se han encontrado escasos estudios en Argentina relacionados a la problemática y dentro del efector seleccionado, considerando que los estudios sobre cultura organizacional están mayormente ligados a estrategias empresariales o de marketing. Se utilizó un diseño de tipo descriptivo, donde desde el trabajo de campo lo que se busca es conocer la percepción sobre cultura organizacional y la satisfacción de los propios trabajadores en su lugar de trabajo. En relación al momento de recolección de datos, el estudio es de corte transversal, ya que los mismos se recogieron en un solo momento y en una única aplicación de los instrumentos.

c) Población de estudio y Muestra:

En función de las características del objeto de estudio y del tipo de abordaje metodológico que se plantea en esta investigación, para la selección de las unidades de análisis, se realizó por decisión de la investigadora un muestreo no probabilístico, dirigido, con la intención de obtener las cosas (personas, contextos, situaciones) que resultan de interés para el investigador y que aportan gran riqueza a la recolección y análisis de los datos, donde lo que se pretende lograr es un conocimiento intensivo, profundo y detallado de las información para así poder estudiar en profundidad la pregunta de investigación (Troncoso, C 2017)

El muestreo seleccionado fue *por disponibilidad*, en aquellos sujetos que reunían los criterios establecidos, para lo cual se realizaron reiteradas visitas en diferentes turnos y guardias. Se informó sobre el objetivo y propósito de estudio y se solicitó a quienes estuvieran disponibles y aceptaran, responder la entrevista en un espacio físico adecuado, durante el tiempo de menor flujo de trabajo. Dicho muestreo culminó, cuando dejó de aparecer información nueva, evitando de este modo caer en aquella información que terminara resultando reiterativa.

En cuanto al número de unidades de análisis fueron 10 (diez). La etapa de recolección de datos finalizó cuando la información encontrada, como dice Morse, logro aportar la riqueza al estudio. Por tal motivo, la investigadora fue quien tomó como momento de saturación de la información, aquel en donde las entrevistas ya no aportaban algo novedoso, distinto para dar respuesta a la pregunta de investigación (Mayan, M. 2009).

Población de estudio:

-Trabajadores de salud del área de UCIN de Maternidad Martin, enfermeros y médicos pediatras, neonatólogos de staff de planta.

Los mismos fueron seleccionados teniendo en cuenta los criterios de inclusión/ exclusión para posibilitar el análisis y la divergencia sobre la temática que se desea indagar desde su propia opinión:

Siendo incluidos:

- Enfermeros y Licenciados en enfermería que se desempeñen en UCIN que tengan como mínimo un año de antigüedad en el servicio
- Médicos de staff (pediatras, neonatólogos) cuya condición contractual sea planta permanente y con antigüedad en el servicio de UCIN superior a 1 año. El fundamento en relación a los criterios de inclusión, está dado por la permanencia en el sector.

Siendo excluidos:

- Todos los trabajadores de la salud que tengan concurrencia eventual al servicio de UCIN.
- Personal con funciones en gestión
- Los informantes claves, que participaron en la entrevista para reconstruir la historia de la Maternidad.

d) Ámbito de realización del estudio

Maternidad Martin

El lugar seleccionado donde se identifica la problemática planteada, es una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) de Maternidad Martin perteneciente a la red de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, ubicado en la zona centro de la ciudad de gran accesibilidad geográfica que recibe pacientes de 34 Centros de Salud distribuidos en 5 distritos a través del Programa Materno Infantil (PROMIN). La política Institucional se basa en ser una maternidad de “puertas abiertas” es decir sin rechazo de usuarios, tengan o no cobertura social. Es la maternidad más importante de la ciudad de Rosario, dedicada a la atención exclusiva de las mujeres embarazadas con patologías, control y atención del parto, post-parto y el cuidado del recién nacido.

e) Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de información

Dentro de la instancia del diseño metodológico, se determinaron y plantearon los métodos y técnicas de recolección de datos, teniendo en cuenta la construcción del objeto de estudio, el cual es definido por Bourdieu, como aquel que se conquista, construye y comprende.

En concordancia con los objetivos planteados, los datos se obtuvieron de fuentes primarias a través de la entrevista, con la finalidad de obtener información desde las opiniones, conocimientos, perspectivas y sugerencias en cuanto a la práctica y vivencia cotidiana de los sujetos de investigación.

Acordando con la Antropóloga Diana Milstein (2007), quién plantea la importancia de lograr espacios de diálogos, conversaciones que fluyan, poniendo énfasis en lo crucial del lenguaje y lo rico que resulta poder observar de éste los gestos, palabras, miradas, posturas, tonos de voz, intercambios verbales y no verbales, agudizando la observación y la escucha. El describir estas situaciones, permite, obtener documentos de primera mano y así construir o convertir los datos obtenidos de la entrevista.

El instrumento de recolección de datos fue elaborado por la investigadora, considerando a la entrevista como el instrumento más eficaz para obtener información completa, con la intención de abordar al sujeto individualmente, profundizar en el tema e indagar sobre aquellos aspectos más relevantes o de interés durante el desarrollo de la misma, pudiendo al mismo tiempo observar los gestos, tono de voz y reacciones del entrevistado.

El mismo contiene una lista de preguntas generales, que oficiaron de guía para el desarrollo de la entrevista, otorgando al sujeto la libertad de dar la información que considere pertinente respecto al asunto sobre el cual se está interrogando. También contiene una pregunta abierta la cual será disparadora de cómo sienten, piensan y actúan los sujetos, dando cuenta de la satisfacción de los mismos en su ámbito de trabajo (Anexo I)

Para la confección del mismo, se tuvieron en cuenta determinados parámetros para conocer la cultura organizacional, obtenidos de estudios mayormente ligados al ámbito empresarial. Lo novedoso en relación a la confección de dicho instrumento, fue seleccionar las categorías que resultaron de mayor interés y adecuarlas al ámbito de las instituciones hospitalarias de salud. Estas categorías permiten conocer u explorar la cultura que atraviesa dicha institución y por supuesto a los trabajadores que allí se desempeñan, así como el sentimiento de los mismos en su ambiente de trabajo.

La técnica de recolección de datos seleccionada fue una entrevista semi-estructurada, buscando captar lo que cada individuo siente, piensa y actúa, desde sus creencias, percepciones y perspectivas lo que de algún modo hace que interpreten su propia realidad.

Con esta información, teniendo en cuenta el abordaje metodológico y el interés del estudio, se elaboró un listado con las categorías más relevantes. De acuerdo al objetivo de la investigación, se seleccionaron **dos (2) categorías** (Cultura organizacional y Satisfacción laboral). De la categoría Cultura organizacional y teniendo en cuenta los objetivos específicos de la investigación, se crearon cinco **(5) sub-categorías**: 1. *Profesionalismo*; 2. *Ilusión en el trabajo*; 3. *Compromiso*; 4. *Comunicación*; 5. *Mejora continua*. Cada una de estas sub-categorías cuenta con preguntas disparadoras útiles para el trabajo de campo, como guía para el desarrollo de la entrevista y la recolección de datos.

En relación a la categoría Satisfacción laboral, se formuló una (1) pregunta abierta permitiéndole al encuestado responder libremente, sobre el sentimiento que despierta el desempeño en su ámbito laboral como trabajador de la salud.

Aspectos Éticos:

Se elaboró un “consentimiento informado” (Anexo II), el cual se entregó a los encuestados por duplicado al momento de realizar la entrevista, una copia para el entrevistado y otra copia para el investigador. De igual modo se explicó verbalmente en qué consistía la investigación, el objetivo y su finalidad, así como el deseo voluntario de participar o de retirarse cuando así lo desee, dejando establecido que su identidad no será revelada, asegurando respetar su anonimato.

f) Procedimientos para el análisis de la información

En cuanto a la dinámica y modalidad de la entrevista, fue guiada a través de preguntas semiestructuradas, y la investigadora del estudio fue la responsable de encuestar a los sujetos. La entrevista fue pautaada, mediante previo acuerdo con la jefa del sector, tanto médica como de enfermería, sobre días y horario pertinentes que no interfieran o superpongan con las rutinas y normas de servicio. Así como también se acordó un espacio armónico, donde no se produzcan interrupciones durante el relato.

A priori al desarrollo de la entrevista como se mencionó anteriormente, se explicaron los objetivos y propósitos de la investigación y al mismo tiempo se otorgó un consentimiento informado donde la persona encuestada, firmó la aceptación voluntaria de su inclusión en el estudio, garantizando la confidencialidad de la información y su anonimato. Para captar, registrar y posteriormente analizar la información, se utilizó como medio, la grabación de la entrevista y el registro escrito. La información obtenida fue comprendida desde una perspectiva analítica para los abordajes cualitativos, adoptando un enfoque de contenido orientado por las categorías seleccionadas y de este modo se reconstruyeron los saberes, opiniones y perspectivas de cada uno de los trabajadores de la salud sobre su entorno de trabajo, su cultura y el sentir que despierta ello en cada uno de estos sujetos.

Para la identificación de cada testimonio, se elaboró una codificación de acuerdo a cada encuesta, identificando el número de entrevistas, la fecha y una letra asociada a la disciplina del encuestado, referenciando con la letra M (médico) y E (enfermero).

La lectura de los datos recolectados se realizó de manera minuciosa, organizando diagramas sobre aquellos discursos que se daban con mayor frecuencia sin dejar de lado la perspectiva y dinámica de todas las voces. Una vez ordenada en papel la información, se instaló el programa de análisis de datos cualitativos NVivo 12, donde se volcaron las entrevistas, se establecieron nodos teniendo en cuenta las categorías seleccionadas y se fue

codificando la información de acuerdo a cada una de las sub-categorías, sin desviar el foco de interés centrados en el supuesto y en los objetivos de estudio.

Por otro lado, el proyecto de investigación también cuenta con el valioso aporte de informantes claves, en quienes se indagó sobre aspectos atinentes a la temática tratada en este trabajo, sobre todo, en apoyo de la escasa documentación que en relación con el recorrido de la sala de neonatología de la Maternidad Martín, se ha encontrado al momento de realizar el estudio (Anexo III).

g) Definición operativa de términos

Dado que esta es una decisión propia del investigador y de cada investigación, teniendo en cuenta el marco teórico y el objeto de estudio se desarrollan las siguientes definiciones de las categorías principales (dos) y subcategorías (5) de análisis para orientar la indagación empírica:

Categoría de análisis principal:

1-Cultura Organizacional: estructura profunda de la organización, arraigada a los valores, creencias y principios de los miembros que la conforman. Es concebida como un conjunto de valores compartidos y normas sostenidas por los trabajadores que guían las interacciones que se establecen entre pares, jefes y sujetos de atención.

Esta información se obtuvo de las respuestas de las entrevistas realizadas a cada uno de los trabajadores de UCIN durante el período de estudio.

Sub-categorías de análisis:

1. Profesionalismo: Cada experiencia es única, individual por lo tanto los sentimientos en relación al desarrollo de la práctica son meramente personales e individuales.

Obtención de información: se obtuvo de la expresión con respecto al desarrollo de las actividades que realiza en el servicio y los sentimientos en relación a las actividades y tareas que lleva a cabo con sus colegas, la percepción en función de sus destrezas y habilidades y el aporte de las mismas al desarrollo de las tareas en el servicio y sus sentimientos de autonomía en el desarrollo de sus prácticas.

2. Ilusión en el trabajo: la información se obtuvo de la expresión de sentimientos al llegar al lugar de trabajo, vivencias en relación al trato con sus pares y con su ambiente de trabajo y la perspectiva de desarrollo profesional en el servicio.

3. Compromiso: *Información recabada indagando la tendencia de los sujetos a realizar aportes y sugerencias que proporcionen mejoras en el servicio, el modo de actuar ante los conflictos y sus sentimientos en relación a su participación en la toma de decisiones y a las propuestas de acciones de mejoras que aporten al servicio.*

4. Comunicación: *Obtención de información desde la percepción de acuerdo a la transmisión de las directivas institucionales, sentimientos en relación al tiempo compartido con sus pares, el desenlace y fluidez en la comunicación entre ellos.*

5. Mejora continua: *se indagó sobre la percepción en cuanto a la tendencia del servicio a realizar innovaciones en sus hábitos y rutinas, la perspectiva de los sujetos en cuanto a la capacitación continua por parte del efector hacia ellos como trabajadores de la salud y el logro de encuentros regulares, periódicos, diversos espacios que propicien debates como equipo de trabajo.*

Categoría de análisis principal:

2-Satisfacción Laboral: el placer en el trabajo está ligado a la satisfacción de las personas con el mismo. El trabajo debe ser significativo y para que ello suceda, el trabajador debe percibir que participa en la identificación y resolución de los problemas pudiendo intervenir en la organización, planificación y control de su actividad. De este modo se sentirá motivado, percibirá sus propios logros, sus sentimientos serán positivos, favoreciendo sus relaciones, así como su crecimiento y desarrollo laboral dentro de la organización.

Los datos sobre esta categoría de análisis se obtuvieron del sentir que despierta el trabajo que realizan habitualmente y de las expectativas de crecimiento y desarrollo personal dentro del efector de salud de los trabajadores médicos y enfermeros de UCIN.

8. ANÁLISIS DEL DISCURSO

En este estudio, y como refleja García, M (2017) en su foro “Itinerarios y operaciones del Análisis del Discurso”, el análisis de discurso sigue una determinada dirección ya que las categorías fueron precisadas con anterioridad, estando tanto la entrevista como el análisis de discursos, orientados por esos conceptos.

El procedimiento de análisis cualitativo que se aplicó a las categorías de estudio cultura organizacional y satisfacción laboral, implicó agrupar los datos dentro de las categorías teniendo en cuenta las 5 sub-categorías establecidas a priori, que fueron utilizadas como guía de entrevista. Posteriormente, se realizó un análisis inductivo, es decir a partir de los relatos de los trabajadores de la salud, médicos y enfermeros de la sala de UCIN de la maternidad, donde se realizó una lectura inicial para encontrar la idea global del contenido, detectar relaciones y categorías iniciales. A partir de allí se realizó un proceso de reducción llamado segmentación, a través del cual se dividieron los diversos discursos en fragmentos que contenían una misma idea. A cada idea se le asignó un código, para luego poder agrupar cada segmento a la categoría correspondiente, para lo cual se revisaron las categorías iniciales. Se pensó en un sistema de categorías inductivo, ya que no se encontraban preestablecidas sino que fueron emergiendo de los propios relatos. Los resultados obtenidos durante el análisis cualitativo fueron presentados mediante relatos textuales de los trabajadores de la salud.

Según Santander (2011) el análisis de discurso se inscribe dentro del saber cualitativo, formando parte del paradigma interpretativo. De acuerdo a la metodología de esta investigación, basada en las ciencias sociales y en el paradigma interpretativo, se utilizó la técnica de entrevista para recabar los datos, donde aparece el lenguaje de los sujetos enmarcados en textos, para lo cual fue necesario que los mismos sean leídos y analizados para una correcta interpretación, debido a su naturaleza discursiva.

Este paradigma interpretativo le reconoce al lenguaje una función no solo referencial (informativa) y epistémica (interpretativa), sino también creativa o generativa, lo cual enriquece aún más el saber cualitativo.

Es importante tener en cuenta que al analizar los discursos, los datos o información obtenidos, no necesariamente son un reflejo de lo que realmente ocurre, sino que lo que va quedando de ellos son huellas, pistas, hebras, que el investigador debe saber describir e interpretar.

El tipo de análisis se realizó teniendo en cuenta la pregunta directriz, la cual apunta al objeto de estudio y de la cual se desprendió el objetivo general, ya que lo que se pretende, es cumplir con el objetivo de conocer la cultura organización y la satisfacción laboral de los trabajadores de la salud de UCIN. De este modo, es que se pretende dar respuesta a la pregunta de investigación formulada a priori logrando ampliar u obtener un nuevo conocimiento.

Con respecto a la diversidad de datos, en el proceder analítico cualitativo, fueron llamativos muchos de ellos, siendo incorporados en el análisis y considerados emergentes solo aquellos que apuntaban a responder la pregunta de investigación y que permitieron llegar al objetivo.

Teniendo en cuenta que el análisis depende y está orientado por el objetivo general, durante el mismo fue primordial ir discriminando entre aquello que interesaba y aquello que no, aunque llamara la atención, fue necesario ir y venir una y otra vez, preguntándose sobre la problemática inicial, seleccionando solo aquello que responde a la pregunta de investigación y que motivó a la investigadora a realizar el estudio.

Se utilizó para el análisis las categorías conceptuales: *cultura organizacional y satisfacción laboral*, teniendo en cuenta sus dimensiones operativas: *Profesionalismo, Ilusión en el trabajo, Compromiso, Comunicación, Mejora continua*.

En esta etapa y de acuerdo a lo que plantea Santander “... *El análisis irá acompañado de la teoría considerada necesaria, para poder observar científicamente los discursos, teniendo en cuenta que el investigador a priori a realizar el análisis, se ha nutrido conceptualmente sobre la temática de interés*”. (Santader, 2011, pág 68)

9. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1. Datos de los entrevistados

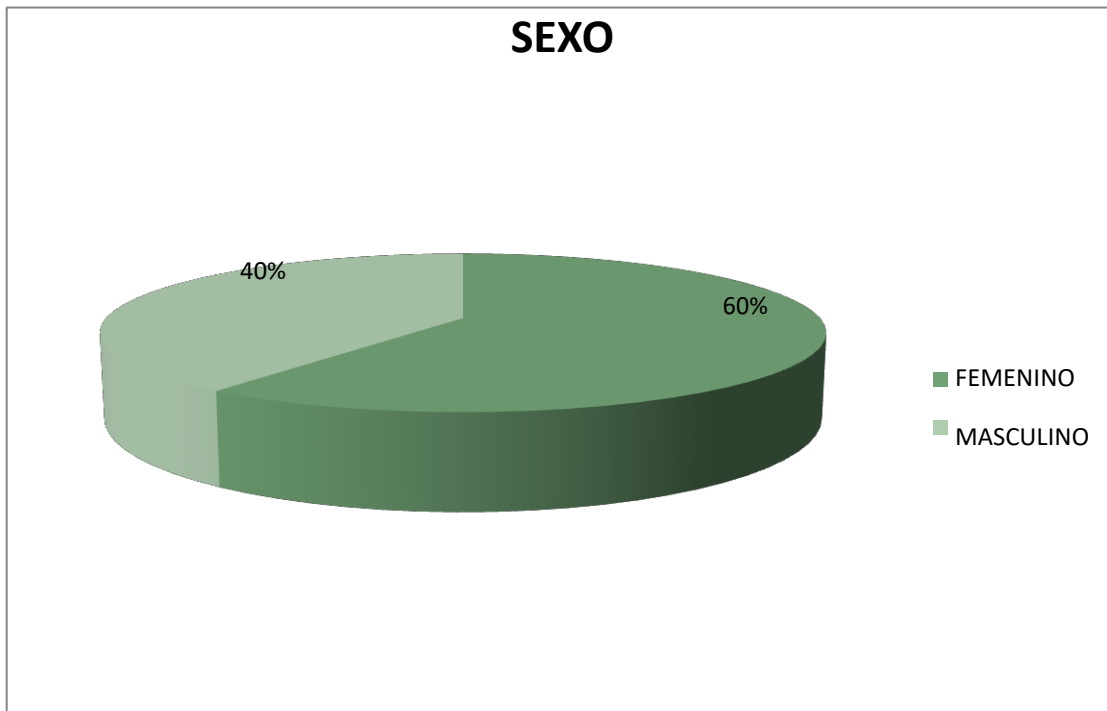
A fin de preservar la identidad de los sujetos entrevistados, a continuación se presenta una tabla con datos de los mismos y las entrevistas codificadas del 1 al 10 para contextualizar los relatos y oficiar de referencia en el análisis de los discursos.

Nº entrevista	Edad	Sexo	Antigüedad en el sector	Disciplina
1	34 años	Fem	12 años	Enfermero
2	32 años	Masc	11 años	Enfermero
3	38 años	Fem	12 años	Enfermero
4	53 años	Fem	13 años	Médica Neonatóloga
5	35 años	Fem	12 años	Enfermero
6	52 años	Fem	27 años	Enfermero
7	31 años	Masc	6 años	Enfermero
8	42 años	Masc	12 años	Médico Neonatólogo
9	46 años	Fem	18 años	Médica Neonatóloga
10	50 años	Masc	12 años	Médico Neonatólogo

2. Características personales de los entrevistados

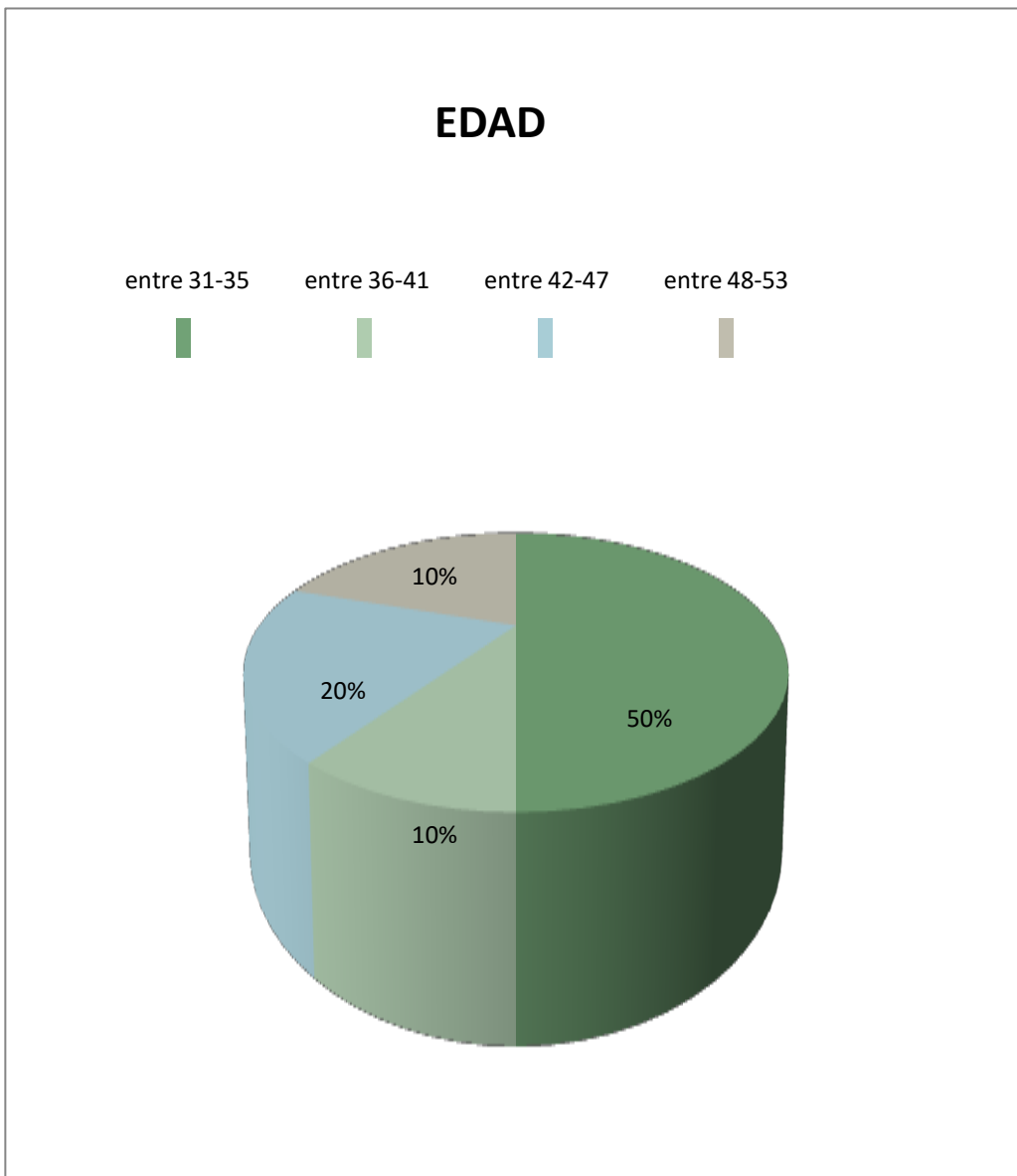
Del total de la población entrevistada con respecto a la distribución de los mismos por sexo, la mayoría de la población (60%) fue representada por mujeres (Gráfico 1)

Gráfico 1: Distribución población de estudio según sexo.



Fuente: Entrevistas realizadas

Gráfico 2: Distribución población de estudio según edad.



Fuente: entrevistas realizadas

De acuerdo a la agrupación por rangos de edad, la mayoría de los entrevistados (50%) se encuentra en el rango de edad entre 31-35 años, es decir, adultos maduros que representan en mayor porcentaje los médicos y enfermeros más jóvenes dentro de la institución. Coincidiendo el mismo porcentaje de los grupos etarios entre 42 a 47 años - 48 a 53 años quienes representan el 40% de la población en estudio de mayor edad y solo una minoría 10% se encuentra representada en el rango de 36 a 41 años de edad. Se establecen los presentes rangos etarios considerando asociados a la edad, la madurez del sujeto desde su percepción en relación a las diversas situaciones dentro del ámbito laboral.

Gráfico 3: Distribución población de estudio según antigüedad en el sector (UCIN).

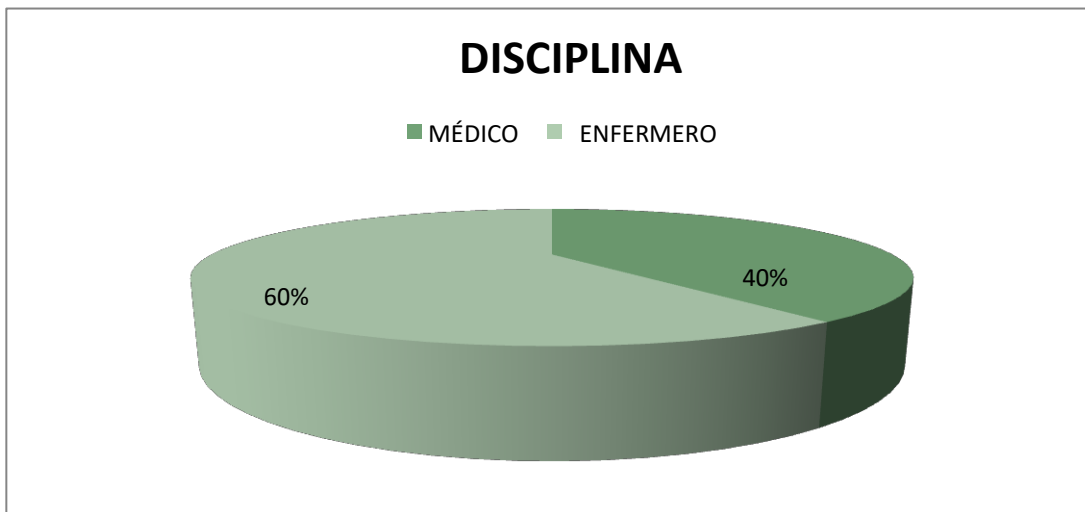


Fuente: Entrevistas realizadas

En relación a la antigüedad de los entrevistados en el sector de UCIN, el mayor porcentaje (70%) está representado en un rango entre 11 y 16 años de antigüedad en el mismo, un 10% esta representado por debajo de los 10 años de antigüedad y un 20% por encima de 16 años, siendo estos, los trabajadores de mayor antigüedad en el servicio. Estos datos reflejan que predominan trabajadores relativamente nuevos en el sector, coincidiendo con el grupo etario al cual pertenecen que representan los más jóvenes dentro del efector.

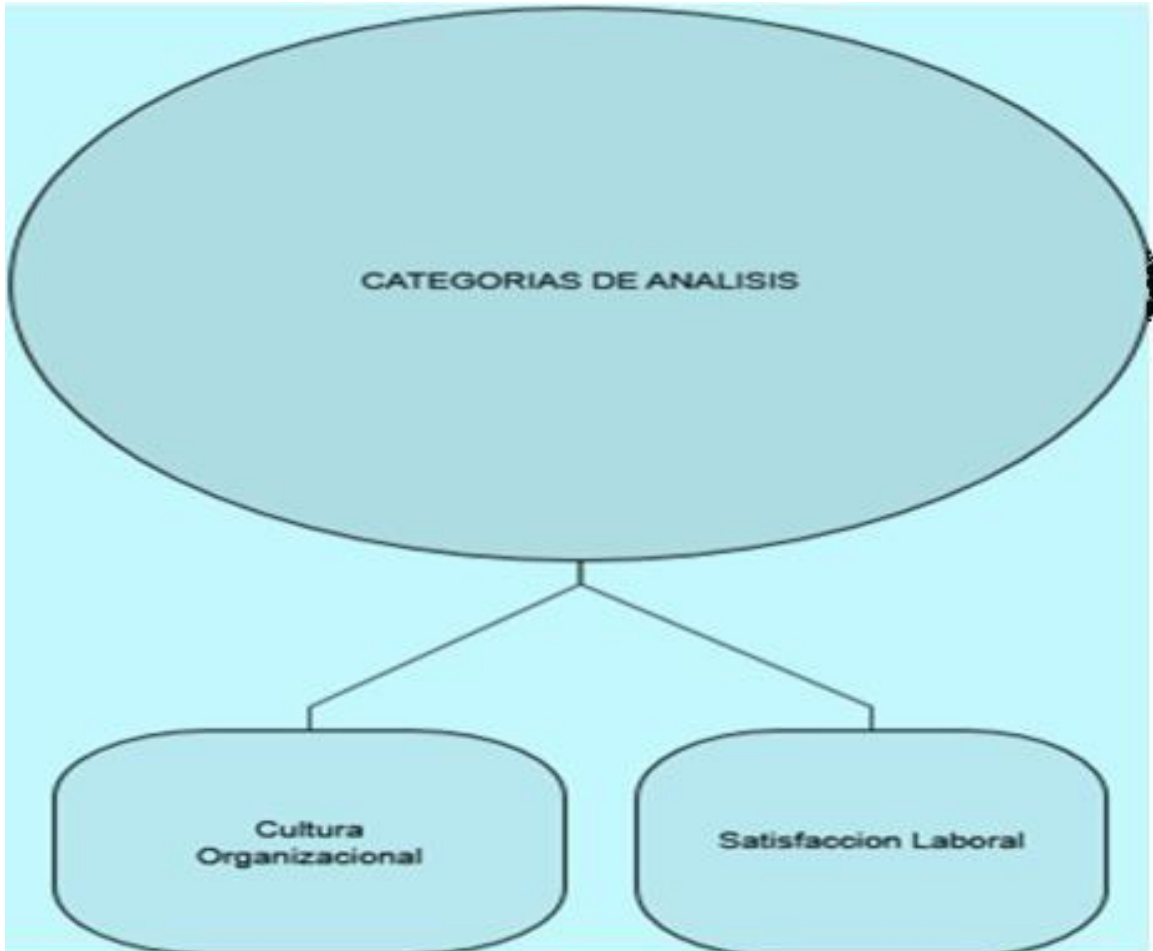
Y como último dato recabado de cada una de las entrevistas realizadas, teniendo en cuenta que la participación a las mismas fue por disponibilidad, el mayor porcentaje de quienes decidieron participar de las entrevistas y formar parte del estudio, estuvo representada en un (60%) por los enfermeros de UCIN en relación a los médicos (40%) (Gráfico 4)

Gráfico 4: Distribución población de estudio según la disciplina



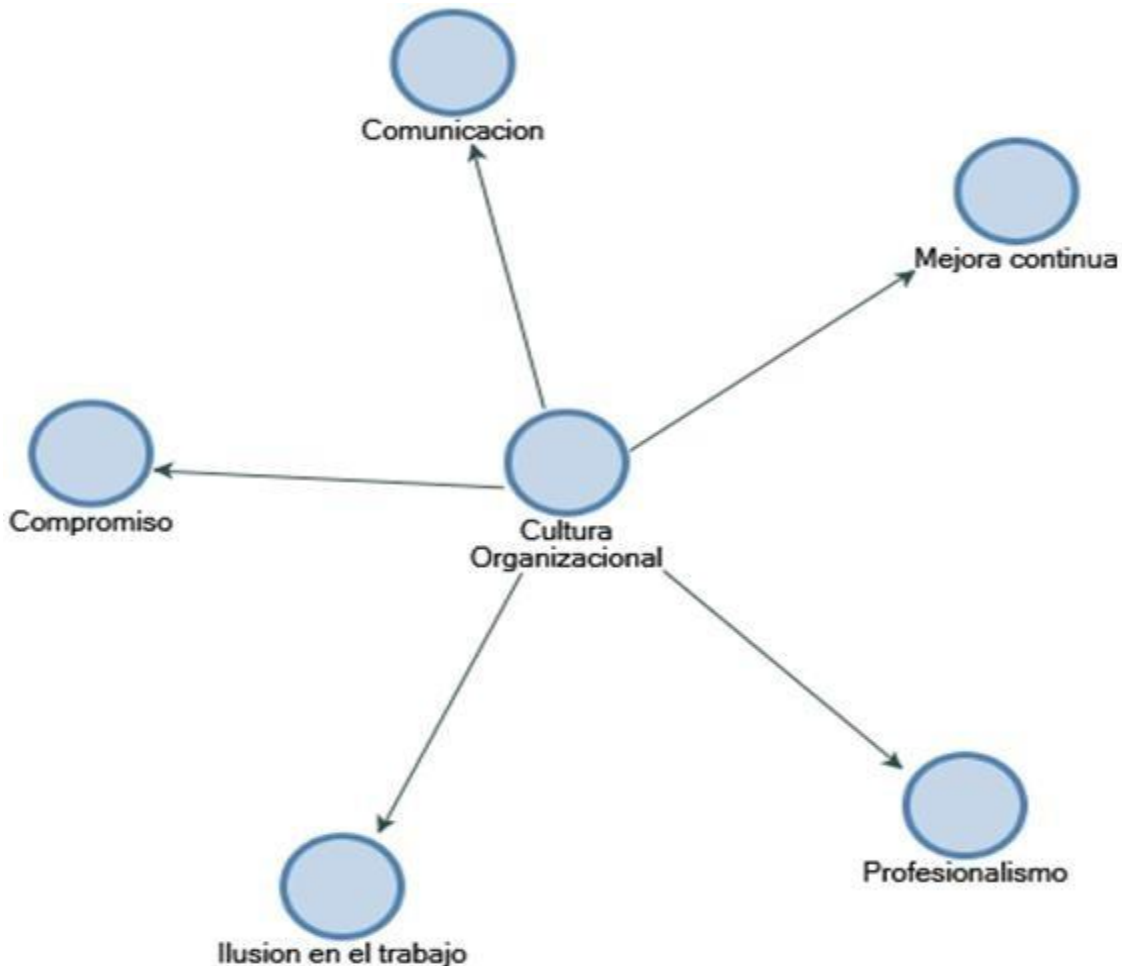
Fuente: Entrevistas realizadas

3. Categorías de análisis cualitativo



a- Cultura Organizacional

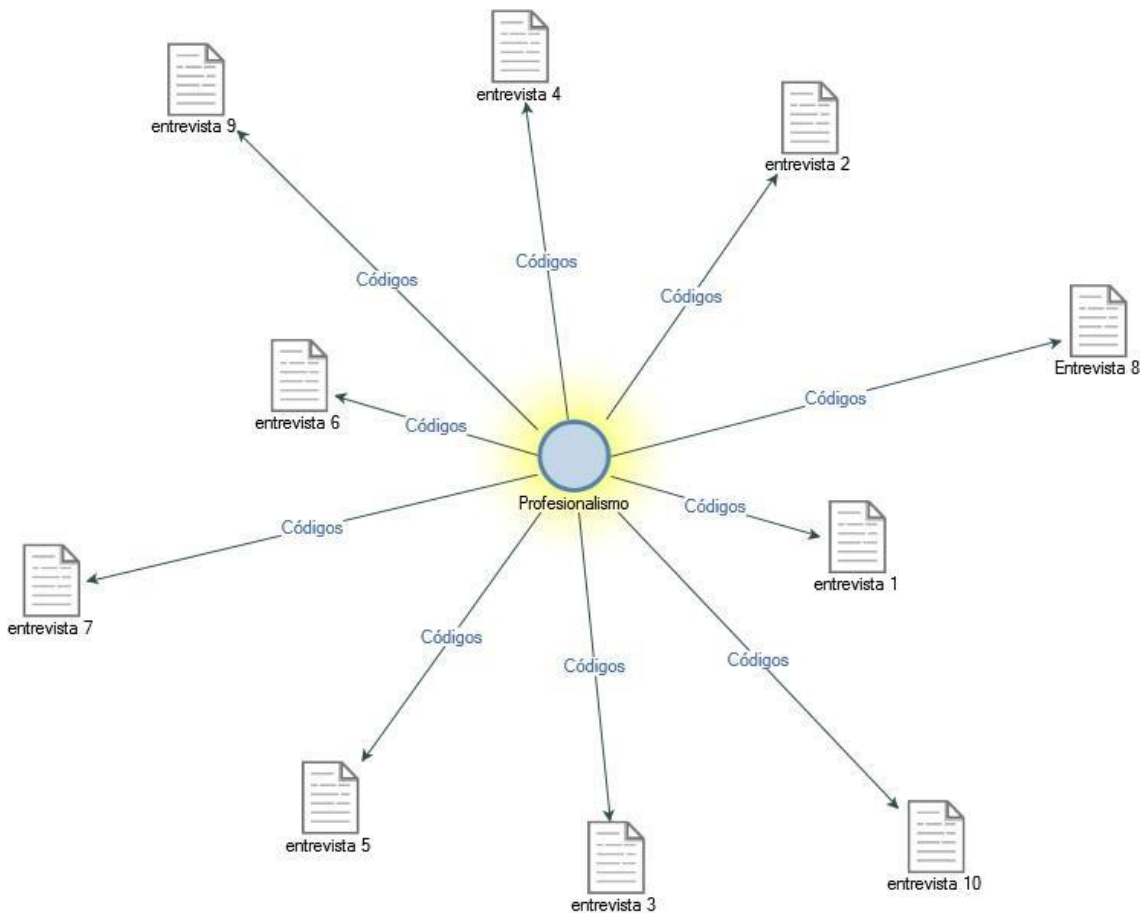
Figura 1: Diagrama de la categoría de análisis “Cultura organizacional” con sus respectivas sub-categorías preestablecidas en el desarrollo de las entrevistas



Fuente: Investigador del estudio

Dicho diagrama representa la categoría de análisis “cultura organizacional” con sus cinco sub-categorías abordada desde algunas preguntas que oficiaron de guía para el desarrollo de las entrevistas.

Figura 2: Representación de la sub- categoría “Profesionalismo” desde la perspectiva de los diversos actores entrevistados



Fuente: Entrevistas realizadas

Con respecto al desarrollo de las actividades y tareas dentro de la sala con el resto de los colegas, la mitad de los sujetos entrevistados (3 enfermeros y 2 neonatólogos) coinciden en que hay compañerismo y colaboración entre colegas cuando la dinámica de trabajo así lo requiere, es decir ante un imprevisto o urgencia (entrevistas nº 1, 6, 7, 9, 10), lo cual difiere con las (entrevistas nº 2, 4) en que se produce una fragmentación en el trabajo, no hay trabajo en equipo, sino por áreas y al mismo tiempo se observa un cierto individualismo en las prácticas. En los entrevistados nº 5 y 9 (una enfermera de 12 años de antigüedad y una neonatóloga de 18 años de antigüedad) se hace referencia en los relatos que el trabajo resulta ser más grato dependiendo con quien se comparte la guardia “no se trabaja de igual manera con todos”

Los entrevistados nº 5, 6, 9 y 10 (dos enfermeras y dos neonatólogos) consideran que hay una buena organización del trabajo, siendo que 3 entrevistados nº 3, 7, 8 (dos enfermeros y una neonatóloga) refieren que la dinámica del trabajo es muy rutinaria. Los entrevistados 5 y 10 (enfermera y neonatólogo) reflejan que se sienten escuchados por los jefes, pero no reciben ningún tipo de respuesta. Esto se da ante cualquier situación, coincidiendo en que

las respuestas se obtienen cuando el problema se ha agravado y la gente está muy enojada.

Un solo entrevistado nº6 (*enfermera de 27 años de antigüedad en el sector*) expresa ciertas rivalidades que se vivencian con los médicos, así como el predominio del modelo médico hegemónico en lo cotidiano, haciendo hincapié en que el problema se da con las nuevas generaciones “*antes esto no pasaba, trabajábamos a la par...*”

Y sólo el entrevistado nº 8 (*neonatologo de 12 años de antigüedad en el sector*) muestra que existe una gran resistencia al cambio “*más vale, quedémonos como estamos...*”

Entrevista 2: (*enfermero de 11 años de antigüedad en el sector*)

“...enfermería trabaja en equipo pero no se puede lograr eso con otras áreas, por ejemplo con los médicos, es decir, se trabaja en equipo pero no interdisciplinario”

Entrevista 4: (*neonatóloga de 13 años de antigüedad en el sector*)

“hay personas con las que puedes charlar, intercambiar cosas, y otras que dejan mucho que desear, como pasa con los neonatologos. Hay malas formas de decir las cosas, mal carácter y enfermería mucho no aguanta y a su vez son muy unidos entre ellos, ante alguna situación se pasan la pelota y te hacen pasar un mal momento. Hay mucha falta de respeto, cuestionamientos permanentes”

“el trabajo en general depende con quien trabajes, antes esto no pasaba éramos muy unidos” “...hoy en día, vienen ayudarte pero no es colectivo, siempre son los mismos otros están por otros lados, con su celular, tomando mate.”

Entrevista 5: (*enfermera de 12 años de antigüedad en el sector*)

“...dependiendo de quienes están de guardia, tenés más colaboración, podés trabajar más en equipo, o tenés muchos roces, discrepancias, diversidad de criterios...”

Entrevista 6: (*enfermera de 27 años de antigüedad en el sector*)

“hay compañerismo entre los mismos colegas, pero no con los médicos, con ellos, siempre hay rivalidades. Cosa que antes no sucedía, no sé si porque eran menos, pero antes nos llevábamos mejor con los médicos que con esta nueva camada, creo que esta generación es el problema.”

“...antes se dialogaba más, y creo que no tienen mucho respeto por la palabra de enfermería, dan las órdenes y solo la tenemos que cumplir...”

Entrevista 8: (*neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector*)

“El estrés que genera todo esto impacta en la atención de los pacientes por parte del personal”

Entrevista 9: (neonatóloga de 18 años de antigüedad en el sector)

“...cuando surgen las urgencias los equipos de trabajo se dividen y pasa que no con todos trabaja de la misma manera”

Entrevista 10: (neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector)

“...los jefes, te escuchan pero no te dan la mejor respuesta.”

En cuanto a la actividad que realizan, solo 3 entrevistados (dos enfermeros y un neonatólogo entre 11 y 12 años de antigüedad) expresaron sentirse desgastados, con deseos de irse por las desigualdades e injusticias, falta de compromiso, destrato y falta de respuesta a los reclamos (entrevistas n° 2, 3, 8). Los 7 entrevistados restantes coincidieron en que les gusta y aman el trabajo que realizan.

Entrevista 2: (enfermero de 11 años de antigüedad en el sector)

“no es igual para todos, quiero tener mis francos compensatorios sábados y domingos como le dan a la gente licencia por examen. Lo mío también es un derecho” “Los fines de semana somos siempre somos los mismos los responsables que hacemos doble guardia. Ya estamos cansados”

Entrevista 3: (enfermera de 12 años de antigüedad en el sector)

“...cuando entre acá, entre con muchas ganas de hacer cosas, pero me fueron bajando (los jefes), yo quería participar y no me daban el lugar, si no le caías en gracia a los jefes, te bajaban. O me anotaba para hacer determinadas cosas y nunca me llamaban. Esa selección era a dedo y seleccionaban esas personas que no hacían quilombo o no elevaban la voz. Yo pedía algo y me daban lo contrario. Me han tratado de contestadora, o de no adaptarme a ser sumisa, eso es lo que a ellos les conviene...”

Entrevista 8: (neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector)

“...amo mi profesión, pero hoy por hoy, pesa más la falta de compromiso, el destrato, la falta de respuesta a los reclamos. Todo esto cansa, desgasta. “No se puede trabajar así es un ambiente áspero todo el tiempo, todos quejándose permanentemente, no es algo cálido, agradable venir acá.”

Gran parte de los entrevistados (tres enfermeros y un neonatólogo entre 12 y 27 años de antigüedad en el sector) consideraron que sus capacidades y destrezas aportan al desarrollo de sus tareas en el servicio (entrevistados n° 1, 5, 6, 10). Mientras que otros tres entrevistados n° 2, 9, 4 (un enfermero y dos neonatólogos entre 11 y 18 años de antigüedad en el sector) coinciden en que se proponen mejoras y diversos aportes al servicio pero desde la jefatura no se sostienen ni se hace nada para llevar a cabo las propuestas. Y otros dos (entrevistados 8 y 7) sienten que tienen capacidades y destrezas pero se sienten desvalorizados y no

reconocidos por parte de sus colegas y superiores. Y los entrevistados 2 y 3 (*enfermeros entre 11 y 12 años de antigüedad en el sector*) coinciden en que hace tiempo no realizan más aportes porque nunca les dieron el espacio *“una vez que te bajan ya está, vengo cumplo mis horas y me voy...”*

Entrevista 2: (*enfermero de 11 años de antigüedad en el sector*)

“...no es igual para todos, quiero tener mis francos compensatorios sábados y domingos; ¿Cómo no nos pueden cubrir porque no tienen gente y a los que piden licencia por examen si los cubren?”. “Los fines de semana somos siempre somos los mismos los que hacemos doble guardia. Ya estamos cansados”

“Yo aportaba ideas, como para que me sigan y darle para adelante con eso, esto no pasaba...” “el “si” te lo dan, pero queda en esa respuesta y no trasciende, entonces eso desmotiva y te quita las ganas”.

Entrevista 8: (*neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector*)

“...no te dan ganas de hacer muchas cosas, “nadie te valora nada.” La gente está cansada por eso no quiere venir.”

Entrevista 9: (*neonatóloga de 18 años de antigüedad en el sector*)

“...muchas veces cuando querés incorporar cosas nuevas, surgen limitantes porque hay un jefe de servicio que es quien autoriza de algún modo estas cosas nuevas, y a veces pasa que está un poco fuera de la práctica y de lo novedoso”

Entrevista 3: (*enfermera de 12 años de antigüedad en el sector*)

“si me voy de acá es por una cuestión organizativa familiar, por querer horarios fijos, sábados, domingos y feriados, como una persona normal y sobre todo por el estrés que produce trabajar acá”. La neo estresa.

“Me estresa mucho lo crónico, hace un par de años que se convirtió en un lugar de pacientes crónicos, de mucha estadía. Donde no puedo ver la evolución, la recuperación. Esto fue a partir de que se descentralizó y pasó a ser centro de derivación de pacientes quirúrgicos. Es lindo ver el inicio, desarrollo y final”

La mayoría siente que tiene autonomía para realizar sus tareas, entrevistados nº 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 (*cuatro enfermeros y cuatro neonatologos entre 12 y 27 años de antigüedad en el sector*). El entrevistado nº 2 (*enfermero de 12 años de antigüedad en el sector*) refirió que

percibe autonomía, pero a su vez siente que no se oye la palabra de enfermería y que muchas personas se fueron el último tiempo. Del mismo modo que la entrevista n° 7 (*enfermero de 6 años de antigüedad en el sector*) expresa una autonomía aislada por el predominio del modelo médico hegemónico como última y única palabra.

Entrevista 2: (*enfermero de 11 años de antigüedad en el sector*)

“Todos trabajan de manera aislada, nada se comparte, y la palabra mayor y la última siempre la tiene el médico, esto pasa en lo cotidiano. Siempre las últimas decisiones la toman ellos y esto se ve en los diagnósticos, en las decisiones ante determinados tratamientos o procedimientos”

“...no se tiene presente la opinión de enfermería. Se escucha, pero no se oye. Esto no pasaba, todo se fue desvirtuando con el pasar de los años.”

“Y si hay algo que me llama la atención es que muchas de las personas que estábamos, hoy ya no están, decidieron irse, o pasan muchos partes de enfermos.”

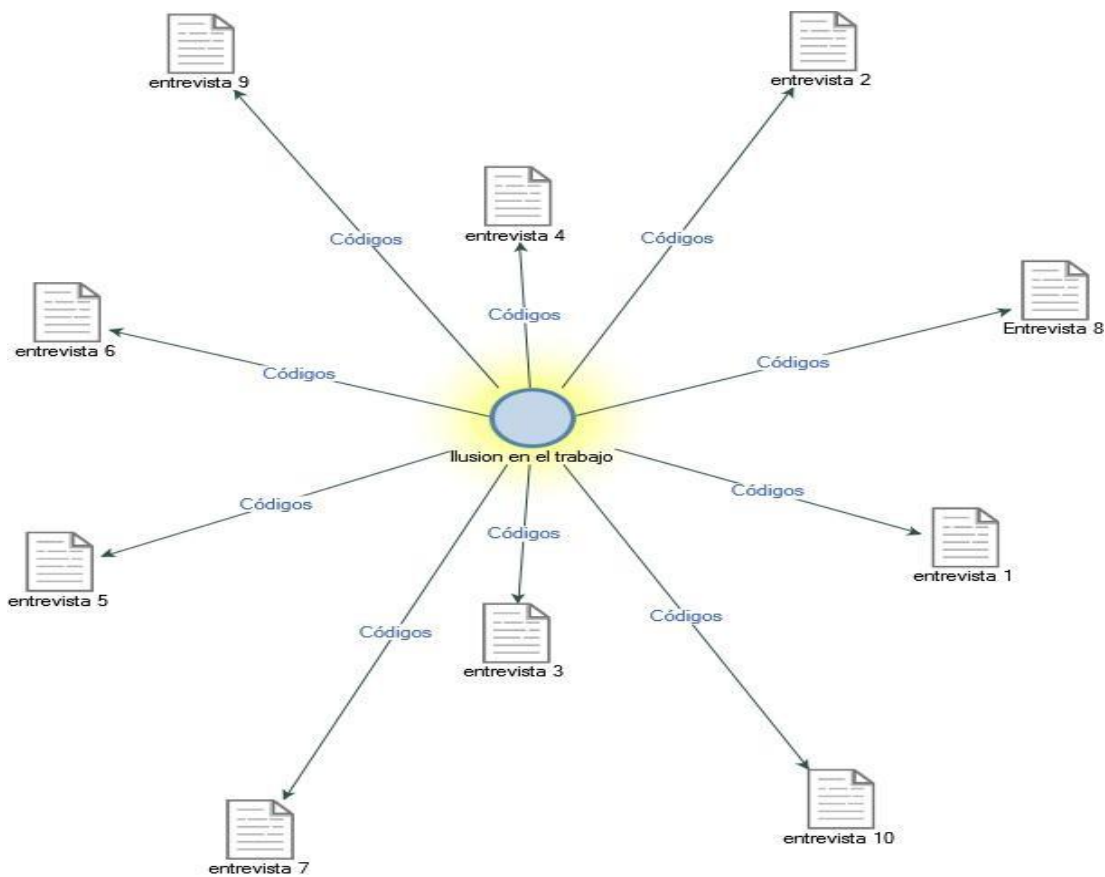
Entrevista 7: (*enfermero de 6 años de antigüedad en el sector*)

“...tengo autonomía, aunque casi siempre tenemos que terminar haciendo lo que dice el médico o la jefa.”

Figura 2-a: Palabras más frecuentes “Profesionalismo”



Figura 3: Representación de la sub-categoría “Ilusión en el trabajo” según las voces de los entrevistados



Fuente: Entrevistas realizadas

Al interrogar sobre el sentimiento al llegar al lugar de trabajo solo tres entrevistados n° 4, 9,1 (*dos neonatologos y una enfermera*) expresaron que acuden contentos al trabajo, mientras la mayoría, cuatro entrevistados n° 2, 7, 3, 8 (*dos enfermeros y dos neonatologos*) refieren no tenés ganas de ir y que lo hacen por el dinero. Dos entrevistados n° 5 y 10 (*una enfermera y un neonatólogo*) manifiestan un ambiente negativo de trabajo, lo cual agudiza el cansancio y el desinterés por acudir al mismo.

Entrevista n° 10: (*neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector*)

“Estoy cansado del ambiente negativo, las quejas son permanentes”

Entrevista 5: (*enfermero de 12 años de antigüedad en el sector*)

“A veces llegas y ya te topas con gente quejándose, te encontrás con un ambiente negativo, y así arrancas la guardia...”

Entrevista 3: *(enfermera de 12 años de antigüedad en el sector)*

“cuando vengo a trabajar, siento que vengo porque tengo que venir. Y sé que tengo que hacerlo porque necesito el dinero”

Entrevista 7: *(enfermero de 6 años de antigüedad en el sector)*

“La verdad, es que no me dan ganas de venir al trabajo, siempre hay problemas.”

Entrevista 8: *(neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector)*

“...últimamente se respira un ambiente muy denso, de susceptibilidades, tenés que ver como decís cada cosa para que no se tome a mal. Entonces, no puedo decir que estoy súper relajado de venir, porque te tenés que estar cuidando de todo.”

Entrevista 2: *(enfermero de 11 años de antigüedad en el sector)*

“...con el correr de los años fui perdiendo el interés y la motivación, sinceramente hoy vengo porque sé que tengo la obligación de cumplir una función, no me motiva estar acá, cumplo mi horario y ya está...”

En cuanto la ilusión de desarrollarse profesionalmente en el servicio, la gran mayoría de los entrevistados n° 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10 (*cuatro enfermeros y tres neonatólogos*) manifestaron no tener deseos de desarrollarse profesionalmente ni en el servicio, ni en la institución, solo uno, entrevistado n° 3 (*enfermera de 12 años de antigüedad en el sector*) expresó que solo le gustaría pero haciendo otras cosas, como por ejemplo docencia. El entrevistado n° 2 (*enfermero de 11 años de antigüedad en el sector*) refirió la falta de reconocimiento y solo uno entrevistado n° 1 (*enfermera de 12 años de antigüedad en el sector*) expresó la ilusión de desarrollarse y continuar toda su carrera en la institución.

Entrevista 9: *(neonatóloga de 18 años de antigüedad en el sector)*

“Siempre tuve la idea de crecer y desarrollarme acá, pero ahora estoy bien así. El crecer tenía que ver con desarrollarme en una jefatura, pero hoy no lo prefiero. Vengo, me voy y ya está”

Entrevista 8: *(neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector)*

“...siento que no te dan el lugar, es para unos pocos”

Entrevista 7: *(enfermero de 6 años de antigüedad en el sector)*

“...no me dan ganas de venir al trabajo, siempre hay problemas”

Entrevista 6: *(enfermera de 27 años de antigüedad en el sector)*

“No me ilusiona la idea de desarrollarme y crecer acá dentro, yo siento que ya estoy, que con lo que tengo ya está”

Entrevista 3: *(enfermera de 12 años de antigüedad en el sector)*

“desarrollarme profesionalmente en la neo me gustaría, pero haciendo otras cosas, por ejemplo, docencia, pero docencia de verdad, o rendiría para una jefatura...”

Entrevista 2: *(enfermero de 11 años de antigüedad en el sector)*

No hay un reconocimiento. “La sensación es que a veces no conviene que lo bueno surja, es decir si el clavo sobresale hay que martillararlo.”

En relación al ambiente de trabajo, la mayoría, seis entrevistados n° 1, 4, 8, 9, 10 (*cuatro neonatólogos y un enfermero*) coinciden en que se sienten mal, hay un clima de conflictos latentes y permanentes, escasas respuestas ante los conflictos o solicitudes de parte del personal que gestiona y sobre todo un gran individualismo en el proceso de trabajo. Este malestar como refleja el entrevistado n° 4 (*neonatóloga de 13 años de antigüedad en el sector*) lo asocian a las nuevas generaciones “*quieren trabajar poco y ganar mucho*”. Asociado a los entrevistados n° 2, 3, 10 (*dos enfermeros y un neonatólogo*) que plantean una rivalidad interdisciplinaria, el individualismo suele verse reflejado en el trabajo en equipo. Sólo un caso entrevistado n° 3 (*enfermera de 12 años de antigüedad en el sector*) considera que el ambiente depende de con quienes están en el transcurso de la guardia, de ello depende la estadía grata o no, ya que hay grupos conformados por turnos.

Con el entrevistado n° 2 (*enfermero de 11 años de antigüedad en el sector*) se puede observar el relato haciendo referencia a la hegemonía estructural instalada desde la mudanza del edificio, los espacios parecerían estar divididos por disciplina o función, respetando una cierta jerarquía y hegemonía.

Resulta interesante destacar que ninguno de los encuestados refirió sentirse a gusto en su ámbito laboral.

Entrevista 10: *(neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector)*

“Hay mucho conflicto entre enfermería y con los médicos también”

Entrevista 8: *(neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector)*

Los jefes, no quieren problemas entonces prefieren que discutamos y nos arreglemos entre nosotros. Esto interpreto porque la verdad, que te dan muy pocas

respuestas. *“Es más fácil que nos confrontemos entre nosotros y no que no las agarremos con ellos”*. Aunque, *“No tenemos que pelearnos entre nosotros, ni discutir. Tenemos que unirnos y no darles el gusto a ellos”*. *“La falta de respuesta hace que nos enfrentemos entre nosotros”*.

Entrevista 4: *(neonatólogo de 13 años de antigüedad en el sector)*

“me pone mal que mis pares se estén peleando, mucha rivalidad, entre los médicos y enfermeros, siempre reprochando o criticando lo que hizo el otro...”

“la gente joven que ha entrado es muy conflictiva, son pocos tolerantes desde las dos partes. Nosotros en nuestro tiempo, veníamos por amor, no faltábamos por nada, era otro compromiso, otra responsabilidad, entusiasmo, sin importarles que sus compañeros se carguen de trabajo...”

Entrevista 3: *(enfermera de 12 años de antigüedad en el sector)*

“me llevo bien con mis compañeros, busco aliados, compinches, entonces si alguno no me cae bien, me quedo con el otro”

Entrevista 7: *(enfermero de 6 años de antigüedad en el sector)*

“Me siento mal con el ambiente de trabajo, hay mucho individualismo, grupos ya armados y si no perteneces a ese grupo te hacen la vida imposible”

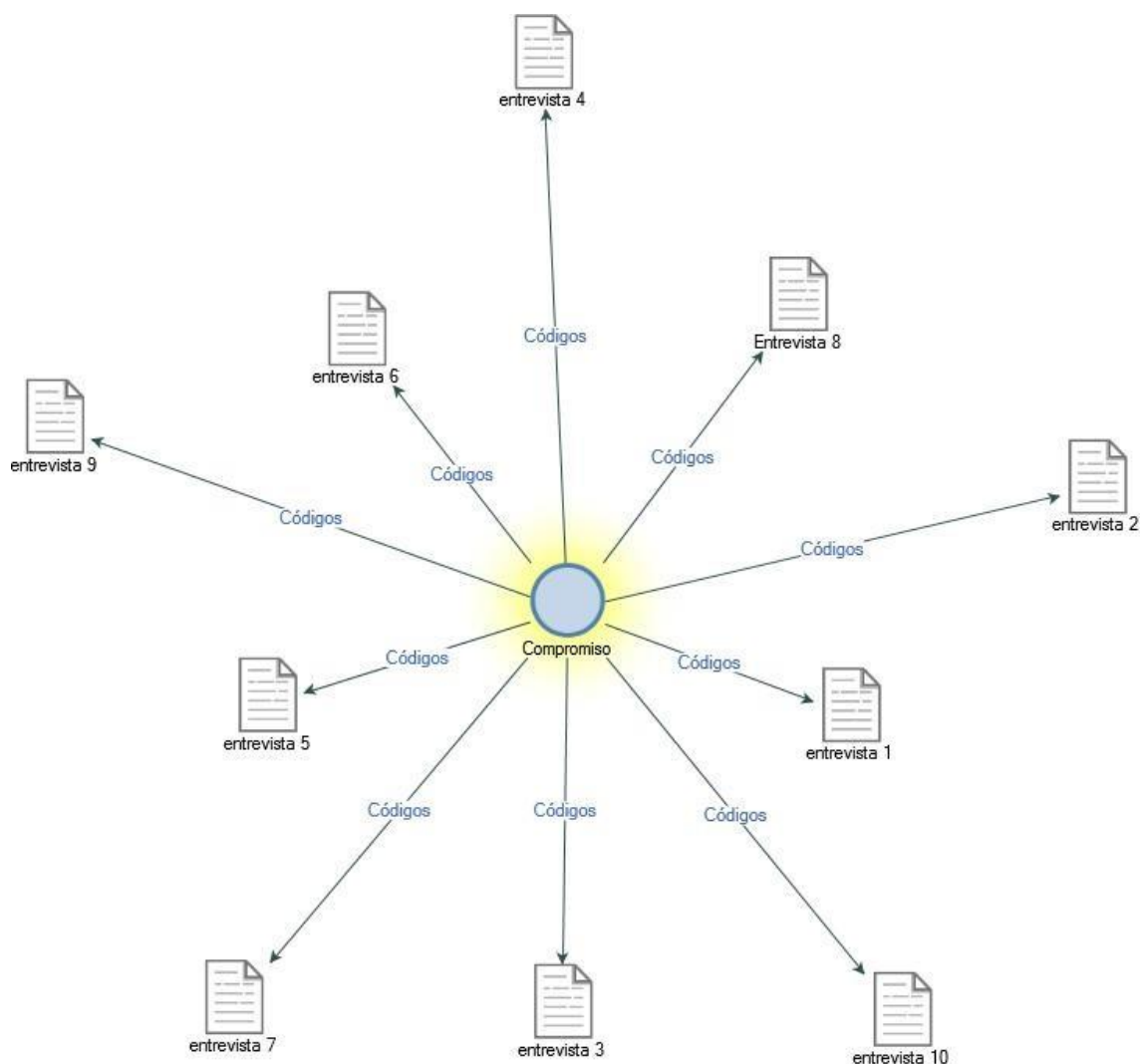
Entrevista 2: *(enfermero de 11 años de antigüedad en el sector)*

“...hoy todo genera un choque, no hay tolerancia, está el conflicto latente ante cualquier cosa, permanentemente”

“El mayor problema está en la incordia o disputa entre los distintos sectores, interdisciplinariamente hay una rivalidad tan grande que no te permite potenciar todo lo que tenés de ninguna de las dos partes. Esto antes no se daba. Cuando yo ingrese, ni bien se inauguró esta maternidad, todavía se respiraba el ambiente de trabajo de la otra maternidad, donde el médico, la enfermera, la mucama, compartían el espacio. Y hoy todo cambió, de hecho vas al comedor y el comedor ya está dividido, los médicos por un lado y los enfermeros y mucamas por otro”.

“En la misma neo hay un espacio que originariamente fue pesado para los informes médicos, pero una vez que funcionó la neo, recién ahí se dieron cuenta que no había un espacio para que enfermería tome su descanso. Entonces de última, se designó éste lugar para enfermería que era de los médicos. Es cómo que está todo muy

Figura 4: Diagrama de sub-categoría “Compromiso” según relatos de los sujetos



Fuente: Entrevistas realizadas

En la figura nº 4, al indagar sobre la experiencia de cada uno de los entrevistados en relación a sentirse convocado a participar en la toma de decisiones, solo el entrevistado nº 8 (*neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector*) expresó sentirse convocado, agregando que si no es convocado suele meterse en el grupo y de alguna manera termina participando, sintiéndose individualmente que forma parte de...

De los entrevistados restantes nº 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, (*seis enfermeros y tres neonatólogos*) expresaron no sentirse parte ni convocados a participar en la toma de decisiones, desatancando que son siempre las mismas personas las que participan, observándose una inequidad en el grupo y que las cosas se implementan sin consultar, las

decisiones finales se toman en una mesa chica donde unos pocos participan. Por lo tanto hay una imposición en las normativas institucionales y de servicio y una escasa participación de todos los trabajadores.

Con respecto al interrogante, si tiende a realizar aportes y sugerencias que proporcionen mejoras en el servicio, la mitad de los entrevistados n° 1, 4, 6, 8, 9 (*dos enfermeros y tres neonatólogos*) refirieron sentirse comprometidos realizando distintas aportes y mejoras al servicio. Aunque el entrevistado n° 9 (*neonatóloga de 18 años de antigüedad en el sector*) dice *“las propuestas de mejoras están, pero depende de la jefatura que se desarrollen o no.”*

Por su parte, la otra mitad de las entrevistas n° 2, 3, 5, 7, 10 (*cuatro enfermeros y un neonatólogo*) no tienden a realizar ningún tipo de aporte, expresan sentimientos de desmotivación y de inequidad, donde siempre son los mismos los que participan.

Entrevista 2: (*enfermero de 11 años de antigüedad en el sector*)

“...la realidad, es que de nada sirve, porque después la decisión final es tomada en una mesa chica donde no intervienen todos y a veces, se escucha a los demás y a veces no.”

“Si la decisión está tomada, para no generar conflictos te hacen participar y conocer tu opinión, pero la realidad que es una cuestión de formalidad, cuando vienen a plantear algo nuevo la realidad es que la decisión ya está tomada. Esto paso con el nuevo modelo de maternidad segura y centrada en la familia”.

Entrevista 10: (*neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector*)

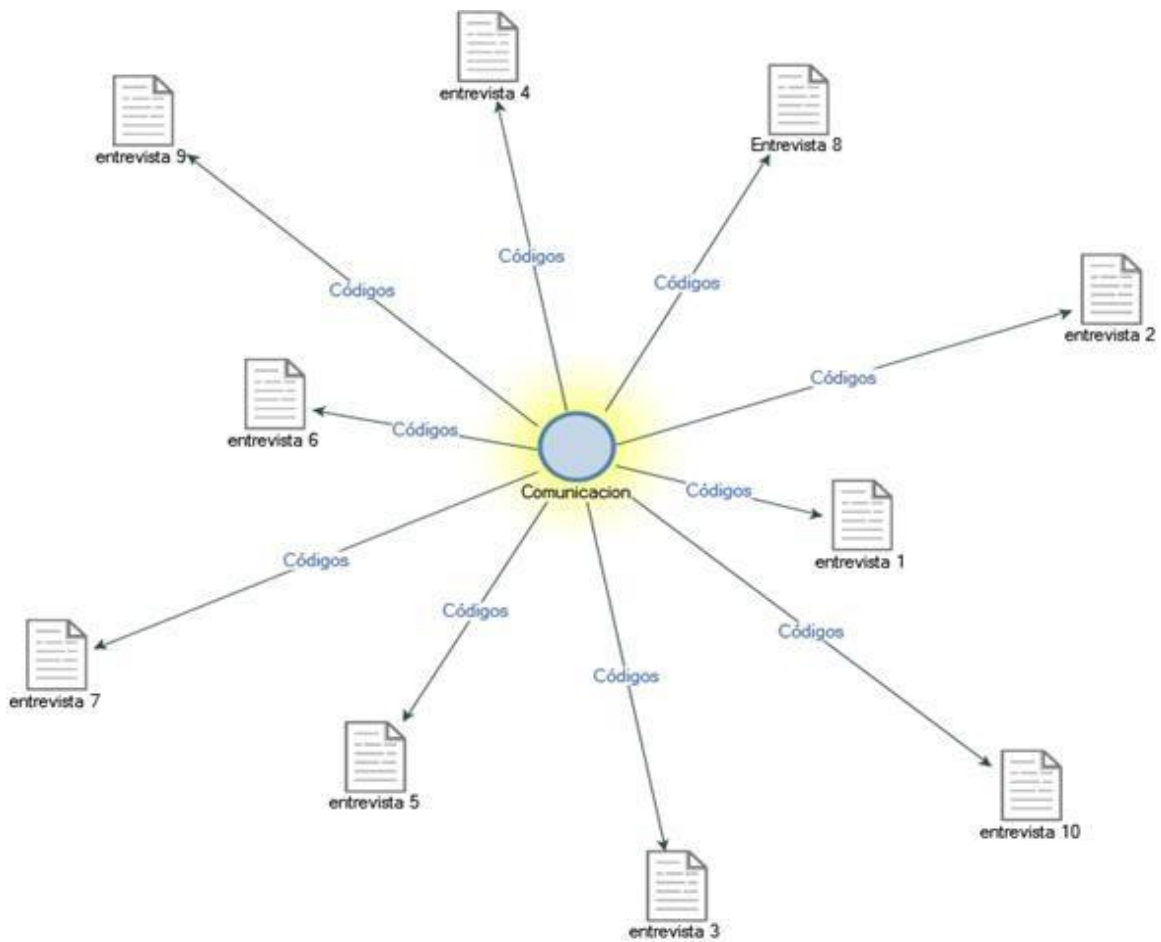
“Las decisiones siempre las toman los jefes, nos consultan para quedar bien, pero a pesar de nuestra decisión ellos hacen lo que quieren.”

Entrevista 3: (*enfermera de 12 años de antigüedad en el sector*)

“...está muy mal, se implementan cosas sin preguntar, sin decirte nada. Dictan una charla o algo siempre en el mismo turno y no se repica en otros, entonces siempre las personas que van son las que de casualidad están en ese turno. Es más fácil decir, que no va nadie”

“Los de los comités esperan que la gente vaya, no van a la gente, para incentivar, motivar. Ni tampoco se interesan en porque nadie va. Las charlas, las normas, las informaciones, se deberían dar en la neo, para que todos podamos ir, no en otros lados donde la gente no puede ir, porque no puede salir de la sala.”

Figura 5: Representación de la “Comunicación” según relatos de los entrevistados



Fuente: Entrevistas realizadas

De acuerdo a la comunicación puede observarse de los diversos relatos las dificultades que suele presentarse a diario, considerando a esta como la base y el sostén en todo proceso organizacional. La totalidad de los entrevistados expresó que la comunicación es vertical al igual que las directivas y normativas del servicio, son impuestas, lo que genera un importante rechazo “al cambio” impuesto. Los relatos reflejan la falla en la comunicación entre médicos y enfermeros, considerando que existe una distorsión entre pares, donde cada uno tiene su criterio de trabajo y la realidad es que difícilmente se logre funcionar como equipo de trabajo. Se presentan importantes desacuerdos, como también suele suceder con el personal de gestión, como expresa el entrevistado n° 1 (*enfermera de 12 años de antigüedad en el sector*) “desde la gestión la comunicación está fragmentada, troncada, se transmite algunos no a todos”

Entre compañeros se manifiesta que no hay una comunicación fluida, sino más bien buscada, intencionada, hay grupos conformados donde fluye por determinadas afinidades pero esta fluidez no suele darse en el colectivo de trabajo.

De la misma manera todos coinciden en que las directivas institucionales si bien son impuestas, lineamiento jerárquico, la falla está en el modo de informar, transmitir y comunicar esas directivas.

Entrevista 3: *(enfermera de 12 años de antigüedad en el sector)*

“...cuando hay una charla, un curso, o algo, nos informan por una nota en el cuaderno de novedades o un cartel que ponen. Pero la gente no participa, creo que tampoco les interesa”

Entrevista 10: *(neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector)*

“con mis compañeros no tengo problema, quizás el problema de comunicación y dialogo se da más entre enfermería y los médicos”

Entrevista 5: *(enfermera de 12 años de antigüedad en el sector)*

“...cada uno con su criterio, hoy te dicen que hagas las cosas de una manera, mañana viene otra y te dice que lo hagas de otro manera, y continuamente van cambiando los lineamientos, lo cual presta a confusión y deja en evidencia una falla en la comunicación allí también.”

Entrevista 4: *(neonatóloga de 13 años de antigüedad en el sector)*

“Se está intentando cambiar en cuanto a la relación, en poder decir aquello que no te gusta, ojala se logre. Se propuso reunirse con los jefes y poder debatir estas cuestiones, decimos lo que sentimos, lo que nos pasa...”

Entrevista 8: *(neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector)*

“...trabajamos en un caos permanente, no logramos ponernos de acuerdo con nada. Todos estamos muy susceptibles. Entonces la comunicación fluida, verdadera, se termina perdiendo”

En cuanto al tiempo compartido con los colegas, la mayoría de los entrevistados nº 1, 5, 6, 7, 9,10 (cuatro enfermeros y dos neonatólogos) se sienten a gusto, pero fueron emergiendo algunas cuestiones:

Entrevista 1: *(enfermera de 12 años de antigüedad en el sector)*

“descartando las personas toxicas, me gusta compartir tiempo con mi compañeros”

Entrevista 5: *(enfermera de 12 años de antigüedad en el sector)*

“me gusta compartir el tiempo pero si estoy en mi turno, en otros turnos te hacen sentir incómodo”

Entrevista 9: (neonatóloga de 18 años de antigüedad en el sector)

“antes nos reuníamos más afuera del trabajo, eso hacia bien, pero hoy se perdió”

El resto de los entrevistados vivenciaron el tiempo compartido (entrevistado nº 2) con incertidumbre, en un ambiente de malestar cotidiano. Reflejando y coincidiendo con relatos anteriores en el desarrollo de la entrevista que se siente más a gusto con las personas de mayor antigüedad en el servicio, considerando que la problemática está en la nueva generación de médicos y enfermeros.

Entrevista 2: (enfermero de 11 años de antigüedad en el sector)

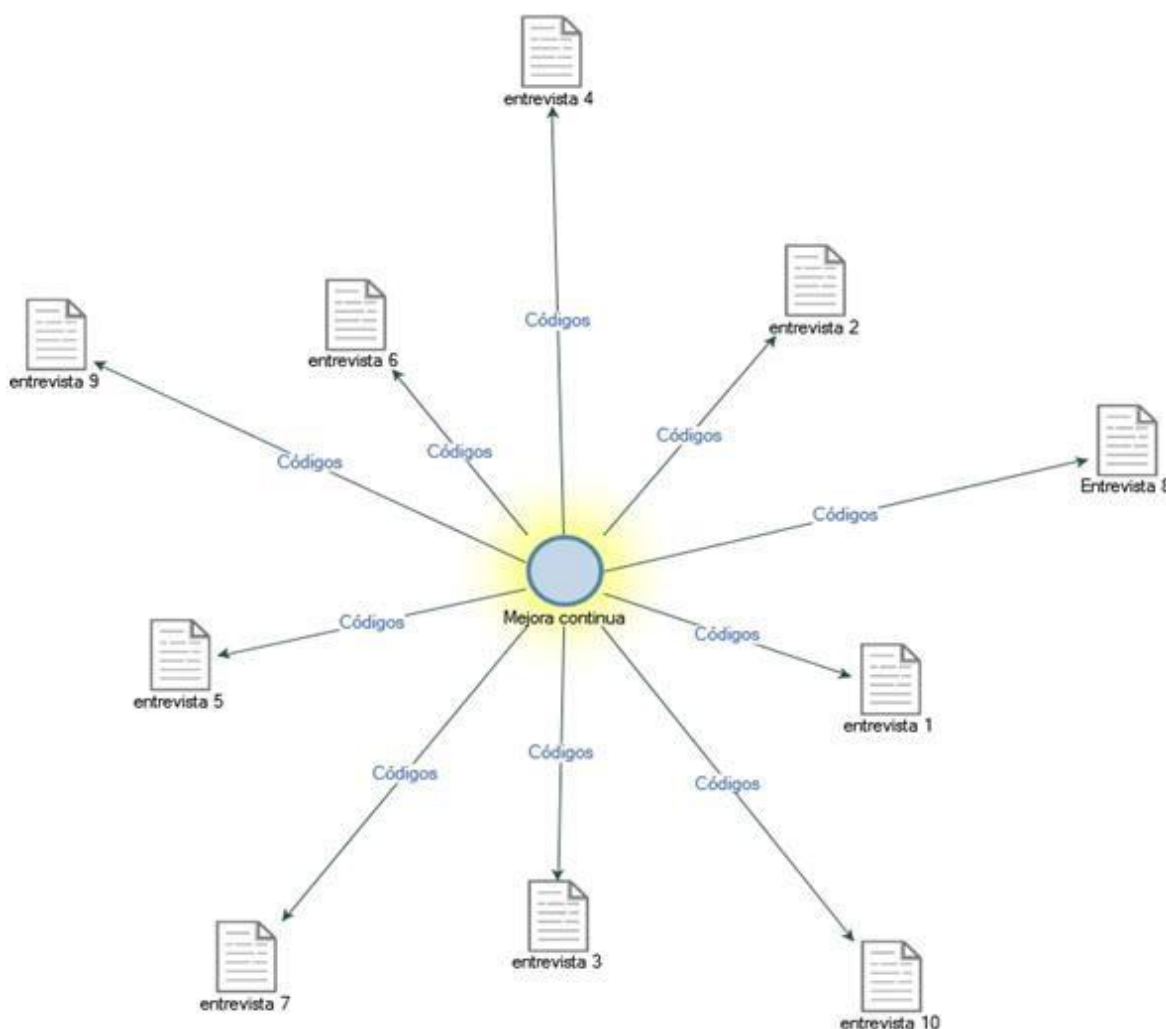
“para los médicos y los jefes la culpa siempre es de enfermería. Esto cansa y enoja, por eso me quiero ir”

“...me siento escuchado en algunas cosas y esto parece contradecirse, pero esto pasa con determinadas personas y sobre todo pasa con la personas que tienen más antigüedad en el servicio, los que vienen de la otro maternidad, tiene un valor muy diferente del trabajo de enfermería a la de los nuevos médicos, otro respeto, otro reconocimiento. El problema está en la nueva generación, la cual no tiene vínculo con los enfermeros y viceversa, no sé si tiene que ver con la formación, donde aún creen que el enfermero es asistente o ayudante de...”

Figura 5-a: Palabras más frecuentes “Comunicación”



Figura 6: Representación de sub-categoría “Mejora continua” desde las voces de los sujetos entrevistados



Fuente: Entrevistas realizadas

Con respecto a la percepción de los entrevistados sobre la tendencia del servicio a innovar en sus hábitos y rutinas así como la capacitación continua otorgada a los trabajadores, de los diez, nueve entrevistados coinciden en que no hay capacitación ni incentivos para desarrollarse y capacitarse. Refieren que no se generan espacios de capacitación y que el servicio tampoco cuenta con protocolo ni normas. Algunos expresan que en ocasiones esta falta de capacitación y elaboración de normas y protocolos se debe a la falta de personal. De esta totalidad solo uno de ellos, entrevista n° 5 (*enfermera de 12 años de antigüedad en el sector*) refiere que sí se tiende a innovar en hábitos y rutinas y que el último tiempo se está mejorando en la capacitación al personal. Y el entrevistado n° 3 (*enfermera de 12 años de antigüedad en el sector*) manifiesta que “...falta personal que haga educación...”

Tales relatos dejan de manifiesto ciertas dificultades en relación al profesionalismo y una desmotivación y falta de incentivos por parte del personal que gestiona y debe organizar tales encuentros. En un servicio de salud y sobre todo de cuidados intensivos, donde la tecnología avanza, la población crece y las patologías se complejizan, no debería ser un tema menor la capacitación y motivación del personal lo cual tiene un fuerte impacto sobre la calidad de atención que se brinda a los usuarios.

Situación similar ocurre con los encuentros regulares, los diez entrevistados acuerdan que no se logran encuentros regulares de trabajo en equipo para autoevaluación, espacios donde generar acuerdos, debates sobre las distintas situaciones que se requieran abordar. Cinco de los entrevistados nº 1, 2, 3, 5, 9 (*cuatro enfermeros y una neonatóloga*) expresan que no hay encuentros regulares, pautados. Se intentó en varias oportunidades pero se diluyeron al segundo encuentro y nadie más siguió en ello. Suelen priorizarse otras cosas. Seis de ellos, entrevistados nº 3, 5, 6, 7, 8, 10 (*cuatro enfermeros y dos neonatólogos*) acuerdan en que estos encuentros surgen ante algún conflicto que surja o para las reuniones de las licencias anuales u organización de fechas festivas, lo que implica un solo encuentro en el transcurso del año. Coincidiendo con el entrevistado nº 4 (*neonatóloga de 13 años de antigüedad en el sector*) que manifiesta que los encuentros surgen espontáneamente por alguna razón fuera de lo cotidiano, las reuniones son esporádicas y se caracterizan por no ser interdisciplinarias.

Se observa un quiebre importante como equipo y colectivo de trabajo, parecerían dos polos distintos; enfermería por un lado y los médicos por el otro. Predomina el individualismo y un modelo positivista de trabajo a pesar de los avances tanto tecnológicos, como edilicios y de recursos humanos que se produjeron en los últimos años.

Entrevista 2: (*enfermero de 11 años de antigüedad en el sector*)

“...lo que el efector o servicio brinda es lo que le conviene, por ejemplo lactancia materna, es que todos los años se debe responde a UNICEF...”

“no hay incentivos, no se generan espacios, eventos de capacitación, no se generan protocolos, es más, no tenemos manual de normas en el servicio.”

Entrevista 3: (*enfermera de 12 años de antigüedad en el sector*)

“...no hay reuniones mensuales y si la hubiera, no sé si vendría la gente si es fuera del horario de su trabajo”

“Acá hay algo que pasa siempre, que se empieza y no se termina. Esto también te saca las ganas”

Entrevista 2: *(enfermero de 11 años de antigüedad en el sector)*

“un tiempo en que me pareció muy satisfactorio, en el que se hacían los baling, se trabajaba junto con el personal de salud mental, nos reuníamos el equipo médico y enfermeros, asistente social, psicólogos. Se presentaba un caso clínico y se comenzaba a debatir las distintas de decisiones que se podían tomar. Todos participaban, todos estaban convocados, esos debates apuntaban a generar acuerdos en el tratamiento y en el proceder, para luego poder transportarlos a casos similares. Ideológicamente era perfecto todos estábamos de acuerdo, pero al llevarlo a la práctica, aparecía la disputa de quien lo hacía mejor, y así fue que perdió el eje, y pasó a convertirse en un espacio de roces, enfrentamientos, se convirtió en un careo de médicos y enfermeros que no permitía que se logre el objetivo de construir acciones clínicas y terapéuticas en conjunto, en equipo. Se desvirtuó el objetivo de ese encuentro. Entonces salían todos enojados y enfrentados.”

Entrevista 5: *(enfermera de 12 años de antigüedad en el sector)*

“para nada tenemos capacitación continua, de ninguna manera, de ningún tipo. De vez en cuando hay alguna beca, alguna charla, pero sigue siendo pobre, siempre está centrado todo en un turno y el resto de los turnos ni se enteran.”

Entrevista 6: *(enfermera de 27 años de antigüedad en el sector)*

“no hay gente que haga docencia hace tiempo, se perdió ese espacio.”

Entrevista 7: *(enfermero de 6 años de antigüedad en el sector)*

“no hay encuentros regulares, pautados, solo se genera una reunión cuando las papas queman, y ahí ya es tarde porque nadie quiere escuchar, están todos enojados, peleados.”

“se dice de hacer muchas cosas pero no se concretan. Todo queda en la nada”

Entrevista 8: *(neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector)*

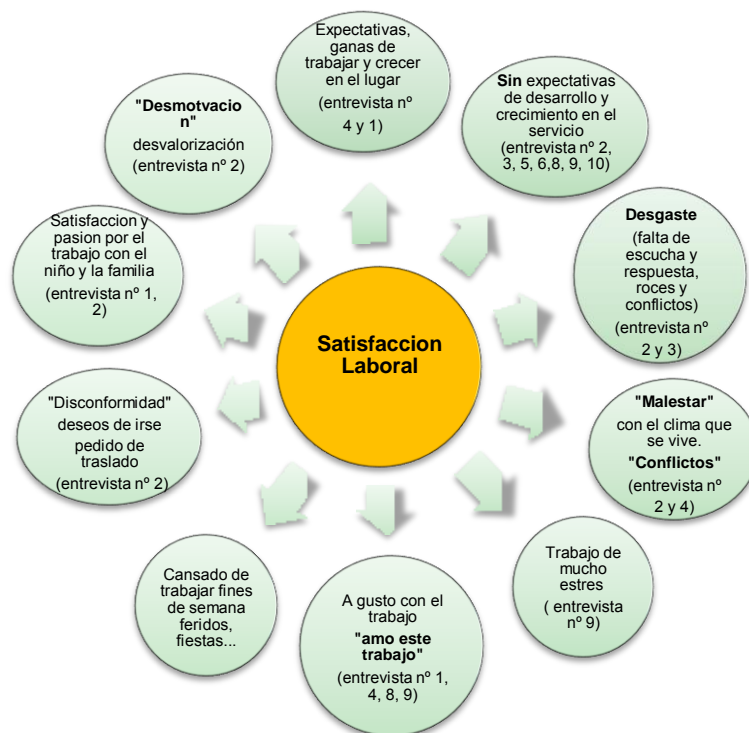
“Hay desmotivación, no hay incentivos, ni motivaciones para capacitarnos. No nos motivan para ir a los cursos, charlas que se dictan, prefieren cubrir las guardias en lugar de que el personal se capacite. “Los directivos hacen mal las cosas nunca piensan en los trabajadores”

Entrevista 9: *(neonatóloga de 18 años de antigüedad en el sector)*

“...muy poco estímulo, la realidad es que no hay becas otorgadas, ningún tipo de apoyo, son muy costosas esas cosas. El incentivo es personal, debería manejarse de otra manera.”

b- Satisfacción Laboral

Figura 7: Diagrama de la categoría de análisis “Satisfacción laboral” desde las Perspectivas y voces de los diversos sujetos entrevistados



Fuente: Entrevistas realizadas

Como segunda categoría de interés, se realizó a los diez sujetos entrevistados una pregunta abierta sobre el sentimiento que despierta el trabajo que realizan y expectativas de crecimiento y desarrollo personal dentro del efector, a la cual siete de las personas entrevistadas expresaron sentimiento de no tener expectativas de crecer y desarrollarse en el efector a pesar de que su trabajo les gusta “*amo este trabajo*”, generándoles una gran satisfacción trabajar con el bebé y la familia.

Solo dos expresaron deseos y sentimientos de desarrollarse y crecer dentro de la institución. Parecería que un precio bastante importante de esto lo cobran los demás sentimientos expresados en cuanto la desmotivación percibida por la desvalorización del trabajo, fundamentalmente en el personal de enfermería, en concomitancia con un clima de trabajo de muchos conflictos y roces lo cual genera un gran desgaste en los trabajadores que al manifestarse y no sentirse escuchado o no recibir ningún tipo de respuesta al respecto expresan deseos de no formar parte del equipo solicitando pedidos de traslados a otros efectores o cambios de funciones.

Esto da cuenta de que los trabajadores a pesar de estar a gusto y conforme con el trabajo que realizan, no reflejan ningún sentimiento de expectativas y crecimiento dentro de la institución dando pauta de la insatisfacción que presentan en su lugar de trabajo.

“El personal que se siente parte, escuchado, comprometido, responde positivamente, y esto acá, no pasa acá” entrevista n° 2 (enfermero de 12 años de antigüedad en el sector)

Entrevista 1: *(enfermera de 12 años de antigüedad en el sector)*

“amo esto, este trabajo y por eso estoy acá. Pero en relación a todas estas vivencias y caos que fui relatando, a pesar de eso siento ganas de desarrollarme y crecer acá dentro”

Entrevista 2: *(enfermero de 11 años de antigüedad en el sector)*

“me siento desgastado de los roces, los conflictos, pedir que me escuchen, de estar defendiéndome todo el tiempo. Ese enfrentamiento me desmotiva, desgasta, desvaloriza, no me siento cómodo”

“...me quiero ir, pedí mi traslado por la fragmentación, disconformidad, desinterés, falta de comunicación, me siento incómodo”

Entrevista 3: *(enfermera de 12 años de antigüedad en el sector)*

“No tengo ninguna expectativa de crecer y desarrollarme acá, tampoco tendría el lugar si quisiera. Es decir, no tengo ganas, porque sé que me van a decir que no, y además tampoco tengo tiempo, ni ganas”

Entrevista 4: *(neonatóloga de 13 años de antigüedad en el sector)*

“...hay mucho para hacer, para trabajar. Pero al margen de todos esos conflictos, yo me siento muy bien, me apena que mis compañeros se sientan mal, en desacuerdo.”

“No es solo venir y cumplir un horario, se pueden hacer muchas cosas, pero depende de lo que quiere hacer cada persona, no se puede exigir a otro que lo único que le interesa es venir cumplir sus horas, ganar su dinero e irse, ya esa persona en el grupo no va, lo contamina...”

“...cuando hay calidad humana, hay respeto. El trabajo sale más organizado. Es muy importante el grupo humano, el buen trato, el cariño, afecto, poder trabajar libremente, conversar y lograr acuerdos.” *“parte de lo científico y parte de lo social, es el complemento perfecto para que el trabajo salga bien.”*

Entrevista 5: (enfermera de 12 años de antigüedad en el sector)

“me gusta mucho lo que hago, pero no tengo expectativas de crecer acá dentro, por ahora solo me quedaría en lo asistencial, no me interesa crecer y desarrollarme dentro de esta institución”

Entrevista 6: (enfermera de 27 años de antigüedad en el sector)

“...me gustaría actualizarme de cosas que me interesan, pero no nos dan las becas y a veces los costos son muy elevados, o te la dan y vos te tenés que hacerte cargo de los demás gastos y no se puede. Además se otorgan casi siempre a los mismos. O queremos ir alguna charla y no nos dan el día, entonces nadie va.” “Esto no te invita a crecer, ni a querer desarrollarte acá dentro, entonces me quedo como estoy y listo.”

Entrevista 7: (enfermero de 6 años de antigüedad en el sector)

“...el trabajo me gusta, pero no el clima, por eso quiero irme y no pretendo permanecer o crecer acá. Hay mucha violencia competencia, y malestar entre todos los trabajadores médicos, enfermeros, mucamas, jefes.”

Entrevista 8: (neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector)

“...es difícil pensar en crecer y desarrollarme en este ambiente de trabajo, aunque no puedo decir que no quisiera a futuro. Hoy sigo acá, porque amo el trabajo que hago todos los días”

Entrevista 9: (neonatóloga de 19 años de antigüedad en el sector)

“...todos los días me planteo que es un trabajo de mucho estrés y a veces no me juega una buena pasada, en lo personal y emocional. Trabajar permanentemente con la vida y la muerte te repercute aunque no quieras y eso me planteo todo lo días de seguir en este intensísimo, donde no te escuchan, no importa lo que te pasa en lo personal, hay que cubrir la guardia porque no hay gente, tu situación, lo tuyo debe esperar...”

Entrevista 10: (neonatólogo de 12 años de antigüedad en el sector)

“...quiero tener una vida normal no trabajar todos los fines de semana, feriados, fiestas, la noche, estoy muy cansada, es agotador sumado a la rotación horaria...”

10. DISCUSIÓN

“Cuando no se ha forjado una cultura autónoma se carece del marco de referencia que nos permite pensar en el futuro, con todos los inconvenientes de inseguridad y desorientación y todas las ventajas de libertad de acción que ello implica. Hay culturas que por haber sido exitosas en algún momento, se cristalizan y transforman en un elemento de resistencia al cambio, lo cual resulta desventajoso si lo que se desea o se necesita es cambiar”

(Testa, 2007:89)

Los sujetos entrevistados fueron en su mayoría de sexo femenino y predominó la participación voluntaria de los enfermeros por encima de los médicos. Coincidiendo con un área de la institución como es el servicio de Neonatología, conformado principalmente por personal femenino, siendo enfermería quien representa el mayor porcentaje de trabajadores dentro de dicho sector.

Por otra parte la participación según antigüedad en el sector y edad predominó hacia los más jóvenes (“nuevas generaciones”) a la cual hacen referencia en varias oportunidades los consultados.

Gran parte de los datos obtenidos de los trabajadores dan cuenta de una cultura organizacional estructurada, en la cual consideran tener cierta autonomía, solo porque cada uno trabaja a su manera. Esto responde a un modelo cultural de Jerarquía, asociado a los atributos clásicos de la burocracia que plantea Max Weber y de los trabajos clásicos de Henri Fayol y Frederick Taylor. Es decir, una cultura organizacional caracterizada por un lugar de trabajo estructurado y formalizado, con múltiples niveles jerárquicos.

Dicha jerarquía se asocia a las debilidades de un modelo de cultura casi congénito, rígido y rutinario conformado por organigramas en las que muchas y casi todas las decisiones que deberían ser estratégicas, se toman en el nivel superior, sin objetivos claros en la cotidianeidad, con poca o ninguna creatividad y olvido del contexto, los mandos medios trabajan bajo presión, resuelven asuntos urgentes y postergan los importantes.

Por otro lado, se hace mención a una desorganización del trabajo, producto de las escasas normativas y protocolos que permiten establecer criterios comunes. Cabe destacar, que la bibliografía consultada señala que las líneas claras en la toma de decisiones, la

autoridad, las reglas estandarizadas y los procedimientos, así como el control y los mecanismos de responsabilidad son considerados como las llaves del éxito.

En aquellas organizaciones donde hay ausencia de objetivos existen focos arbitrarios de interés, cuyas estructuras y procesos son el resultado de complejos procesos de acomodamiento. Es decir, que el funcionamiento de la organización, solo puede comprenderse mediante metas individuales donde se intercambian objetivos que también suelen ser individuales.

Las organizaciones rutinarias, sin análisis de situación, con pocas definiciones de objetivos estratégicos y actitud estática, han sido definidas como verdaderas bóvedas maestras del Estado de Bienestar.

En relación al *profesionalismo* los relatos obtenidos de las entrevistas reflejan fragmentación del trabajo en equipo interdisciplinario, trabajo individualista o por grupos (médicos por un lado y enfermeros por otro). Según la teoría, la vida de las personas está conformada por una infinidad de interacciones con otras personas y con organizaciones. El ser humano es eminentemente social e interactivo, no vive aislado sino en convivencia y en relación constante con sus semejantes. Debido a sus limitaciones individuales, los seres humanos se ven obligados a cooperar unos con otros, formando organizaciones para lograr ciertos objetivos que con la acción individual, aislada, no podría alcanzar. Por lo tanto es complejo pensar en el desarrollo del profesionalismo dentro de una cultura individualista por encima del trabajo colectivo, donde se mantienen lazos más débiles, confiando más en sí mismos que en el grupo de pertenencia.

Según (Hofstende, 1980), una cultura débil, carente de valores, con prácticas poco definidas y con poca influencia de los directivos sobre las conductas de los trabajadores, no genera ningún sentido de identidad en el personal, interfiriendo en el alcance de las metas y logros organizacionales.

Se puede observar que el incremento del individualismo y del aislamiento va acompañado de conductas agresivas, egoísmo y fragmentación de lazos sociales. Tal situación de individualismo puntualmente, puede estar arraigada a las características más destacadas del neoliberalismo, que tiene que ver fundamentalmente con el aislamiento.

Por sobre todas las voces predomina el sentimiento de falta de respuesta por parte del equipo de gestión “te escuchan pero no te dan respuesta”, generando desgano y desmotivación en los trabajadores. Observándose en relación a la orientación cultural, una distancia con el poder, lo cual determina una organización que tiende a la centralización, con relaciones jerárquicas estrictamente reglamentadas, teniendo un fuerte impacto sobre

las relaciones interpersonales, son menos democráticas, se perciben desigualdades, escasa participación en la toma de decisiones, entre otras dificultades.

Reducir la distancia entre aquellos que gestionan, planifican y quienes ejecutan las acciones y servicios, es una tarea de importancia crucial ya que, trabajar para la libertad implica también redistribuir ese poder de decidir entre los que trabajan, a fin de que éstos tengan la misma libertad y posibilidad de gestionar y tomar decisiones.

Esto permite crear, madurar y buscar nuevas soluciones desde otras perspectivas no tradicionales, ni neoliberales ni estatizantes. La sociedad cambió, los grupos cambiaron y los individuos están cada vez más movilizados y cuestionadores.

Por lo tanto, se considera interesante cambiar el viejo paradigma de gestionar, dirigir, por el término “gobernanza”, refiriéndose a procesos colectivos, interacción entre sujetos, dinámicas de procesos y reglas, con lo cual una sociedad determina su conducta, toma y ejecuta sus propias decisiones.

Se expresa el predominio de la decisión del médico, mediante una impronta del modelo médico hegemónico bajo el sentimiento de que la palabra de enfermería no es tenida en cuenta, se sienten desvalorizados, no reconocidos por el resto de los integrantes del equipo. Según la bibliografía este modelo es muy difícil de erradicar, aun hoy, es un proceso social, ideológico y culturalmente impuesto. Si bien se intentan incorporar nuevos modelos de atención, continúa predominando el biologicismo y el proceso medicalizador.

Esta problemática se relaciona con la formación de los profesionales, donde se visualiza una importante fragmentación en las múltiples instituciones formadoras, que suelen operar como escenarios de enfrentamientos de fuerzas internas, estos espacios de poder fragmentado están muy instalados en la realidad, por tal motivo es contradictorio pensar en una lógica de planificación estratégica en el funcionamiento de las instituciones de salud con estos escenarios presentes en las instituciones formadoras. Se debería reflexionar sobre toda la estructura decisoria.

Por parte de los enfermeros entrevistados, sus voces expresan deseos de horarios fijos, se presenta una gran disconformidad con la rotación horaria, horarios nocturnos, trabajar días feriados, expresan querer tener “una vida normal”. Estas situaciones son generadoras de la falta de personal, incrementando las licencias médicas y pedidos de traslados a otros efectores.

En cuanto a esto, es importante tener en cuenta que el trabajo posee un cierto poder organizativo, el cual influye sobre la vida de los trabajadores, sobre su otra vida, que no tiene que ver sólo con el trabajo. Es decir que hay una cuestión imprescindible de todos los

sujetos, que tiene que ver con el comportamiento, lo que no es menor si se aborda la cultura en el interior de las organizaciones. Cada integrante de la organización varía, es inestable, por su propia existencia como individuo y por el comportamiento y recompensa que empleen las organizaciones para incrementar sus contribuciones. Entonces, se puede afirmar que la cultura es la estructura profunda de las organizaciones, estando inevitablemente arraigada a los valores, creencias y premisas de los miembros que la sostienen y que guían las interacciones que se establecen entre pares, jefes y el público objetivo.

Indagando sobre la *ilusión en el trabajo* de acuerdo a los distintos disparadores que fueron guiando esta sub-categoría, coinciden sobre todo los de mayor antigüedad, que antes de la mudanza al nuevo edificio el desarrollo y la dinámica de trabajo era mejor como también lo eran las relaciones.

En los relatos puede observarse la ilusión de algunos de desarrollarse, aunque predomina en gran medida el desinterés, inequidad, el no querer concurrir al lugar de trabajo, la vivencia de un ambiente de trabajo denso, donde surgen permanentemente los conflictos, desacuerdos, conllevando a la pérdida de interés y motivación de la mayoría de los trabajadores. Indudablemente, el clima "es creado" por los gerentes (la dirección), los empleados simplemente trabajan dentro de un clima pero "no lo crean". Sin descuidar que la percepción en la cual se indagó, es el ingrediente crítico del clima, el individuo es parte esencial de éste, es quien genera las percepciones y con éstas las interacciones en el contexto organizacional.

Otro aspecto que se tuvo en cuenta fue el sentimiento de desmotivación que refieren los entrevistados, en cuanto a falta de autonomía, toma de decisiones, formación continua, etc. Esto sin duda afecta la implicancia de los sujetos, por lo tanto resulta ser muy importante conseguir la autodeterminación en el trabajo y el reconocimiento social y de sus pares. Un reclamo casi a "gritos" por parte de los enfermeros.

No se debe olvidar que el capital humano es el recurso fundamental de los hospitales públicos y son precisamente los médicos y enfermeros en el acto asistencial, quienes toman las decisiones más importantes para los usuarios y prestigio del hospital, considerándolos como los auténticos gestores de los servicios prestados por el centro, tanto en su efectividad (mejora de la salud), como en su eficiencia (al menor costo) y calidad. Es por ello, que se considera tan importante el despliegue de políticas de recursos humanos que tengan por finalidad, que el personal permanezca implicado y comprometido con el funcionamiento del hospital realizando adecuadamente sus tareas diarias.

Ante lo expuesto por los entrevistados, el “compromiso”, reflejaron no sentirse convocados a participar en la toma de decisiones. El relato hace énfasis en un predominio de jerarquía en el personal de gestión y la falta de respuestas que se obtiene cuando se intentan implementar diversas propuestas que aporten mejoras al servicio. La falta de compromiso por parte del equipo para sustentar determinados encuentros o momentos que se intentan programar y desarrollar, es alarmante.

Se destaca el sentimiento de inequidad, desigualdad e injusticia en relación a la participación y convocatoria para tomar decisiones, lo expresado es que “son siempre los mismos”

En relación a esto, Lemus (2014) plantea que un aspecto a tener en cuenta en las instituciones hospitalarias para su correcto funcionamiento, tiene que ver con la toma de decisiones, las cuales no deben ser tomadas en las cúpulas de los organigramas sino en las bases de los mismos.

Esta inversión de la pirámide de mando es la base conceptual de lo que se conoce como gestión clínica, y tiene como finalidad acercar la gestión al acto en donde se toman las decisiones, caracterizada por la confianza y el interés mutuo al momento de gestionar. Esto resulta ser hasta por momentos, ofensivo en estos ámbitos de gobernabilidad estructurados en una hegemonía casi histórica. Sería interesante y conveniente formar y concientizar principalmente a quienes desempeñan dichas funciones. Esto tiene que ver con la deficiente acción de delegar; porque “saber delegar” consiste en asignar a otra persona la autoridad formal y la responsabilidad para desempeñar ciertas actividades. Si esto ocurriera, permitiría tomar mejores decisiones, porque quién más que los propios profesionales operativos tienen una visión más clara de los hechos y de las posibles soluciones, además de incrementar su motivación, estableciéndose un sistema flexible de retroalimentación. “La delegación sólo funciona cuando el equipo de salud está integrado y existe confianza recíproca” (Zevallos, V, 2018 pág 26)

Se observa en las entrevistas en relación a la “comunicación”, que en su mayoría los relatos que coinciden en su reproducción, dan cuenta del predominio de una comunicación informal, fundamentalmente fragmentada, truncada, que no fluye, solo se da por grupos y por afinidad. La mayoría coincide en una pérdida de la comunicación como la gran problemática, dando lugar a los conflictos y desacuerdos. La comunicación abierta, fluida, la honradez profesional y la habilidad para formular planes-programas-metas y explorar-reconocer los talentos y habilidades de los trabajadores, es una tarea esencial al momento de gestionar. Se observa una cierta apatía burocrática y espasmos del

corporativismo de parte de los funcionarios públicos y un individualismo por parte de los profesionales, enfocado en el paradigma de la incultura, indiferencia e insensibilidad frente al sufrimiento humano.

En esta sub categoría nuevamente se hace referencia a las “nuevas generaciones” vinculándolos a la distante relación entre médicos y enfermeros. Todos coinciden en que antes todo era mejor.

Es evidente que hay una concentración de poder en la organización, lo que la convierte como se mencionó anteriormente en una rígida estructura jerárquica, empapada de poder en su cúpula. Donde todos se sienten sometidos, pero nadie dice nada, el ejercicio de la autoridad y la obediencia está más que naturalizado: ... “de la familia a la casa, de las relaciones interpersonales al hospital, en todos los lugares nos acostumbramos a funcionar conectados a esquemas de papeles y de objetivos más o menos rígidos” (Sousa Campos, 2001 pág 71)

Para esto resulta tan indispensable, poner mayor énfasis en la descentralización que plantea Sousa Campos, a través de la progresiva delegación de la autonomía y del otorgamiento de mayores responsabilidades en los equipos de salud, que la gente comience a sentirse parte.

Esto garantizaría su compromiso, su autoestima y el entusiasmo en el abordaje de las prácticas y relaciones interpersonales cotidianas. Esta sería la forma apropiada de comenzar a pensar los sistemas de salud, construyendo sujetos colectivos, teniendo presente sus derechos y el de los otros, haciéndolos valer, fomentando la participación como colectivo de trabajo, empoderándolos de autonomía y convirtiéndolos en sujetos socialmente responsables, que se auto producen. De esta manera se garantizan servicios de salud con personas satisfechas en su interior impactando en la calidad de los servicios brindados a la población; que no es nada más y nada menos que el eje y el sostén de los servicios que brindan salud.

Otro punto muy importante en relación a esta sub-categoría, es la comunicación con todas las áreas, conocer, conversar, compartir y educar todo lo que sea necesario para que todos comprendan lo que sucede, se sientan parte de, para que todo marche y funcione como se procura. Para ello resultaría interesante comenzar a considerar la importancia y la necesidad de la rotación de los jefes o, por lo menos que se les aplique evaluaciones rigurosas cada 5 años, de lo contrario se cierra el camino a los ascensos a los demás niveles de la organización. Solo con democracia pero con sentido de autoridad, es que todo establecimiento funciona cordialmente.

Coincidiendo con la teoría planteado por (Corach y Malamud, 1993), es muy interesante y necesario que las jefaturas, apunten a la interconexión de todos los integrantes, escuchando todas las voces, promoviendo el intercambio de ideas y otorgando la suficiente autoridad y equidad a cada uno de los integrantes.

En relación a la “*mejora continua*” predominan las versiones sobre el déficit en la capacitación continua por parte del efector, con una sensación de desgano, desinterés y desmotivación relacionado a este déficit y sosteniendo que el servicio tampoco tiende a innovar en hábitos y rutinas, dejando de manifiesto que no existen hace tiempo protocolos actualizados ni normativas en el servicio. Esto separa los polos, generando un trabajo individualista y dando impronta al empoderamiento de la hegemonía médica. También se observa una coincidencia en los relatos con respecto a que no se generan espacios de encuentros, de debates donde exponer la diversidad de problemáticas o dialogar en equipo.

Las reuniones pautadas son solo anuales para la organización de licencias ordinales y días festivos, el resto de los encuentros se presentan ante masividad de conflictos que por la voz de los trabajadores requieren ser abordados. De otra manera no se presentan intenciones de generar encuentros regulares convocando al colectivo de trabajadores, equipo de trabajo.

Para que un sistema de salud funcione como tal, es fundamental que se logren políticas de acuerdos, efectivas tanto en lo que respecta a las relaciones laborales como a la vinculación de los trabajadores con el sistema, teniendo presente la formación y el desarrollo de estos trabajadores de la salud. Por lo cual una decisión interesante y beneficiosa para otorgar una atención integral y de calidad a la salud de los ciudadanos, tiene que ver con adoptar la educación permanente en salud como pilar para la construcción de prácticas innovadoras y para la distribución de prácticas de salud. No se puede pensar la educación y la capacitación continua como una práctica aislada en los servicios de salud, sino que se debe comenzar a pensar y trabajar en la educación permanente en salud como una caja de herramientas para actuar sobre la micro política del trabajo, ampliando de esta manera los espacios de autonomía en el desarrollo de las prácticas, creando espacios colectivos que permitan construir acuerdos de convivencia.

En este aspecto también es interesante tener presente espacios de encuentros regulares, como así lo plantea Sousa Campos a través del método de Gestión Colegiada y cogestión, un método si se quiere preventivo de la diversidad y magnitud de los conflictos, ya que apunta a crear espacios en donde las diversas situaciones como fueron aquí planteadas por los entrevistados, como conflictos con los médicos, con sus superiores, falta

de diálogo, falta de respuesta a sus reclamos, etc., puedan ser explicitadas y trabajadas por todos, teniendo en cuenta los intereses de todos los integrantes, logrando sujetos comprometidos, que respeten la misión y los objetivos institucionales en los que están insertos. Entonces, hay que comenzar a pensar en modos de gobernanza, ya no basados en el mercado y producto, sino en los valores, en los valores compartidos entre las personas, la adaptación mutua a través de comunicación “*face to face*”, la creación de espacios participativos de trabajo, el desarrollo de comités de evaluación entre pares, o en encuentros de capacitación.

La realidad que se pudo observar desde las voces y los relatos, en relación a la “*satisfacción laboral*” de los trabajadores, es que en un lugar de vanguardia como es la Maternidad para la salud pública de Rosario, donde se tiene todo en relación a los recursos humanos y materiales, se diría hasta en algunas partes del mundo, de excelencia, pero sin embargo, los sujetos que allí trabajan no acompañan con sentimientos satisfactorios los logros personales e institucionales, es decir, que la percepción de satisfacción, no acompaña el sentimiento de la importancia que tiene la tarea que realizan. Se observa una curva de satisfacción descendiente desde la percepción negativa de la participación de los sujetos, siendo que desde el exterior, la actividad colectiva y el prestigio institucional tienen una mirada y una expectativa superior, la cual no coincide con lo que los trabajadores de la salud sienten y viven.

Analizando esta problemática y en función de lo que señala Abraham Maslow sobre la jerarquía de las necesidades, es desde allí donde debe comenzar a pensarse a las instituciones de salud. Se establece que en la cima de la pirámide se presenta la necesidad básica de autorrealización en donde el éxito en la profesión y el placer en el trabajo están ligados a la satisfacción de las personas, mientras que las frustraciones producto del fracaso en la profesión o la insatisfacción en el trabajo, se ven reflejada en los sujetos.

No puede dejarse de lado la cultura Argentina, información que no es menor, caracterizada por una debilidad ante el trabajo grupal y la toma de decisiones consensuadamente. El incentivo que se proponga, donde se busque que se trabaje en equipo, debe contemplar esto y debe elaborar incentivos tan creativos que muevan a las personas actuar de esa manera, tarea que no resulta ser sencilla, pero tampoco imposible.

Para concluir, la valoración que el trabajador realiza de su satisfacción laboral se encuentra signada por componentes afectivos. Por lo tanto, si los empleados tienen sentimientos agradables y positivos en el trabajo sus actitudes hacia el mismo serán definidas como satisfacción laboral. De otra manera, si los empleados tienen sentimientos

negativos y displacenteros sus actitudes hacia el mismo serán definidas como insatisfactorias. De acuerdo a esta definición, se concluye que los médicos y enfermeros de Neonatología de la Maternidad Martín abordados en este estudio, tienen sentimientos negativos en el trabajo, lo que demuestra la insatisfacción laboral que presentan, producto de una cultura institucional rígida y jerárquica, tal cual plantea el supuesto hipotético del cual partió la investigadora.

Aportes de la investigación:

De lo antes expuesto surge el aporte que desea realizar la investigadora en el campo de la Salud Pública. Como se fue planteando en el desarrollo de esta discusión, dicho aporte tiene que ver con la importancia de pensar en instituciones más flexibles, dóciles, por fuera de la burocracia, rigidez, jerarquía y departamentalización. Sería importante afrontar cambios de paradigmas en la conducción, relacionados a miradas y enfoques horizontales en el funcionamiento de las organizaciones. Sin duda, esta propuesta mejoraría el grado de participación y compromiso de los equipos con la Institución como un todo, sosteniendo un personal con sentimientos creadores de modelos, participativo, con compromiso, con ilusión de crecer y desarrollarse en el lugar de trabajo, motivado, generador de un clima agradable de trabajo, lo que garantiza su satisfacción y realización profesional, y sobre todo algo infrecuente hoy en día, tanto en el sector público como privado, que tiene que ver con el sentimiento de pertenencia y amor al ámbito laboral.

Dichos resultados serán presentados a las autoridades de la Maternidad, sugiriendo estrategias de trabajo, como terapias grupales con psicólogos especialistas en el trabajo institucional, grupos de convivencia multidisciplinarios, encuentros y reuniones grupales interdisciplinarias periódicas, así como encuentros de debates y resolución de problemáticas y conflictos en equipo para mejorar el funcionamiento y lograr un ambiente de trabajo favorable y participativo.

11. CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos acerca de la relación que existe entre la cultura organizacional y la satisfacción laboral desde la percepción de los trabajadores de la salud (médicos y enfermeros) del área de UCIN, muestran de acuerdo a los objetivos planteados en el estudio, sentir cierta autonomía en el trabajo en el marco de un trabajo individualista, donde no es posible lograr trabajar en equipo.

En relación al contexto y ambiente de trabajo, si bien expresan una buena relación ente compañeros, pero no es así en el equipo, se percibe un clima tenso de trabajo donde las relaciones interpersonales y la comunicación no fluyen gratamente.

En cuanto al compromiso, se presenta poca tendencia a plantear mejoras para el servicio, se puede observar como aparecen en los relatos, que las ideas no prosperan, se proponen y no se obtienen respuestas, como también se observa un importante déficit en la participación y toma de decisiones.

Con respecto a la mejora continua, aparece un común denominador en los relatos de los sujetos, relacionado a la escasa educación y capacitación continua que propone el servicio y la carencia de espacios de encuentros regulares donde se puedan debatir e intercambiar la diversidad de propuestas e intereses como las situaciones de conflicto.

Es evidente que los consultados no se remiten a grandes expectativas, limitándose a realizar buenas prácticas y a sostener el tipo de interacciones que lo permitan.

Pese a lo formalmente expresado, es poco realista que en un ambiente caracterizado por la desconfianza y el trabajo individualista, los sujetos mantengan elevados niveles de solidaridad, en caso de verse vulnerados en sus derechos personales o colectivos, pues ese clima es claramente propicio para el surgimiento de las diversas situaciones conflictivas que se presentan, mucho más, cuando la mayoría manifiesta no sentirse apoyado ni escuchado.

Sin duda esta semblanza caracteriza un ámbito donde el sentimiento de satisfacción no podría prosperar y menos aún, resultar inocuo para el desempeño y compromiso individual, que sin duda va a resultar resentido por el entrecruzamiento de todas estas complejas situaciones.

De igual forma, las respuestas de crecer y desarrollarse dentro de la institución no denotan demasiado entusiasmo, es decir, nadie puede dar lo que no tiene, y si de satisfacción personal se trata, queda claro que no se está ante un sentimiento abundante, sino más bien escaso; ya que si bien gusta y es grato el trabajo que hacen, predomina una visión negativa en relación con sus pares y con sus superiores, de los cuales esperan escasas respuestas.

Por lo expuesto, se llegó a la conclusión de que en los sujetos entrevistados, a pesar de la creciente disponibilidad de recursos humanos y materiales, la curva de insatisfacción en vez de decrecer, crece, generando niveles contrapuestos de satisfacción laboral. El grado de compromiso en la UCIN no está anclado a la cantidad y calidad de los recursos sino al conocimiento que tienen los individuos con los objetivos altruistas propuestos en los grandes enunciados de las políticas públicas de salud para el sector.

La percepción de incomodidad y la insuficiencia que genera insatisfacción debería ser de algún modo la condición para que cualquier persona u organización comience a decidir realizar cambios en sus prácticas. Es decir, se debe comenzar a pensar y actuar desde un enfoque que promueva espacios de mayor autonomía y democratización, espacios de diálogo y de intercambio de saberes, para que así los obstáculos se superen y los procesos se transiten de una manera más saludable. Considerando algunas alternativas básicas que hacen a este enfoque, puede pensarse a la planificación como un campo interactivo de actores, proyectando “con los otros”, en lugar de “para los otros”, estableciendo objetivos a largo plazo, futuristas, que motiven y den sentido a la cotidianidad de la práctica, e incorporando la autocrítica como generadora de nuevas alternativas. Esta realidad se ha ido reflejando en un aspecto más global, observando cómo los hospitales públicos y los programas sanitarios entre otros, se han ido desmoronando ante los ojos de un país individualista enfocado en determinados intereses políticos.

Para concluir, es interesante tener presente que siempre que se pretende alcanzar algún grado de objetividad en el conocimiento de la realidad resulta imprescindible contemplar aquello que la realidad hace evidente. (Rovere, 2005)

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENTREVISTA A TRABAJADORES DE LA SALUD DE UCIN DE MATERNIDAD
MARTIN

Cultura organizacional y satisfacción laboral desde la perspectiva de los trabajadores de UCIN.

Nº entrevista: Fecha: Edad: Sexo:....Antigüedad en el sector:
Disciplina:.....

CULTURA ORGANIZACIONAL

a)- PROFESIONALISMO

1- Durante el tiempo que Ud. permanece en la guardia, ¿Podría expresar como se desarrollan las actividades y tareas dentro de la sala con el resto de sus colegas?

.....
.....
.....

2- Actualmente, ¿Cómo se siente con la actividad que realiza?

.....
.....
.....¿Siente que sus capacidades y destrezas aportan al desarrollo de sus tareas en el servicio?

3- En cuanto al desarrollo de su trabajo. ¿Siente que puede realizar sus tareas con autonomía?

.....
.....

b) ILUSIÓN EN EL TRABAJO:

4- ¿Podría expresar cuál es su sentimiento al llegar a su lugar de trabajo?

.....
.....

5- ¿Lo ilusiona la idea de desarrollarse profesionalmente en este servicio?

.....
.....

6- ¿Cómo se siente Ud. en su ambiente de trabajo?

.....
.....

7- ¿Cómo vivencia el trato y la relación con sus pares?

.....
.....

c)- COMPROMISO

8- ¿Podría describir como suele actuar ante situaciones de conflicto con sus pares?

.....
.....
.....

9- Durante el tiempo que Ud. se desempeña en la institución, ¿Tiende a realizar aportes y sugerencias que proporcionen mejoras en el servicio?

.....
.....
.....

10- En cuanto a su experiencia, ¿Se siente convocado a participar en la toma de decisiones dentro del servicio?

.....
.....
.....
.....

d)- COMUNICACIÓN

11- De acuerdo a las directivas dadas en la institución por el personal jerárquico, ¿Cómo percibe que son transmitidas?

.....
.....

12- ¿Cuál es su sentimiento en relación al tiempo compartido con sus colegas?

.....
.....
...¿Cómo suele darse la comunicación con ellos habitualmente?
.....

e) MEJORA CONTINUA

13- Ud. percibe que el servicio tiende a innovar en sus hábitos y rutinas?

.....
.....

14- De acuerdo a su vivencia, ¿Cuál es su perspectiva en relación a la capacitación continua, por parte del efector para con los trabajadores de la salud?

.....
.....

15- Como equipo de trabajo, ¿Se logran encuentros regulares para autoevaluación, acuerdos, debates y demás situaciones que requieran de dicho espacio?

.....
.....

16-SATISFACCIÓN LABORAL: pregunta abierta

¿Qué sentimientos despierta en usted el trabajo que realiza?, ¿Qué expectativas de crecimiento y desarrollo personal tiene Ud. dentro de este efector de salud?

.....
.....
.....
.....

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado colega de la salud:

Solicito su colaboración para acceder a responder una entrevista, la cual ofrece importante información a la investigadora de este estudio, Córdoba Natali Soledad, DNI 32218225, cel. 3416502855, para culminar la tesis de maestría en Salud Pública perteneciente al Instituto Lazarte de Rosario, que tiene como objetivo conocer la relación que existe entre la cultura organizacional en la satisfacción laboral desde la percepción de los médicos y enfermeros del área de UCIN de Maternidad Martín. Y el propósito de favorecer el entorno de trabajo, beneficiando a los trabajadores de la salud impactando sobre la mejora en el bienestar, en la calidad de vida laboral y en la calidad de atención a los usuarios. A raíz de los resultados obtenidos, diseñar estrategias de trabajo para mejorar el funcionamiento y lograr un ambiente de trabajo favorable.

Tenga presente que en cualquier momento Ud. Tiene derecho omitir contestar alguna/s de las preguntas o dejar de participar cuando así lo desee.

De acuerdo a la Ley 25326, se garantiza la confidencialidad de los resultados y el anonimato de toda la información, opinión y relato de vivencia que Ud. exprese.

Muchas gracias por su colaboración.

Firma:

ANEXO III

BREVE RECONSTRUCCIÓN DE LA HISTORIA DE LA MATERNIDAD MARTIN

Los relatos de los informantes claves, se consideró un aporte interesante y enriquecedor para el estudio de la cultura organizacional y del sentimiento de quienes allí ejercen sus prácticas, primando el criterio de información calificada.

A tal fin, se utilizó como instrumento de recolección de datos una entrevista guiada alrededor de cinco preguntas abiertas (Anexo IV), con el objetivo de reconstruir parte de la historia de la Maternidad Martin, hecho que aporta al estudio de la cultura organizacional.

A través de ello, se pretendió obtener información conociendo las opiniones y perspectivas de los actores del área de neonatología, las vivencias, relatos y saberes de aquellos que formaron parte de la transición no solo de la estructura edilicia, sino también del proceso de trabajo y modelo de atención.

Tal búsqueda e indagatoria, tuvo como propósito obtener una visión enriquecida a través de las voces y miradas de quienes integran la sala, a fin de lograr una mayor impregnación de la temática en el lugar de estudio, por lo cual se decidió incorporar y entrevistar a estos informantes claves, en función de los cambios que han traído aparejados las transformaciones que sufrió la maternidad Martin, al incorporar al proceso de atención el modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, a su estructura edilicia y sus objetivos.

Para tal fin, se utilizó una obra del Dr. Zanutinni, quien incorpora un resumen de la historia de la Maternidad Martin. La cual resulta de interés para la investigadora del estudio, incorporar una breve reseña de la misma y añadiendo el relato y las voces de quienes hacen a esta historia (informantes claves). Tarea que resulto poco sencilla de reconstruir considerando a la historia valiosa para lograr comprender desde allí los cambios, la historicidad, que hacen a la cultura de la organización, ya que fueron escasos los textos encontrados al respecto, a excepción del aquí citado. Por lo cual desde el aporte del Dr. Zanuttini, y de entrevistas (información empírica), que se realizarían a los trabajadores de mayor antigüedad en la institución, se realizó una breve reconstrucción de la historia de la Maternidad Martin, historia edilicia, del trabajo interno, de relaciones interpersonales y sobre todo de cambios en el funcionamiento de la misma.

Este recorrido y elaboración propia de la investigadora, formara parte de la estrategia metodológica del estudio, dando cuenta que la información obtenida será de fuentes primarias (propios relatos de los sujetos).

Selección de informantes claves:

Dichos informantes fueron seleccionados en función de su antigüedad en el trabajo (>15 años dentro de la institución), por lo cual se asume que una variedad de actores que ocupen o hayan ocupado distintas posiciones y funciones, aporta a la temática estudiada, en tanto son portadores de distintas miradas y perspectivas desde donde posicionarse frente al objeto, ampliando la visión del mundo de trabajo.

Se solicitó en oficina de personal de Maternidad Martín listado de enfermeros y médicos neonatólogos de más de 15 años de antigüedad en la institución. De dicho listado se seleccionaron aleatoriamente tres (3) trabajadores (entre ellos 1 personal con tareas en gestión, 1 neonatólogo, 1 enfermero asistencial), de quienes se recolectó información por medio de una entrevista conformada por cinco preguntas abiertas que oficiaron de guía y la aceptación de participar voluntariamente mediante el otorgamiento de un consentimiento informado (Anexo V)

ANEXO IV

ENTREVISTAS INFORMANTES CLAVES:

Reconstruir historia de Neonatología de Maternidad Martín, desde los propios saberes de referentes empíricos.

1- En relación a su experiencia, ¿Cómo evalúa el funcionamiento de la antigua sala de Neonatología de la Maternidad Martín, en cuanto a la integración de personas- insumos- resultados?

.....
.....
.....

2- En cuanto a la estructura edilicia de la sala de Neonatología y en función de la incorporación y avance tecnológico ¿Cuál es su evaluación funcional en relación a la antigua y a la actual sala?

.....
.....
.....

3- Compare la dinámica del modelo de trabajo anterior con el nuevo (Maternidad Segura y Centrada en la Familia).

.....
.....
.....

4- ¿Observa cambios significativos en las relaciones vinculares con sus pares, colegas y demás miembros de los trabajadores de la salud?

.....
.....

5- Observa cambios significativos en los niveles participativos que operan en la toma de decisiones?

.....
.....
.....

ANEXO V

CONSENTIMIENTO INFORMADO: INFORMANTES CLAVES

Estimado colega de la salud:

Solicito su colaboración para acceder a responder una entrevista, la cual ofrece importante información a la investigadora de este estudio, Córdoba Natali Soledad, DNI 32218225, cel. 3416502855, para culminar la tesis de maestría en Salud Pública perteneciente al Instituto Lazarte de Rosario, con el objetivo de reconstruir parte de la historia de la Maternidad Martín, hecho que aporta al estudio de la cultura organizacional. Y el propósito de obtener información conociendo las opiniones perspectivas de los actores del área de neonatología, sus vivencias, relatos y saberes de aquellos que formaron parte de la transición no solo de la estructura edilicia, sino también del proceso y modelo de trabajo.

Tenga presente que en cualquier momento Ud. Tiene derecho omitir contestar alguna/s de las preguntas o dejar de participar cuando así lo desee.

De acuerdo a la Ley 25326, se garantiza la confidencialidad de los resultados y el anonimato de toda la información, opinión y relato de vivencia que Ud. exprese.

Muchas gracias por su colaboración.

Firma:

ANEXO VI

BREVE RESEÑA HISTORIA DE LA MATERNIDAD MARTIN

DESDE LA TEORIA Y RELATOS DE LOS INFORMANTES

CLAVES

Como dice el Dr. Edgar, Zanuttini (2011), en su libro “Temas de Obstetricia”,

“no debemos olvidar los orígenes de la profesión y sobre todo los avances y transformaciones que fueron sucediendo tanto en la profesión, como en la estructura edilicia de las instituciones, para poder comprender así, los cambios que en ella se fueron dando.”

La maternidad Martin es un hito importante en la historia de la obstetricia y neonatología en la ciudad de Rosario. El edificio fue donado por la señora Ángela Joostens, viuda de Martin (*Julio Ulises Martin, fue un empresario industrial e innovador tecnológico Suizo que vivió en Argentina, quien en 1894 formo legalmente la firma de Martin y Compañía. A través de la adquisición de inmensas extensiones de tierra en el noroeste argentino: San Ignacio, Misiones (donde actualmente sigue funcionando dicha planta, como cooperativa de trabajo), las cuales fueron dedicadas al cultivo de yerba mate. En 1898, Martin fija la sede comercial en la Ciudad de Rosario, en el micro centro de la ciudad, conocido actualmente como barrio Martin. En el año 1898 se casa con Ángela Joostens, se instalan a vivir en la ciudad de Rosario y tienen 4 hijos. En 1934 a los 61 años, Julio Martin fallece y a partir de allí sus hijos son quienes toman el legado de la empresa yerba mate, Martin & Cía.*) (wikipedia, 1998)

Un año previo al fallecimiento de Julio Martin, uno de sus hijos Marcelo Martin es secuestrado en la zona centro de la ciudad de Rosario por una banda de la mafia rosarina, quienes envían una carta a la familia solicitando una importante suma de dinero para su libertad, y es allí cuando uno de sus hermanos paga el recate y a los dos días Marcelo es liberado por los mafiosos. En ese ínterin, su madre prometió donar una maternidad a la ciudad de Rosario si su hijo aparecía con vida. Al ser así tal acontecimiento, en el año 1937 Ángela cumple tal promesa, y firma la escritura de donación ante el escribano publico Murray el 5 de julio de 1937, definiendo que el nuevo edificio “Maternidad Martin” deberá

levantarse en la manzana que actualmente funciona la Asistencia Pública (manzana comprendida entre las calles, Moreno, Rioja, Balcarce y San Luis). Estableciendo en una de las cláusula que “...el edificio será destinado exclusivamente a Maternidad, no pudiendo cambiársele en ningún caso ese fin total o parcialmente..” Y sugiere un edificio para un hospital con características similares al Saint Mary Hospital de la ciudad de Nueva York (EEUU).

Dos años más tarde, el 8 de julio de 1939 se inaugura la maternidad, bajo la propuesta de internación conjunta, para una relación precoz madre-hijo, lo cual resultó ser un adelanto importante para esa época ya que no existía en los demás sanatorios de Rosario. Dos años más tarde, el 8 de julio de 1939, se inaugura la Maternidad, bajo la dirección médica del Dr. Emilio Argonz, quien hizo construir bajo su dirección dos camas esenciales de parto (hasta ese momento se realizaban los partos horizontales). Por ello y dadas las características y la complejidad que presentaba la Maternidad para la enseñanza de la especialidad tanto obstétrica como neonatológica. En 1940 se traslada a la Maternidad la Escuela de Parteras que funcionaba en el Hospital Rosario.

Posteriormente en el año 1972, se inaugura un Centro de Protección Familiar, a cargo de grupo de obstetras, psicólogos y asistente social que integraban equipo de profesionales dentro de la Maternidad. El mismo funcionaba como centro de ayuda y protección para la madre y el hijo.

Diez años más tarde, debido al incremento en la demanda y número de partos que azotaba en ese entonces a la maternidad y quedando de algún modo escasa la capacidad edilicia, se comienzan a realizar en el año 1983 modificaciones y construcciones en el primer piso de aquel edificio para ampliar la infraestructura de la Maternidad Martín. En esta tarea de modificación y ampliación detrás del edificio de la maternidad se encontraba una construcción interrumpida desde la década del '50, la cual fue recuperada después de 40 años para la Secretaría de Salud Pública de Rosario. Así fue como por intermedio de acuerdos, diversos momentos políticos y transiciones de reforma, reconstrucción, ampliación y bajo el lema de nuevos modelos instaurados en el proceso de atención madre e hijo, tras la mención de UNICEF a la Maternidad como Hospital Amigo de la Madre y el Hijo y bajo el lema de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF), es que se inician en tal edificio una obra de construcción magistral para una maternidad modelo para la ciudad y la región. Es así, que el 22 de diciembre de 2006 se inaugura la nueva

maternidad, implantada en el quinto y sexto piso del CEMAR (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias Rosario), con la presencia de las autoridades políticas de ese momento (Intendente Miguel Lifschitz y la Secretaria de Salud Pública, Mónica Fein), entre directores, jefes, personal operativo y numerosos invitados y público en general.

En el sexto piso de la maternidad funcionaban salas de ingresos, salas de parto, salas de cirugía y el servicio de Neonatología. Mientras que en el quinto piso se encontraba la Dirección de la Maternidad Martín, departamento de enfermería, jefatura de Neonatología, comedor y dormitorio de los médicos. Contaba con guardias activas de obstetricia, tocoginecología, neonatología y anestesiología, además de residentes y concurrentes de distintas especialidades. También se desarrollaban actividades de Docencia con alumnos de la Facultad de Medicina de distintas materias y de la Carrera de Enfermería.

Concluyendo tal reseña en el año 2009, comienza a funcionar el Museo de la Maternidad con donaciones de instrumentos, camillas, ecógrafos, etc. que fueron utilizados en otra época. También durante este año se inaugura una nueva aula para docencia, además del aula original, en el segundo piso de la maternidad vieja, donde funcionaba antiguamente la sala de puerperio general. (Zanuttini, 2011)

RELATOS INFORMANTES CLAVES:

1- Relato enfermera asistencial

“El funcionamiento anterior de la sala, insumos, recursos humanos de aquel tiempo lo que destaco es el trabajo en equipo y los resultados que eran buenísimos. En cuanto a los insumos estos escaseaban, a veces por razones ilícitas, económicas del momento, pero no se contaba con grandes recursos, y la tecnología juega un papel muy importante donde antes escaseaba, así como la complejidad de los pacientes. Con el tiempo se fue incrementando la complejidad hasta la llegada de los respiradores. A raíz del surgimiento de estas cosas nuevas, la capacitación y la formación se daban dentro del servicio, existía el trabajo en equipo, en ese momento te sentías acompañada, no sólo que resolvían las urgencias sino que te enseñaban. Cundo yo entré la formación del personal de nuevo ingreso estaba a cargo de determinadas personas que eran las que hacían docencia. Entonces solo las referentes eran esas personas, esto dio muy buenos resultados pero se dejó de hacer, se formó mucho personal de esa manera. Se

enseñaban las técnicas en conjunto de la teoría, la bibliografía, lo que daba el fundamento necesario para poder trabajar a conciencia. Incluso me acuerdo que en el momento de la transición, de la mudanza donde casi no teníamos pacientes, ahí se aprovechó durante algunos meses incentivar a estudiar y aprovechando que no había casi pacientes. Antes el personal hasta no cumplir un año en formación no tenía pacientes a cargo. Ahora eso no sucede, son uno o dos meses con suerte y comienzas con pacientes con alto riesgo, y bueno nada, a la deriva, arreglándose como se pueda y que su responsabilidad disponga. Se debe ir pasando paulatinamente de aquello de menor a mayor riesgo. Los tiempos son otros, hoy quizás no se puede dejar un año. Una de las razones, es la demanda, y la otra es que por distintas razones la gente busca alejarse de la neonatología. Esto no pasaba antes, y creo que tiene íntima relación con el trabajo en equipo, hoy no hay trabajo en equipo.

En relación a la estructura edilicia, la misma era un lugar mucho más reducido a éste. No había un estar médico en la sala, sólo un estar donde enfermería podía desayunar o merendar. Pero no se notaba la división que hay hoy. Hay algo que me llama mucho la atención, en el comedor, estamos divididos, hay un comedor para enfermería, mucamas y técnicos y divididos por una pared, está el comedor para los médicos. Más de una vez pensé y tuve ganas de poner un cartel que diga “esta pared discrimina”, porque nos está separado, por una cuestión de jerarquía, lo que hace que cada vez se note más esta división. Esto antes no pasaba, el médico era tu compañera y necesitaba de la enfermera, y se lo hacía saber. La opinión de enfermería para el médico era muy valiosa, cosa que hoy se perdió. La opinión de enfermería no se jerarquiza, y me parece que minimizar nuestra acción, hace que estemos en problemas.

En esta maternidad hace 10 años que estamos, los primeros cuatro años fueron muy buenos, al principio fue difícil adaptarse porque mucha gente sentía temor por diversas cosas que se iban diciendo, esto fue el primer bloqueo, que se logró vencer, si el edificio se caía, no había salida de emergencias, no había protocolo de evacuación y demás. Todo eso generó un estrés en todo el personal, pero pese a eso los primeros años se trabajó muy bien, en equipo. Pero desde hace 5 años esto es una vorágine, hay como una lucha, una rivalidad, no se trabaja en conjunto, yo enfermera voy a ver qué hago yo para joder al médico, y el médico está viendo que puede hacer para joderte a vos enfermera. Antes las mucamas eran nuestras principales compañeras de trabajo, te alcanzaba las cosas en las urgencias, sin tener que decirle nada, hoy no pasa, al contrario casi ausentes, es todo no me corresponde. El error está que se fue de un extremo a otro, lo importante es

poder encontrar el equilibrio. Hay mucha rivalidad, de esa forma los resultados nunca van a hacer buenos. Esta falta de trabajo en equipo, la falta de comunicación, trajo aparejado el hecho de estar cada vez menos comprometidos tanto los médicos como los enfermeros. El personal de enfermería al no sentirse escuchado cayó en el que me importa y los médicos al no valorar esa información y no tenerla en cuenta, siente que enfermería no lo acompaña, es decir, antes cuando venía un médico de interconsulta, nadie te tenía que decir anda y acompaña al especialista que va a evaluar a tu paciente, sino que uno iba, yo acompañaba porque era parte del cuidado de enfermería, eso es lo que noto que todo cambió desde las dos partes. No sé dónde se originó pero los resultados no son los mismos. Con respecto al modelo de atención, considero que es un modelo favorable para el paciente y la familia, para el personal fue todo un cambio aceptar que nuestro paciente tiene una familia, no podemos pensar en el bebé solo, e allí la importancia de incorporar a la familia en el cuidado yo estoy muy de acuerdo. Pero en el personal fue muy difícil adaptarse, nosotros estábamos acostumbrados a estar solos, sin que los padres observen las prácticas, de las cuales hoy considero que hay determinadas prácticas donde no es lo mejor, lo más ético que la familia esté presente. Si estás haciendo una práctica estéril es muy difícil permitir al familiar que lo contenga, que es la función que debería cumplir la de contener y acompañar. No todo el personal está dispuesto a esto, a la presencia del familiar, lo siente como una opresión, por ejemplo si debe realizar una punción más de una vez. De todos modos considero que la adaptación costó, pero creo que tuvo buenos resultados. En cuanto a la implementación, en ese momento había un comité de MSyCF, pero la transmisión creo que no fue lo más efectivo o generalizada a todo el personal, quizás faltó comunicación, o la participación de todos en conjunto porque no sé por qué algunos se adaptaron más rápido que otros.

En cuanto a las relaciones vinculares, se observa una fragmentación, el no me corresponde, un individualismo. Esto tiene que ver con los avances propios de la tecnología, lo que hizo perder un poco el poder de observación que tiene enfermería. Antes teníamos menos tecnología y por lo tanto permanecíamos más cerca del paciente. Cada uno hace su trabajo individualmente y si el trabajo no se hace en equipo los resultados no son buenos. El trabajo en equipo se necesita porque todos nos necesitamos, el médico, enfermero, el radiólogo, la mucama, el kinesiólogo. Trabajamos muy separados.

En relación a la participación y toma de decisiones, considero que siempre se involucró a enfermería en la participación, hoy mucho más que antes, en relación a su formación, capacitación, pero no noto que se lo tenga presente en la toma de decisiones. No sé cuál es la razón pero creo que particularmente enfermería busca salir más de lo asistencial, no se trabaja bien porque el clima de trabajo no es el adecuado. El trabajo se hace más estresante debido al ambiente, estamos todos a la defensiva, no es ni el médico solo, ni el enfermero solo.

No toman todos las decisiones, lo único que se hace es citar quien está interesado en participar de alguna capacitación o normatización, no es algo generalizado. Nunca fue de hacerse muchas reuniones, en este cambio hubo una cantidad muy importante de incorporación en recurso humano. Los primeros años acá desde la mudanza se trabajó bien en equipo, pero hace aproximadamente cinco años que todo empezó a dividirse, a individualizarse y a perder el compromiso y la responsabilidad que implica el trabajar todos juntos.”

2- Relato Médica Neonatóloga

“La otra neo se sentía como una gran casita, donde si bien teníamos menos recursos que hoy, uno se acomodaba a lo que tenía. Pero al cambiar acá, a una estructura más grande, con más unidades, que parecía sentirse más fría también, y donde la tecnología era de mayor complejidad, eso fue muy estresante como romper etapa. Esta incorporación de la tecnología fue beneficioso, los lugares son más espaciados, aunque me apabulló en un primer momento hoy lo veo beneficioso. El sentimiento era como que había cambiado de trabajo y tenía que volver a empezar, todo era nuevo, aunque éramos todos los mismos y nos estábamos adaptando, después de a poco fuimos notando los beneficios, me parecía hermosa. Si noto que se perdió un poco la cultura de las relaciones personales sobre todo con los obstetras, donde compartimos muchas cosas, comidas, reuniones, charlas en conjunto, hoy es mas frío, los espacios son más grandes y estamos más distanciados ya no se comparten esas cosas, hay más gente también. Noto una distancia entre el equipo de trabajo y esto cambio las relaciones interpersonales. Era un entorno más saludable, donde nos reíamos, nos relajábamos y por momentos nos olvidábamos que estábamos trabajando en ese intensívismo, era mucha más relajado y más ameno.

La incorporación del nuevo modelo de atención MSyCF fue fantástico, se logró abrir la residencia para madres y muchas cosas más que llevo muchísimo tiempo. La incorporación de la familia fue un trabajo muy duro que costó pero se logró. Me lamento que perdimos los prematuros como centro de referencia, hoy somos centro de derivación quirúrgica. Esto se perdió por una cuestión política de regionalizar la atención de estos pacientes,

sumado a que se comenzó a ver que otros hospitales tenían mejores resultados con los prematuros, lo cual creo que puede deberse, siempre presentando nuestros resultados legítimos, no se los otros hospitales, pero quizás ellos tenían otra dinámica de organización que le permitían ser más exhaustivos en los cuidados de estos niños, o quizás un mejor control por la dinámica de trabajo. Y hoy por hoy son referentes para que los residentes vayan a capacitarse allá para el cuidado de los más pequeños. Y de esta experiencia se los consideran que son mucho más estrictos en los cuidados y atención de estos pequeños, tienen normativas y protocolos más estrictos. Acá hay protocolos, pero se están quedando en el tiempo, no estamos organizados en ir actualizándolos. Es como que la idea está pero ahí queda, es mucha la actividad y el trabajo para ponerse con estas cosas entre todos.

Antes en cuanto a la organización ya veníamos con una estructura organizacional del pase de sala entre los médicos. En un tiempo se intentó que estos sean interdisciplinarios, pero no funcionó, porque no hay voluntad de las dos partes, hubo intentos cuando hubo crisis con pacientes en estado grave. Se intentó hacerlo con el jefe de enfermería y con el enfermero a cargo del paciente en ese momento, pero no se logró. En la otra maternidad esto no pasaba porque por razones de espacio enfermería estaba codo a codo con el médico, los comentarios se daban entre todos, todos sabíamos todo. Estábamos todos en el mismo lugar, ahora estamos más aislados. Es importante en el pase de sala estar todos juntos. Cuando las papas quemán ahí tenemos que encontrarnos y hacer montón de cosas, luego después se enfría, todo está bien y pasa, no se sostiene en el tiempo, pero desde los dos lados.

Los vínculos y las relaciones antes eran más cariñosas, más afectuosos y con más respeto, hoy es más frío todo, cada uno cumple su trabajo y se quiere ir, es como que estamos agobiados, cansados acá no te invita a quedarte más tiempo, antes era más relajado todo, acá hay mucha tensión hay mucha gente nueva que trajo otras experiencias de otras instituciones, más organizadas, más estructuradas, más normatizadas. Es difícil consensuar todo eso, sobre todo cuando vienen acá y no hay normativas demasiado claras como quizás en otros lugares.

En relación a la autonomía creo que hoy no tenemos ese espacio donde poder plantear nuestras problemáticas, nuestras dudas, desacuerdos, debatir sobre distintas problemáticas. No tenemos un espacio para los neonatólogos. La verdad es que no tomamos una decisión firme para realizar esto. Creo que hoy estamos más organizados, tenemos más tecnología, más espacios. Pero en relaciones interpersonales perdimos, estamos más distanciados, nos peliamos, discutimos nos confrontamos, cambiamos la guardia y me pongo con quien me siento mejor, pero esto no pasaba te tocaba esa guardia

y te tocaba no te ibas a otra, creo sobre todo por la forma de trabajo y esto lo noto en la generaciones más jóvenes. Hoy siento que hay una formación de esta generación más individualista, y falta el sentido de pertenencia, terminamos rápido así nos vamos, pero creo que es por el agobio del trabajo y por la formación, cuesta amalgamar todo esto. Y otra cosa que me llama la atención es que la gente llega y no te saluda y eso te hace arrancar y te predispone mal el día, eso no sé porque pasa, uno trata de convivir con esa mala onda, creo que hay falta de amabilidad, somos muy criticones del otro y en los pases de sala nos matamos.”

3- Relato personal de Gestión

Yo empecé con jefa en la otra maternidad, en cuanto a los insumos materiales teníamos de todos, pero si teníamos falencias en la infraestructura. De 13 bebés que teníamos internados, solo 3 unidades tenían oxígeno, paneles, aire comprimido. La complejidad de los 15 era solo para 3 bebés nada más. No teníamos bombas, paneles de oxígeno y aire, se trasladaba al paciente hasta el sector que lo tenía, esa fue una falencia que la sufrimos muchísimo, teníamos un solo monitor y respirador, solo para el paciente más grave. Hasta que se empezó a estudiar la retinopatía entonces de a poco se fueron incorporando saturómetros de oxígeno. En cuanto a lo edilicio la sufrimos mucho, y en cuanto a los insumos materiales hacíamos lo que podíamos con esos pacientes más complejos. Contabamos con dos salas, una sala con 3 incubadoras equipadas para alto riesgo, donde había 1 respirador y donde el que tenía monitor no tenía saturómetro, y el que tenía saturómetro no tenía monitor, así que nos íbamos turnando de acuerdo al que considerábamos que así lo necesitaba y 3 bombas infusoras, solo para esos bebés, los demás no tenían y la otra sala eran 10 incubadoras de menor complejidad.

No teníamos bombas, entonces debíamos contar las microgotas, o si un paciente requería alta frecuencia nos pasábamos al lado del neonatólogo bolseando al paciente hasta que este logre estabilizarse, hoy contamos con respirados de alta frecuencia. Si o si tenías que quedarte al lado d paciente, no había nada que te alertara más que la observación permanente, de todos modos había pacientes con menor complejidad entonces los resultados eran buenos, los pacientes no se injuriaban tanto, los prematuros extremos teníamos buenos resultados al no injuriarse tanto, el avance de la tecnología requiere de más invasión de algún modo, antes se respetaba mucho el protocolo de intervención mínima, aunque se creía que la tecnología iba a favorecer esto, no fue así eso es algo que se observa de la otra maternidad y esta. El trabajo era distinto, no solo que no había tantos chicos con riesgo como ahora. Los prematuros extremos lo teníamos nosotros siempre y cuando no teníamos la unidad libre, se derivaban. Hoy hay mucho

recurso humano y material y sin embargo los resultados no son los mejores. Tenemos todo para trabajar al 100 por 100. Pero la gente no valora todo hasta que sale de acá.

Como equipo éramos tres enfermeras por guardia, dos se encargaban de los bebés de menos complejidad y una sola se encargaba de los 3 de alto riesgo, mientras que ahora no quieren atender 3 pacientes de alto riesgo un solo enfermero. A mayor tecnología, se ha observado que el bebé es más invadido.

En relación al modelo de MSyCF antes teníamos horarios de visita mamá y papá separados y antes de la mudanza ya se empezó a incorporar que entrara la mamá y el papá juntos, en horario de visita. La entrada de hermanos y abuelos se incorporó ya acá en esta maternidad, el no uso más de la bata que era considerada como una barrera y se incorporó el horario irrestricto.

La dinámica del trabajo también cambió, allá no teníamos distribución de pacientes, es decir la que estaba en la guardia y era la que más experiencia tenía se encargaba de los pacientes de alto riesgo, nadie te tenía que decir que pacientes tenías designado, había más autonomía y las otras dos se encargaban de los otros 10 bebés, es decir que todos los pacientes eran de todos, no como ahora que tenés los pacientes distribuidos y cada uno se encarga de sus pacientes.

La distribución se implementa en la otra maternidad a partir de que se empezaron a tener muchos bebés infectados, para que una sola enfermera se encargara de bronquiolares, la otra de los prematuros y la otra de lo de recuperación nutricional, para evitar la contaminación cruzada, es así como comienza la distribución de pacientes.

En relación al trabajo con los médicos, los roces estuvieron siempre, con la diferencia de que los médicos antes eran más antiguos y no había la rivalidad que hay ahora, ahora me dá la impresión que los médicos como son jóvenes y los enfermeros también son jóvenes hay más rivalidad. Antes no había esto, se trabajaba más equipo, se era más solidario.

La rivalidad estuvo siempre, pero antes se trabajaba en equipo, pero en equipo de salud, no equipo de enfermero y médico, se trabajaba con el asistente social, psicólogo, mucama, todos, ahora no se ve eso, no pasa eso. Antes la asistente social entrevistaba a una madre y vos sabías todo de esa mamá, cuántos hijos tenía, como vivía, su edad, que le pasaba. Porque quedaba todo sentado en una ficha que la asistente social dejaba en la carpeta y todos teníamos acceso, entonces vos te interiorizaba sobre las condiciones de esa madre. Ahora eso tampoco existe, solo esta si hay un problema social sino no se sabe nada. Desde que se jubiló esa asistente social eso no se siguió más, ahora solo se entrevista a la que se sabe quizás por el centro de salud que tiene un problema social. Siendo que hay más

recurso humano ahora a pesar de que también es real que hay más pacientes. Y lo mismo pasaba con los psicólogos y cada uno de los profesionales que formaban parte del grupo interdisciplinario. Eso se perdió, antes se pedía una interconsulta y el enfermero estaba al lado viendo que hacía y si necesitaba algo, hoy lo dejan solo y el enfermero está tomando mate. Nuestro rol fundamental es el cuidado entonces es esencial que estemos ahí viendo que pasa con mi paciente y con los pacientes. Yo no sé si es otra generación, si fuimos formados diferentes, cuantas cosas han cambiado. Y ese cambio se debe al cambio de generación, la gente es diferente. En la mudanza ingresó mucha gente nueva. Pedir cambios en el horario permanente, cosa que el jefe esta todo el día detrás del horario, eso no pasaba. Era otro compromiso al trabajo, yo tenía que cumplir ese horario y lo cumplía, nadie clavaba la guardia. Nosotros nos formaron con una cultura de que el trabajo era importante, no es que antes no había compromiso, ni falta de responsabilidad esa gente siempre existió pero en menor medida. Es como que no tienen ganas de trabajar, por cualquier cosa faltan, antes era por algo realmente justificado que se faltaba, no existía la avivada. Pero creo sobre todo que no solo la gente de antes, hay gente que está muy comprometida, pero esa gente también está cansada, es gente muy comprometida que el sistema los fue cambiando, y esto se refleja en el trabajo de todos los días. La gente nunca está conforme, siempre les falta algo. Es muy difícil conformar a todos.”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, Carlos. (2004). Manual de historia de la cultura. Balderas, México: Editorial Limusa.
- Agüero, P. M. Z., Ortiz, M. A., & Santos, L. Á. (2014). Instrumentos para el estudio y la evaluación de la satisfacción laboral en una organización. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales* , 10-18.
- Alvarez, A. (2010). Prácticas y saberes de enfermería en el modelo de atención basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Secretaría de Salud Pública Municipal. UNLa. Rosario.
- Argyris, C. (2000). Enseñar a las personas inteligentes aprender. *Gestión del conocimiento*. 6.
- Báscolo, E., Hufty, M., & Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saúde Pública* , 35-38.
- Báscolo, E. (2010). Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Revista de Salud Pública* , 8-16.
- Belmartino, S. (1999). Nuevas Reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿Quién será el árbitro? Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bris, M. (2000). Clima de trabajo y organizaciones que aprenden. *Educación* 27 , 113.
- Cameron, K S; Quinn, R.E. (2011). Diagnosticar y cambiar la cultura organizacional: basado en el marco de valores que compiten. *Jossey Bass* , 145-150.
- Campos, G. W. (2001). El Anty-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. *Gestión en Salud: En Defensa de la Vida* (pp. 86-98). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Campos., G. W. (1998). Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud.
- Carrada, T. (2002). La cultura organizacional en los sistemas de salud ¿Por qué estudiar la cultura? *Rev Med IMSS* , 203-204.
- Casas, O. (2011). Sala de Unidad de Cuidados Intensivos: RRHH. Rosario.
- Cetrángolo, O. y. (2002). Organización de la Salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual . *CEPAL* , 3.
- Cetrángolo, O., & Devoto, . (2002). Organización de la salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. *CEPAL* , 3.
- Chiavenato, I. (2007). Administración de los Recursos Humanos. El capital humano de las organizaciones (Octava edición ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Chiavenato, I., & Villamizar, G. (2002). (2002). Gestión del talento humano. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Chiavenato, I., Villamizar, G. A., & Aparicio, J. B. (Vol. 2). Parte 1. Pag 6. (1983). Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones (Primera edición ed., Vol. II). México: McGraw-Hill.
- Corach, L; Malamud, M. (1993). Manejo del hospital público y privado. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Corach, M. (1993). *Regionalización y su gestión*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Corach, L; Malamud, M. (2000). *Gestión del hospital Público*. Buenos Aires: Medica Panamericana.

Dejours, C. (2000). *Psicodinámica del trabajo y vínculo social*. Actualidad Psicológica .

Denison, D. R; Haaland, S; Goelzer, P. (2003). *Cultura corporativa y eficacia organizativa ¿existe un patrón similar en todo el mundo? Avances en el liderazgo mundial , 205-227.*

Dessors, D. (1998). *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Lumen, 163.

Di Liscia, María Laura; Huerta, Adriana; Gutiérrez, Laura. . (2000). *El estrés asistencial en los servicios de salud*. Investigación en salud. Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal , 63.

Dirección Provincial por la Salud de la Niñez y Adolescencia Ministerio de salud de la Provincia de Santa Fe. (2016). *Segundo encuentro perinatológico en Santa Fe. Propuesta de maternidad para el nuevo Hospital Iturraspe*. Santa fe: Boletín Oficial Nación.

Edwards, A. A. (2013). *El diagnóstico de la cultura organizacional o las culturas de la cultura*. Global Media Journal México , 70-76.

Esponda, E. P. (2012, marzo). *El ambiente y la cultura organizacional, elementos presentes en los sistemas de gestión de la información en las organizaciones*. Escuela Nacional de Salud Pública. Retrieved agosto 17, 2018, from <http://www.eumed.net/ce/2012/epe.html>.

Fuchs, R. M., & Torres, C. (2012). *Los tipos de cultura y su relación con la rotación organizacional*. . Journal of Business , 51.

Gabini, S; Sáenz, I. (2013). *Sobre la cultura organizacional: convergencia y divergencia de enfoques*. Compilación Bibliográfica.

García, M. (2017). *“Itinerarios y operaciones de Análisis del Discurso e investigación social”*. Curso Métodos cualitativos para la investigación social contemporánea. IDES (<http://cursos.ides.org.ar/>). Buenos Aires.

Guiraud, N. (2015). *Medicina cuerpo mente y alma*. In N. Guiraud, *Un nuevo campo para la salud*. (pp. 24-34). Buenos Aires: Editorial Autores de Argentina.

Hernandez Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación (6ª ed.)*. México: McGRAW-HILL.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2004). *Metodología de la investigación*. México.

Hernández Sampieri, R., Méndez Valencia, S., & Contreras Soto, R. (2014). *Construcción de un instrumento para medir el clima organizacional en función del modelo de los valores en competencia*. Contaduría y administración , 232-250.

Herrera, C. G. N., Paz, A. L., & Betancur, S. M. M. (2015). *Clima organizacional: una investigación en la Institución Prestadora de Servicios de salud (IPS) de la Universidad Autónoma de Manizales*. Universidad & Empresa , 105-126.

Hofstede, G. (1980). *Consecuencias de las cultura: Diferencias Internacionales en valores relacionados con el trabajo*. Sage Publications, 204-205.

- Larguía, M; González, A; Solana, C & col. . (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo*. 2ª edición. Buenos Aires: UNICEF.
- Laurell, A. C. (1978). *Proceso de trabajo y salud*. Cuadernos Políticos. Cuadernos Políticos , 59-79.
- Lemus, J; Araguez y Aroz, V; Lucioni, M. (2014). *Administración Hospitalaria y de Organizaciones de Atención de Salud (segunda edición ed.)*. Buenos Aires: Corpus.
- Mansilla, C. (2008). *La salud de los trabajadores de la salud en la conflictividad de sus prácticas de APS*. Rosario, Argentina.
- Mayan, M. J (2009). *Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales*. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 11.
- Matus, C., & Huertas, F. (2006). *Planificar para gobernar: el método PES: entrevista a Carlos Matus*. Universidad Nacional de La Matanza. , 50-56.
- Mendoza Llanos, R. (2015). *Insatisfacción laboral como predictor del ausentismo en un hospital*. *Revista Médica de Chile* .
- Menéndez, E. L. (1998). *Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural*. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas* , 17-20.
- Menéndez, E. L. (2005). *El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores*. *Salud Colectiva* , 9-32.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., & Ceccim, R. B. (2006). *Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud*. *Salud colectiva* , 150-157.
- Milstein, D. (2017). "La etnografía como enfoque para el tratamiento de proceso educativos". *Curso métodos cualitativos par la investigación social contemporánea*. IDES (<http://cursos.ides.org.ar/>). Buenos Aires.
- Minayo, M. C. (1997). *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires, 95.
- Noyola, A. G., Iglesias, F. B., & Garcia, P. (2016). *Cultura organizacional en los Servicios de Urgencias de Alamar*. *Revista INFODIR* (6), 20.
- O' Relly, C. A; Chatman, J; Caldwell, D. F. (1991). *Gente y cultura organizacional: un enfoque de comparación de perfil para evaluar el ajuste persona-organización*. *Academy of Management Journal*, 487-516.
- Omar, A. (2006). *La cultura organizacional de empresas e instituciones Argentinas a través de las prácticas, actitudes y comportamientos de sus miembros*. CONICET , 50-52.
- Pettigrew, A. M. (1979). *El estudio de culturas organizacionales*. *Administrative Science Quarterly* , 570-581.
- Rivas, C. (2006). *Determinar el grado de motivación de los empleados del servicio de pediatría y puricultura del Hospital Vargas de Caracas*. 9.
- Romero, C. M. C., & Rodríguez, L. C. S. (2017). *Cultura organizacional en el hospital universitario nacional de colombia*. *Universidad Nacional Colombia* , 37-40.
- Rovere, M. (2005). *Una ciudad modelo en salud pública. Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática*. *Experiencia Rosario. Políticas para la gobernabilidad*. , 3-6.

- Rovere, Mario. (2006). el campo de recursos humanos en salud o los recursos humanos en el campo de la salud. Buenos Aires: Biblioteca OPS.
- Rovere, Mario. (2006). Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud (Segunda Edición ed.). Washington: Biblioteca OPS.
- Salessi, S. (2014). Satisfacción Laboral: Acerca de su conceptualización, medición y estado del arte. Revista de Psicología.
- Santader, P. (2011.). Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso. Valparaíso, Chile, 68
- Schein, E H. (1988). Cultura Organizacional. American Psychological Association , 109-119.
- Schein, E. H. (1985). Cultura organizacional y liderazgo: una visión dinamica. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Schlemenson, A. (1998). Análisis organizacional y empresa unipersonal. Buenos Aires: Paidós.
- Segredo Pérez, A. M. (2013). Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. Escuela nacional de salud pública. Rev. Cubana de salud pública.
- Sousa Campos, G. (2001). Gestión en salud. En defensa de la vida. Lugar Editorial. Buenos aires noviembre 2001. Pág. 41-48. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Testa, Mario. (2007). pensamiento estratégico y lógica de programación (primera ed.). Buenos Aires: lugar editorial.
- Testa, Mario. (2007). Pensamiento estratégico y lógica de programación (primera edición ed.). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Testa, Mario. (2014). Pensar en Salud (primera ed.). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Troncoso C; Amaya Placencia, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación en salud. Rev. Facultad Medicina , 329-332.
- Vásquez; Rivera, O.I. (2016). La cultura organizacional desde sus paradigmas de estudio: una aproximación a la perspectiva interpretativa-simbólica. Entramado 12 , 67.
- Zanuttin, E. (2011). “Temas de Obstetricia” 2ª edición. Buenos Aires: Ascune editorial.
- Zanuttini, E. (2011). Temas de Obstetricia. In E. Zanuttini, Temas de obstericia (p.15). Buenos Aires: Ascune.
- Zeballos Valdivia, R. C. (2018). Estudio descriptivo de Cultura Organizacional y Estilos de liderazgo en un Centro de Salud del MINSA, 26.