



| UNR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE
SALUD**

**LIDERAZGO COLECTIVO COMO ESTRATEGIA DE GESTIÓN
DE CONTRADICCIONES EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE
ROSARIO**

Caso: Monoblock Oeste

Período: 2020-2022

Maestrando: Ludovico Santos

Director: Mg. Doctorando. Diego Sebastián Ortiz.

Rosario, 2022

Dedicatoria

A mi familia, colegas, profesores y a todos aquellos que me han ayudado y apoyado siempre.

Resumen

La problemática abordada en la investigación, trata sobre el liderazgo colectivo y la gestión de contradicciones en el personal de salud del Hospital Provincial de Rosario, Monoblock Oeste. Desde la perspectiva de la dialéctica organizacional, se planteó como objetivo general; el diseñar estrategias de liderazgo colectivo para facilitar la gestión de contradicciones, ante los desafíos en los servicios de salud. La metodología se sustentó en el paradigma cuantitativo y el método hipotético-deductivo, aplicándose técnicas e instrumentos propios de un diseño de campo. Mediante un criterio de inclusión se estudió una muestra de 15 actores. Los principales hallazgos reflejan que existen condicionantes en la gestión de contradicciones que son esenciales en un liderazgo colectivo e inciden en las situaciones críticas, conflictos y desencuentros entre el personal y los niveles gerenciales donde prevalece un modo de gobernanza jerárquico con rasgos de un liderazgo que no favorece la autonomía profesional, el facultamiento de equipos multidisciplinarios y la participación activa en la toma de decisiones aunque, paradójicamente, los clanes fueron precisamente quienes ejercieron poder al dinamizar los procesos de atención y cumplir con el propósito del hospital COVID, en ese sentido, conviene el diseño de estrategias de liderazgo colectivo para la gestión de contradicciones.

Palabras clave: Liderazgo colectivo, gestión de contradicciones, modos de gobernanza, dialéctica organizacional, servicios de salud, estrategias de gestión.

Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS: capacidad de liderazgo y gobernanza, análisis de sistemas, organización y administración, planificación hospitalaria, empoderamiento.

Índice General

	Pág.
Resumen	1
Índice General.....	4
Pág.	4
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I. EL PROBLEMA.....	13
1.1.Descripción del contexto, formulación y construcción del problema.....	13
1.2.Formulación y construcción del problema de gestión.....	13
1.3.Descripción del contexto institucional y político del problema.....	16
Tabla 1.....	20
<i>Configuración de salas de internación del hospital en el Monoblock Oeste antes del mes de Julio 2020</i>	<i>20</i>
Tabla 2.....	20
<i>Configuración de salas de internación del hospital en el Monoblock Oeste para afrontar la pandemia por Covid-19</i>	<i>20</i>
Tabla 3.....	21
<i>Fuerza laboral en el monoblock oeste (para el momento de la investigación)</i>	<i>21</i>
1.4. Construcción epidemiológica del problema/Documentación del problema	22
Tabla 4.....	23
CAPÍTULO II. ANTECEDENTES	23
2.1. Antecedentes relevantes de la problemática	23
3.1 Marco Conceptual.....	28
3.1.1 Liderazgo colectivo en la gestión de servicios de salud	29
3.1. 2 Modos de gobernanza	32

3.2 Dialéctica organizacional.....	36
3.3 Gestión de contradicciones y sus estrategias	38
CAPÍTULO III. MARCO NORMATIVO.....	43
Tabla 5. <i>Las seis medidas del Plan Estratégico de Contingencia ante la Pandemia COVID-19</i>	45
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA	47
4.1. Objetivos de la investigación	47
4.1.1. Objetivo general.....	47
4.1.2. Objetivos específicos.....	47
4.2 Propuesta de intervención	47
4.3 Metodología de la Intervención.....	48
4.4 Definición de resultados esperados e indicadores de logro	52
Tabla 6. <i>Definición de los resultados de logro de la propuesta de intervención</i>	53
CAPÍTULO V. RESULTADOS	54
5.1 Presentación y análisis de Resultados	54
Gráfico1. Pregunta 1: ¿El cambio organizacional por la pandemia COVID-19 se gestionó mediante liderazgo colectivo?	54
Gráfico 2. Pregunta 2 ¿Las decisiones para las readecuaciones, equipamientos, y unificación de servicios, fueron tomadas con la participación del personal de salud?	55
Gráfico 3. Pregunta 3. ¿Cuáles son los mayores desafíos para el personal ante la transformación del hospital por la pandemia COVID-19?	56
Gráfico 4. Pregunta 4. ¿Ante los cambios en el hospital se han creado comités multidisciplinarios para confrontar los conflictos entre el personal y solucionar problemas?	57
Tabla 7.....	58
<i>Indicadores cuantitativos para liderazgo colectivo en la gestión de contradicciones</i>	58

Tabla 8. <i>Matriz de correlación de las variables liderazgo colectivo y gestión de contradicciones</i>	60
5.2 Discusión de los resultados.....	61
5.3 Análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del liderazgo colectivo aplicando la matriz FODA, para la generación de estrategias en la gestión de contradicciones del personal de enfermería Monoblock Oeste del Hospital Provincial de Rosario	63
Tabla 9. <i>Matriz FODA. Liderazgo colectivo en la gestión de contradicciones del personal de enfermería Monoblock Oeste; Hospital Provincial de Rosario</i>	65
5.4 Diseño de estrategias de liderazgo colectivo, para la gestión de contradicciones en el personal de enfermería Monoblock Oeste y la confrontación de desafíos en los servicios de salud del Hospital Provincial de Rosario	66
Tabla 10. <i>Matriz FODA con Estrategias</i>	68
Tabla 11.....	69
<i>Plan de acción para Innovar los mecanismos de regulación de puestas en juego y conflictos de intereses de los actores</i>	69
Tabla 12. <i>Plan de acción para realizar encuentros de intercambio de experiencias gerenciales del conflicto positivo en centros de salud</i>	70
Tabla 13. <i>Plan de acción para crear, capacitar y facultar equipos de trabajo en gestión de información del talento humano y áreas de servicios de salud</i>	70
Tabla 14. <i>Plan de acción para establecer mecanismos de articulación en los nodos de poder vertical y horizontal</i>	71
Tabla 15. <i>Plan de acción para formular proyectos pilotos de redes de conexión entre servicios de salud</i>	71
Tabla 16. <i>Plan de acción para crear, capacitar y facultar equipos autogestionados de proyectos de mejora continua y gestión del conocimiento</i>	72

Tabla 17. <i>Plan de acción para crear alianzas con grupos de interés para la formación continua de líderes en la gestión del conflicto positivo</i>	72
Tabla 18. <i>Plan de acción para diseñar planes anuales de capacitación ante contingencias por pandemias similares al COVID para el personal permanente y de nuevo ingreso</i>	73
5.5 Estimación de recursos y presupuesto	73
Tabla 19.....	74
<i>Estimación de recursos y presupuesto</i>	74
5.6 Planeamiento de la evaluación. Elaboración de preguntas que guiarán la evaluación de la propuesta de intervención.....	75
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	76
6.1 Conclusiones	76
Referencias Bibliográficas	79
Anexo 1. Fuerza laboral en los servicios que sufrieron transformaciones del Monoblock Oeste	82
Anexo 2. Guía de Entrevista al Personal de salud del Monoblock Oeste del Hospital Provincial de Rosario	83
Anexo 3. Lista de Cotejo	84
Anexo 4.....	85
Consentimiento informado	85

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones como sistemas altamente complejos, mantienen dinámicas propias de la confrontación de fuerzas, dada su naturaleza dialéctica. En el ámbito de la gestión de servicios y sistemas de salud, quienes ejercen liderazgo por su función directiva, deben distinguir entre complejidad de la estructura y complejidad de la organización, dos cuestiones que tienen características propias y que a la vez se relacionan. (Etkin, J, 2014).

Por una parte, la complejidad de la estructura, se centra en la asignación de funciones, actividades y tareas en niveles de autoridad con la correspondiente responsabilidad y dinámicas de las relaciones jerárquicas para lograr sus objetivos; mientras que, por otro lado, complejidad de la organización se enfoca en las relaciones de las organizaciones con el entorno interno y externo que configuran una relación de complejidad creciente a medida que el tamaño de la organización aumenta.

Esto significa, de acuerdo con los planteamientos de Koontz, H., Weihrich, H., Cannice, M. (2012) que, entre las habilidades gerenciales, el liderazgo para gestionar la complejidad organizacional es fundamental en momentos de crisis, porque se acentúan las discrepancias entre los miembros, como ocurrió en muchos centros de salud al presentarse la pandemia por COVID-19 de manera abrupta, sin embargo, varias instituciones pudieron confrontar los desafíos mediante prácticas disparadoras de liderazgo compartido del recurso humano, para la toma de decisiones.

Los centros de salud, son organizaciones estructuralmente complejas que exigen un sofisticado sistema de gestión gerencial en la planificación, dirección y control de los servicios de salud, pero también en la demostración de competencias para la comunicación fluida y eficaz en el entramado de las relaciones de poder instaladas en las distintas áreas de atención (Robbins y Coulter, 2005).

Estas situaciones que forman parte de las relaciones interpersonales en el contexto institucional, deben ser valoradas como oportunidades para

fortalecer los valores compartidos, el conocimiento, la creatividad, el trabajo en equipo, el facultamiento o *empowerment* y el fomento de la autoconfianza en la capacidad resolutoria de situaciones que pudieran conducir al caos en la atención de salud, especialmente en una coyuntura crítica como ocurrió en el año 2020.

En este orden de ideas, es relevante destacar que, en las organizaciones coexisten fuerzas culturales con distintos tipos de liderazgos que crean resistencia al cambio, principalmente cuando el modelo de gobernanza se caracteriza por políticas de gestión verticalista acompañada de un liderazgo situacional adoptado ante un evento crítico; sin embargo, este escenario de contradicciones bien gerenciado, crea un ambiente de aprendizaje que capitaliza el conocimiento y fortalece el talento humano.

Sobre este particular, Vanegas-García, M. (2011) señala en el concepto de la dialéctica de la complejidad en las organizaciones, que la gestión de la contradicción es sana y necesaria para no perder de vista que los cambios no son ni inmediatos ni drásticos, pero sobre todo para desmitificar la teoría absoluta y permitir su adaptación al medio, experimentar y no tener miedo a equivocarse.

En el Hospital Provincial de Rosario con su historia de 166 años, funcionan distintos clanes de poder divididos en la estructura; como salas o especialidades, cada una de ellas con diferentes tradiciones y cultura sobre el trabajo que dentro de ellas se lleva a cabo, está en la habilidad que posea la cumbre estratégica de la institución, lograr que se cumplan los lineamientos de gestión propuestos.

Ante el inminente avance de la pandemia por COVID-19 en la región y la designación del Hospital Provincial de Rosario como “Hospital COVID”, se requería de una gestión que promoviera la efervescencia de los liderazgos formales y naturales en un objetivo común; llevar adelante los cambios necesarios en la institución, aunque esto implicara reestructuraciones de áreas que tradicionalmente funcionaban bajo normativas y estándares prácticamente inamovibles, como es el caso del área materno infantil en

especial las salas de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, donde se presentaron los primeros focos de resistencia que a su vez generó un ambiente para la gestión de contradicciones, entendiendo los reveses como factores críticos de éxito, y así fue como se desencadenó el proceso que cristalizó en un liderazgo colectivo exitoso.

A partir del conflicto que surgió en el año 2020, debido a la pandemia de COVID-19, se tuvo que modificar el modo de brindar los cuidados a los usuarios en medio de un acontecimiento inédito de cambio no planeado que accionó las competencias, atributos y habilidades de los gerentes en los departamentos clave, entre estos, el Departamento de Enfermería, lugar donde me desempeño como supervisor de enfermería. El desafío implicó modificaciones a nivel de la estructura organizacional, funcionalidad y operatividad de los servicios o salas de internación a cargo.

Una de las salas que más cambios sufrió tanto en lo estructural edilicio como asistencial fue la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, que se debió mudar al servicio de Pediatría Internación (como servicio pediátrico su ambientación, equipamiento e insumos hospitalarios está preparado para la atención de infantes), en el mismo se incorporaron camas de adultos, para internación de los mismos, transformándose así en una sala para atención de pacientes con diversas patologías y edades (polivalente) que brindaba atención a pacientes en su ciclos de vida desde los 30 días de edad.

Estas modificaciones que marcan un hito en la historia del Hospital Provincial de Rosario complejizaron el servicio y movilizaron intereses de los distintos clanes profesionales, considerados en la institución por los grupos de especialidades tales como, pediatras, terapistas pediátricos, clínicos, infectólogos, cirujanos, enfermeros) resistiendo al cambio, reaccionando ante decisiones autoritarias, cuando, en realidad, al transcurrir el tiempo, se trató de una práctica de liderazgo situacional que encontró barreras, debido, posiblemente, a la falta de tiempo para su implementación por la inmediatez que se requería, estrategias de gerencia compleja y habilidades para la gestión dialéctica en las organizaciones.

Un aspecto de interés en este contexto, es que durante la transformación de las áreas existentes para acoger la demanda excesiva de pacientes críticos con Covid-19, los servicios de internación se saturaron, sin embargo, se continuó respondiendo con principios de calidad y ética profesional, observándose una clara tendencia a la deconstrucción de la estructura normativa existente, mediante la transición hacia un liderazgo colaborativo forjado, exitoso, se creó un comité de crisis como apoyo a decisiones que dio sustento al resultado final del proceso.

Un logro del cambio no planeado en el marco de la gestión de contradicciones, es el hecho de que los intereses de las fuerzas de los actores sean supeditados a la realidad de un objetivo superior; cuestión que se refleja en el desempeño del personal de salud y especialmente de enfermería al proporcionar un servicio que responda al desafío del momento, proporcionando atención de salud con medidas de seguridad, tanto a paciente Covid, como a pacientes pediátricos y críticos. Desde esta perspectiva, surge la necesidad de emprender la investigación con el propósito de analizar el liderazgo colectivo como estrategia de gestión de contradicciones en el Hospital Provincial de Rosario.

Es importante resaltar que, desde la gerencia del departamento de enfermería a través de los jefes de este servicio, se ejecutaron diversas gestiones para los distintos servicios (mandos medios de la estructura) a fin de ensamblar planteles de enfermería, actualizar normativas y hacer que los cuidados enfermeros sean óptimos para lo que se avecinaba en época de pandemia. Este trabajo de investigación aporta directrices teórico-prácticas para la gestión de contradicciones desde el enfoque del liderazgo colectivo, conjugando las características del problema con los contenidos estudiados en el seminario Estructura y Organización de los Servicios de Salud, haciendo un seguimiento al hecho de investigación desde el año 2020 hasta el primer trimestre del año 2022.

Se llevaron a la práctica principios del pensamiento complejo, estrategias de gestión de la contradicción y habilidades de liderazgo

aprovechando la dialéctica organizacional como una oportunidad para superar el desafío y dejar un conocimiento útil en términos de planificación estratégica que sirva de referencia al momento de confrontar una situación similar, lo cual es altamente probable y posible, dadas las condiciones de este antecedente de pandemia por COVID-19 que dejó al descubierto, tanto las fallas en el sistema de salud institucional como el potencial en la capacidad del factor humano para organizarse y funcionar en la logística de equipos de alto desempeño con un liderazgo colectivo que guíe el equilibrio de las fuerzas de poder.

Este conocimiento, producto de la presente investigación, puede formar parte de las fuentes de divulgación científica-empírica del hospital, además de utilizarse como guía para la elaboración de protocolos en la gestión de contradicciones y planes de acción en lo concerniente al liderazgo colectivo. Cuando se producen cambios forzosos y constantes en las organizaciones, como el caso de estudio, esto conlleva a una situación de fragilidad y vulnerabilidad del ambiente organizacional, lo cual se agrava si el modo de gobernabilidad no favorece las potencialidades de los actores que se desempeñan en la organización, esto significa que una situación no resuelta genera problemas que afectan la eficacia del personal, la armonía del ambiente laboral, la confianza en el liderazgo de las figuras de autoridad, y la capacidad del recurso humano para crear equipos cohesionados y resolutivos.

Así mismo, estas fallas de gestión pudieran tener impacto en los derechos de los pacientes a recibir un servicio de salud que los contenga ante el colapso de las instituciones y a la vez, garantice al personal sanitario condiciones ergonómicas, de salud ocupacional y de seguridad mientras confrontan la contingencia. Desde este enfoque holístico, multifactorial y complejo, se analiza el liderazgo colectivo como estrategia para dar respuestas a la gestión de contradicciones en el Hospital Provincial de Rosario, enmarcada en la pandemia por COVID-19 y lo que este acontecimiento representa para la gestión de servicios de salud.

CAPITULO I. EL PROBLEMA

En esta sección del estudio se describen los aspectos que caracterizan el problema de investigación dentro de su contexto institucional y político, además, se presenta la pregunta de investigación.

1.1. Descripción del contexto, formulación y construcción del problema

Las dinámicas de poder de los actores, inciden en la funcionalidad de la estructura organizacional; si esta influencia no beneficia la efectividad, la sinergia y mecanismos generadores de calidad de servicio, entonces puede considerarse como una oportunidad de intervención para innovar, crear y promover la participación; desde este enfoque, el liderazgo en la gestión de contradicciones puede valorarse como una estrategia interesante que apalanque los cambios y mejore la comunicación, las relaciones interpersonales y la capacidad resolutive del recurso humano.

1.2. Formulación y construcción del problema de gestión

Durante la crisis afrontada por el sistema de salud debido a la pandemia por COVID-19, el Hospital Provincial de Rosario fue designado por el ministerio de Salud Provincial como Hospital referente para atender pacientes con patologías COVID-19, esta situación generó cambios forzosos mediante decisiones definitivas desde los niveles directivos, de manera unilateral e inconsulta, dada la inmediatez del caso, de allí que una de las acciones de mayor impacto en el contexto institucional, fueron los cambios en la estructura organizacional en cuanto a funcionalidad y operatividad, especialmente en el área pediátrica donde la UTI Pediátrica, se mudó al servicio de Pediatría Internación, sala a la que se le incorporaron camas de adultos, por lo cual se transformó en una sala polivalente.

Estas modificaciones complejizaron el servicio y movilizaron intereses de los clanes de profesionales, como una especie de reacción ante decisiones autoritarias, cuando, en realidad, al transcurrir el tiempo se trató de una

práctica de liderazgo situacional que encontró barreras, debido, posiblemente, a la falta de estrategias de gerencia compleja y habilidades para la gestión dialéctica en las organizaciones.

Un aspecto de interés en este contexto, es que durante la transformación de las áreas existentes para acoger la demanda excesiva de pacientes críticos con COVID-19, los servicios se saturaron, sin embargo, se continuó respondiendo con principios de calidad y ética profesional, observándose una clara tendencia a la deconstrucción de la estructura normativa existente, mediante la transición hacia un liderazgo colaborativo forjado, lo que significa la carencia de prácticas en la gestión de contradicciones.

En este entorno crítico, complejo y desafiante, surgieron contradicciones y reacciones de resistencia al cambio que se manifestaron en cuestionamientos por parte del personal de salud a las decisiones tomadas por los niveles estratégicos y gerenciales, con especial énfasis en el hecho de no ser consultados, enfrentamientos del personal ante los comités de crisis al considerar que no fueron valoradas sus experiencias, conocimientos y aportes ante la problemática de cambios, barreras en la comunicación entre los clanes de salud y el personal gerencial-estratégico y disconformidad del personal de salud en cuanto a la gestión de los recursos humanos ante la incertidumbre de la pandemia y las exigencias de proporcionar un servicio de calidad, aun con las restricciones institucionales.

La situación trajo como consecuencia contradicciones procesuales que se profundizaron y no fueron abordadas por medio de la gestión colectiva de los procesos, así mismo, la decisión autoritaria, fue el disparador de las posiciones contrapuestas y la convergencia de contradicciones, cuestiones que no se canalizaron oportunamente ni se establecieron estrategias que permitieran comprender la importancia de construir una dialéctica organizacional productiva.

Por otro lado, en la dinámica de las contradicciones, surgieron líderes naturales, creando nodos con potencialidades para el desarrollo del liderazgo colectivo; es importante resaltar, que en la coyuntura de los cambios en la

institución hospitalaria, se percibían resistencias y en algunos casos pujas de poder para llevar a cabo los lineamientos que se requerían para dar respuesta a la compleja tarea de re adecuar los servicios y la forma de brindar los cuidados necesarios a la comunidad, teniendo como factores en contra, la falta de previsión ante este tipo de eventos, escaso personal para la cobertura de las necesidades de los paciente y restricciones para ensamblar diferentes habilidades y experiencias del personal especializado en cuidados intensivos al niño y a adultos con Covid-19.

La situación problemática puntualiza la necesidad de presentar una propuesta de gestión de contradicciones, mediante el diseño de estrategias de liderazgo colectivo capaz de comprender la dialéctica propia de la organización, que supere la resistencia al cambio que surge naturalmente ante lo desconocido y producir acciones ante la incertidumbre y el caos generado por la pandemia de Covid-19, tal como sucedió en el Hospital Provincial de Rosario donde la lógica de gestión de contradicciones no se ajustó a una estrategia apropiada como, por ejemplo, el liderazgo colectivo.

Mediante el ejercicio de una gerencia estratégica que tome en cuenta la complejidad, es posible crear las condiciones idóneas para desarrollar el liderazgo colectivo en el personal de salud que claramente muestra actitudes de rechazo ante la forma en que se tomaron las decisiones, cuestión que puede ser revertida y fomentar el trabajo en equipo fortalecer el espíritu positivo institucional, resolver las contradicciones propias que se plantean en los distintos clanes o especialidades del cuidado de la salud y crear un precedente para ser implementado en futuras coyunturas que se aproximen a lo acontecido por la pandemia por COVID-19.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las estrategias de liderazgo colectivo a diseñar, para la gestión de contradicciones en el personal de salud del Hospital Provincial de Rosario, que faciliten la confrontación de desafíos en los servicios de salud, en el período: 2020-2022?

1.3. Descripción del contexto institucional y político del problema

El Hospital Provincial de Rosario pertenece a la red de salud de la provincia de Santa Fe y tiene como misión, diseñar y ejecutar procesos asistenciales eficientes y efectivos, en los cuales se capitalicen sus distintas capacidades y tecnologías para la resolución de los problemas de salud, de manera integral, integrada, equitativa y de calidad tanto para su población territorial de referencia, como también de manera solidaria con aquella población que sin ser de su área de referencia requiera de estas capacidades, todo esto con la articulación con el resto de los efectores y actores de la red hospitalaria de la Provincia de Santa Fe.

El sistema público provincial de salud se organiza sobre la base de una red integrada de servicios de salud (RISS), con énfasis en la descentralización territorial de regiones sanitarias que requieren presencia y cercanía. La RISS comprende el conjunto de efectores, dispositivos de soporte, programas y redes de apoyo, dependientes de la administración provincial, municipal y comunal¹ destinados al cuidado de la salud de los habitantes de la provincia, además de los mecanismos de interrelación para un funcionamiento integrado en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

En esta provincia la salud está dividida en Regiones, el Hospital Provincial de Rosario pertenece a la Región 4 y es prestador de servicios del tercer nivel, brindando cuidados críticos e intermedios, en internación o de manera ambulatoria, tanto en contextos terapéuticos como diagnósticos. La institución cuenta con 16 centros de Atención Primaria, distribuidos principalmente en la zona sudeste de la ciudad, en sistema de referencia y contrarreferencia.

¹ Administración comunal, en este contexto se refiere a las competencias y responsabilidades de las comunas organizadas para coparticipación en la gestión de recursos, en este caso de salud. Comuna hace referencia a un asentamiento estable de hasta 2000 habitantes.

Anterior a la pandemia el hospital contaba en su estructura para internación con 4 terapias intensivas (Unidad de Terapia intensiva de Adultos (UTI), Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), Unidad Coronaria (UC) y Neonatología) 2 salas de cuidados intermedios, 8 líneas de quirófanos, Oncología, Pediatría Internación , Pre parto y Sala de partos, Puerperio de alto riesgo, Consultorios externos, Laboratorio, Vacunatorio, Bacteriología, Diagnóstico por imágenes, Rehabilitación cardiovascular y todo lo referente a las tareas administrativas; funcionan distintos comités como el de Bioética Hospitalaria, Docencia e Investigación, Comité de Hospitales Verdes, y dentro del edificio del hospital funciona la Escuela Superior de Enfermería, dependiente del Ministerio de Salud provincial.

El hospital fue designado para la atención de pacientes COVID-19 y, en consecuencia, se produjo una readecuación de la estructura organizacional y edilicia de los servicios. Para dar un ejemplo de lo sucedido, se detalla que el hospital al poseer una Terapia Intensiva de Adultos, Maternidad con sus servicios de (PRE Parto y Puerperio) y Neonatología, tuvo que crear una maternidad para embarazadas, puérperas y neonatos con la sospecha o patología COVID-19.

Además, en el lugar destinado a rehabilitación cardiovascular se incrementó el número de camas de internación de la guardia general de adultos, se acondicionó una sala agregando 6 camas de terapia intensiva y se colocaron filtros HEPA² que adecuaron los ambientes y se aseguró el ámbito para tratar el virus del COVID-19 en el lugar, también se adaptó la energía eléctrica y generadores para la colocación de freezers para el

² HEPA corresponde a las siglas en inglés “High Efficiency Particle Arrester”, literalmente en español: “atrapador de partículas de alta eficiencia”, también son denominados filtros absolutos. Fueron creados en 1950 por la compañía Cambridge Filter y estaban exclusivamente destinados a la industria militar con el fin de combatir los contaminantes de la fabricación de la bomba atómica. Actualmente los filtros HEPA están adaptados a todos los ámbitos: industria alimentaria, electrónica, farmacéutica, química, en la medicina para los quirófanos; en general, en cualquier lugar en el que se requiera una pureza del aire mayor. Estos [filtros absolutos](#) son eficaces para mantener el aire libre de polvo, polen, ácaros, virus, bacterias, y partículas finas cuya medida es inferior a 0,01 milímetro.

almacenamiento de vacunas anti COVID-19; así el hospital provincial pasó de tener 13 camas para la atención de pacientes críticos antes de la pandemia a 29 camas.

Así mismo, en la sala de Pediatría Internación en época de pandemia debió albergar y ensamblarse con Terapia Intensiva Pediátrica, en la misma se agregaron camas de adultos y pasó a tener internados conjuntamente en la misma sala, personas adultas y niños, (todos sin patología o sospecha de cursar infección por COVID-19) convirtiéndose en una sala de cuidados polivalentes, un hecho inédito en el hospital desde su fundación el 1855.

Desde la perspectiva de la gestión de contradicciones y el liderazgo colectivo esta situación refleja un escenario complejo donde, por una parte, deben realizarse adecuaciones con toma de decisiones inmediatas pero pensadas estratégicamente y, por otra parte, encausar la resistencia que surge naturalmente del personal con argumentos que tienen lógica, porque consideran las debilidades o limitaciones que tiene el hospital al momento de confrontar la pandemia.

El monoblock Oeste

El monoblock Oeste del Hospital Provincial de Rosario es una de las más modernas de su estructura edilicia, fue y es marco de renovaciones permanentes, no siendo la excepción a las mismas en época de readecuación de las salas debido a la pandemia. Esta unidad consta de 2 subsuelos y 4 pisos de altura, en él se encuentran salas de internación, tanto para pacientes pediátricos como adultos, servicios de diagnóstico y de apoyo, habitaciones de médicos, y salas de médicos de distintas disciplinas (Clanes).

El amalgamamiento y la convivencia de los mismos no fue sencilla de sobrellevar, la descripción intentará dar un panorama de cómo se compone y quedó configurado el Monoblock Oeste. El segundo subsuelo alberga la central de Esterilización que abastece a todo el hospital. En el 1er subsuelo están los Quirófanos Centrales, la sala de recuperación anestésica y el Servicio de Endoscopia.

La planta baja consta con el servicio de Hemoterapia, la central telefónica de todo el hospital, y el servicio de Pediatría Internación, convertido en pandemia como sala polivalente,(se fusionaron las salas de Terapia Infantil, Pediatría Internación y se internaron pacientes adultos post quirúrgicos de urgencias no COVID), existe una sala de reuniones de médicos de pediatría que contiene un dormitorio para el médico de guardia pediatra y una sala de reuniones del servicio de Psicología que durante la pandemia ese espacio pasó a ser el dormitorio del médico de guardia de Terapia Infantil.

En 1er Piso se encuentra UCIN 1. (Unidad de Cuidados Intermedios) Servicio de Clínica médico quirúrgica, más el Departamento de Enfermería que en pandemia ese espacio se utilizó como habitación de los médicos clínicos. El 2do piso. UCIN 2, Servicio de Clínica médico quirúrgica, más staff de camilleros. En 3er Piso se encuentran las unidades de Terapia Intensiva de Adultos y la Unidad de Terapia Intensiva Infantil.

Estas unidades durante la pandemia se fusionaron quedando solo para internación de adultos y la Unidad de Terapia Infantil se trasladó a planta baja a la sala de Pediatría Internación. En el 4to piso se encuentran las habitaciones de los médicos residentes de distintas especialidades, el monoblock todo se comunica por medio de ascensores y escaleras. Los cambios realizados en fase pre y pos pandemia del hospital, se muestran en las tablas 1 y 2.

Tabla 1.

Configuración de salas de internación del hospital en el Monoblock Oeste antes del mes de Julio 2020

<i>Monoblock Oeste</i>	
Planta Baja. Sala de Pediatría Internación	15 camas de niños
1er Piso: UCIN 1, (Clínica Médica) Unidad de Cuidados Intermedios	28 camas de internación 1 cama de aislamiento para tratamiento a pacientes con TBC
2do Piso: UCIN II (Clínica Médica) Unidad de Cuidados Intermedios	28 camas de internación 1 cama de aislamiento para pacientes Oncológicos
3er Piso: Terapia adultos	13 camas para atención de pacientes críticos
3er Piso: Terapia Pediátrica	6 camas para atención del niño crítico

Tabla 2.

Configuración de salas de internación del hospital en el Monoblock Oeste para afrontar la pandemia por Covid-19

<i>Monoblock Oeste</i>	
Planta Baja. Sala de internación Polivalente (ex Pediatría Internación)	9 camas para adultos y 4 camas pediatría internación y 2 camas de Terapia Pediátrica
1er Piso: UCIN 1, (Clínica Médica) Unidad de Cuidados Intermedios	29 camas de internación disponibles para pacientes con o sin diagnóstico de Covid-19
2do Piso: UCIN II	29 camas de internación disponibles para pacientes con o sin diagnóstico de Covid-19
3er Piso: Terapia adultos	19 camas para atención de pacientes críticos

En cuanto a la fuerza laboral en el monoblock oeste, estos aspectos se muestran de forma resumida en la siguiente tabla 3, mientras que la información más detallada se ubica en el anexo 1

Tabla 3.

Fuerza laboral en el monoblock oeste (para el momento de la investigación)

Profesiones	Carga horaria	Jefaturas de servicio
Médicos en Monoblock Oeste: 124 Servicio: Planta Baja. Sala Polivalente. Médicos: 6 pediatras, 6 terapistas pediátricos, 10 residentes, 33 interconsultores. Enfermería: 2 coordinadores, 25 asistenciales. Kinesiólogos 1, 1 camilleros, 6 mucamos. Ropería. Modalidad de contratación: <i>Por tiempo determinado:</i> 10 médicos residentes <i>Por tiempo indeterminado a Plazo fijo:</i> 14 médicos internistas, 15 enfermeros <i>Por tiempo parcial:</i> 5 enfermeros. <i>Eventual:</i> 5 enfermeros	Médicos: 4064 has Enfermería: 4000 has Kinesiólogos 160 has Camilleros 160 Mucamos 960	Jefatura Médica de Pediatría: 1 Jefatura Médica de Terapia infantil: 1 Jefatura de enfermería pediatría internación: 1 Jefatura de enfermería terapia Infantil: 1
Enfermeras y enfermeros, en Monoblock Oeste: 135 Servicio: 1er Piso: UCIN 1, (Clínica Médica) Unidad de Cuidados Intermedios. Modalidad de contratación: <i>Por tiempo determinado:</i> 25 médicos residentes <i>Por tiempo indeterminado a Plazo fijo:</i> 7 médicos internistas, 18 enfermeros <i>Por tiempo parcial:</i> 33 interconsultores, 9 enfermeros <i>Eventual:</i> 14 enfermeros Kinesiólogos en Monoblock Oeste:6 Servicios de Apoyo Camilleros y Ropería, en Monoblock Oeste: 6 Servicio: 3er Piso: Terapia adultos. 31 médicos Terapistas de Adultos, 57 enfermeras/o, 3 Kinesiólogos, 15 mucamos, 2 Camilleros. Modalidad de contratación: <i>Por tiempo indeterminado a Plazo fijo:</i> 32 médicos internistas, 44 enfermeros <i>Eventual</i> 10 enfermeros	Médicos: 5552 horas Enfermería: 7680 horas Kinesiólogos 160hs Camilleros 160 Mucamos 960 Servicios de Apoyo 640 Médicos: 4608 has Enfermería: 9280 has Kinesiólogos 480 has Camilleros 320 has Mucamos 1800 has Servicios de Apoyo 640 has	Jefatura de cuidados intermedios: 1 Jefe Médico clínico Y 2 jefaturas de enfermería. Jefatura medica: 1 Jefatura de Enfermería: 1

1.4. Construcción epidemiológica del problema/Documentación del problema

Desde la perspectiva de la gestión de servicios de salud, la problemática de interés en esta investigación, lo epidemiológico tiene inherencia en cuanto a las acciones de liderazgo para llevar a cabo la gestión de contradicciones en el personal de salud ante el reto que representa para el hospital, la atención de paciente afectados por Covid-19, controlando los factores organizacionales y funcionales del ambiente hospitalario para garantizar los servicios de salud ante este evento crítico y a la vez preservar la salud y la atención a los pacientes internados.

Se trata entonces, desde los modos de gobernanza, de establecer prioridades, aplicar el pensamiento y la planificación estratégica en las decisiones de readecuación de los espacios y uso de los recursos existentes para dar respuesta a la situación crítica que impacta el equilibrio funcional del hospital, manteniendo la normativa institucional y determinar acciones que respondan eficazmente a la demanda de los servicios de salud, tomando en cuenta la participación activa del personal de salud.

La movilización y coordinación del personal en las áreas del hospital para atender la pandemia y mantener el servicio interno, expresa la construcción epidemiológica del problema de esta investigación, destacando, por supuesto, el liderazgo colectivo para la gestión de contradicciones y otros elementos relevantes en esta dinámica, como lo son; los modos de gobernanza y la dialéctica organizacional.

En esta sección del estudio se presenta de manera sistematizada, concisa y analítica la información de orden teórico y empírico que sustenta el problema de investigación, comenzando con los antecedentes del problema, continuando con el marco normativo que regula la problemática y finalizando con el marco Conceptual o marco lógico de la investigación.

Como parte de la construcción epidemiológica del problema, se toman en cuenta datos e indicadores epidemiológicos, los cuales se resumen en la siguiente tabla 4.

Tabla 4

Datos epidemiológicos. Pacientes Fallecidos UCIA POL. Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos Polivalente - 01/05/2020 a 31/12/2022, representados en frecuencia porcentual.

Sexo	Motivo de Ingreso		Fallecidos por IACS	Interpretación y Análisis
	No Covid f%	Covid f%		
Masculino: 47 pacientes	64%	36%	100%	Los pacientes internados, ingresaron con diagnóstico COVID-19 (36%, masculino y 44% femenino); durante el tiempo de internación, se presentaron complicaciones asociadas a IACS, lo que trajo como consecuencia el fallecimiento del total de ingresos, esto significa que, los pacientes No COVID, con otras patologías, se complicaron y, finalmente, la causa de fallecimiento fue por complicaciones COVID.
Femenino: 23 pacientes	44%	56%	100%	
Total: 70 pacientes			Total fallecidos: 100%	

CAPÍTULO II. ANTECEDENTES

En esta parte del estudio se muestran los antecedentes del problema reflejado en estudios afines.

2.1. Antecedentes relevantes de la problemática

Para profundizar en el desarrollo de la investigación, es necesario analizar los antecedentes relevantes de la problemática y el marco normativo que la regula. Cuando se habla de gestión de las contradicciones en el contexto del hospital Provincial de Rosario, se entiende que, en otros

hospitales de otras Provincias, incluso, en otros países de la Región, se presentaron situaciones similares, dadas las características de los sistemas de salud en este bloque de países; en consecuencia, las acciones de gestión de contradicciones podrían presentar similitudes o diferencias, es decir, que cada hospital gestionó la situación de una manera en particular.

En el caso de Rosario se condujo el proceso a través de estrategias de liderazgo colectivo que no fueron planificadas, sino que surgieron de manera natural, precisamente porque forma parte de la dialéctica organizacional, sin embargo, esta falta de planificación creó un ambiente propicio para barreras comunicacionales, conductas y actitudes arbitrarias, demoras en la toma de decisiones y otros obstáculos en las relaciones con el personal de salud que afectaron el proceso para la atención de salud.

La Organización Panamericana de la Salud – OPS en alianza con el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2017), presentó una serie de recomendaciones en un estudio sobre Rectoría, gobernanza y estrategias de gobierno en los hospitales de alta complejidad en la red de servicios de salud de la provincia de Santa Fe.

Valorando la importancia de un cambio en el modelo de gestión se plantea la reingeniería de procesos que como es de esperar, significó y significa en muchos casos cuestiones contraculturales en relación a lo instituido que, en consecuencia conlleva resistencia al cambio, confrontaciones y contradicciones que tienen que ver con la dialéctica organizacional, es decir, el patrón de comportamiento basado en el aprendizaje establecido, a partir del cual se toman decisiones, en este caso, ante el desafío de la pandemia por COVID-19 en los hospitales Provinciales.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, estableció entre sus metas principales para la gestión 2015-2019, instaurar un conjunto priorizado de cuidados en salud que deberán ser asumidos y preservados por todos los integrantes del sistema, lo que significa implementar estrategias que contengan dispositivos que permitan diluir la fragmentación que presenta actualmente el modelo de atención y de esta manera garantizar el acceso de

estas poblaciones a líneas de cuidados que contengan procesos asistenciales en RED, con la máxima de calidad y en función de los recursos disponibles.

Ahora bien, la lógica del modelo académico-científico-biologicista Flexneriano, predominante en los Hospitales de la Provincia de Santa Fe, fomentaron la división y fragmentación de la asistencia en salud; así mismo, el modo de gobernanza en el cual se respalda este hacer, se basa en la autonomía del saber de estos profesionales, determinando y configurando el modelo hospitalocéntrico.

En este contexto, es complicado ejecutar estrategias de cambio cuando se presentan contingencias de elevado impacto como el caso de la pandemia Covid-19, debido a las barreras que imponen los clanes en el ámbito organizacional, es de hacer notar, que los cambios epidemiológicos deben ser la referencia para reconocer la eficacia del modelo de gestión especialmente en su vigencia y funcionalidad ante las nuevas realidades que exigen acciones no tradicionales, movimientos y re estructuraciones de áreas de atención que respondan a las necesidades de asistencia de las poblaciones.

Hacer la transición de un modelo hospitalocéntrico hacia un modelo de gestión en RED, modificando a su vez el modelo de atención, conlleva la demostración de competencias gerenciales que promuevan el liderazgo colectivo, el trabajo en equipo y el hecho de convertir en oportunidad, las contradicciones en medio de la dialéctica organizacional, esto significa, entre otros aspectos, formular estrategias innovadoras cónsonas con una política que coordina los servicios de salud dentro de un área geográfica sobre la base de acuerdos entre las instituciones y los equipos de salud, lo cual requiere la optimización de los recursos disponibles, eficiencia tecnológica y mejorar la calidad de la atención manteniendo la relación de costo y efectividad.

En esta misma línea de gestión de sistemas y servicios de salud, Báscolo, E. (2010), desarrolló una investigación en la Universidad Nacional de Rosario, Argentina, titulada; Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud; siendo el objetivo del estudio, proponer un marco analítico para explicar los procesos de cambios políticos e

institucionales en la implantación de iniciativas que promueven sistemas integrados de servicios de salud basados en Atención Primaria en Salud en América Latina.

El autor plantea las condiciones necesarias para garantizar la efectividad de los modos de gobernanza para confrontar retos y generar competencias resolutorias que contribuyen a la provisión de los servicios mediante el modo jerárquico; a la distribución de recursos con el modo incentivos y especialmente a los valores sociales que legitiman este proceso a través del modo clan.

El estudio aborda aspectos fundamentales de los sistemas integrales de servicios de salud, destacando la relevancia de la gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico en el cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad. Los modelos de organización de los servicios de atención primaria son extensivos a los centros hospitalarios en cuanto a modos de gobernanza se refiere, debido a sus implicaciones en la efectividad para la innovación ante los procesos de cambio vinculados a políticas que promuevan la integración de las organizaciones de salud.

Es importante resaltar que, en los procesos sociales que se dan entre los actores, es decir, entre el personal de salud, aporta elementos para la construcción institucional de un sistema integrado de salud, lo que resulta en una combinación de diferentes modos de gobernanza acordes a la resolución de cuestiones normativas que rigen sobre la provisión de los servicios, sobre la gestión de recursos y sobre los valores sociales que legitiman esta acción colectiva.

Desde esta perspectiva y en función de la temática del presente estudio, se establece una relación entre los procesos de cambios, los modos de gobernanza, la dialéctica organizacional y el poder de los actores que resalta la importancia del liderazgo colectivo ejercido en la gestión de contradicciones del personal de salud. Por otro lado, la gestión de las contradicciones debe impulsar la eficacia de las organizaciones ante la exigencia de respuesta oportuna y adecuada de los servicios de salud, como ocurrió en varios

hospitales de Argentina y en este caso al Hospital Provincial de Rosario al momento de irrumpir la pandemia por Covid-19.

El liderazgo colectivo se constituye en un factor crítico de éxito en la gestión de contradicciones del personal de salud en la búsqueda de mecanismos funcionales cuando es necesario tomar decisiones para reestructurar áreas de atención, generando, como es natural, reacciones y rechazo al cambio, de allí la importancia de saber ejercer un liderazgo que conduzca hacia los modos de gobernanza apropiados al momento coyuntural que atraviesa el hospital.

Otro estudio pertinente a la temática del liderazgo en la gestión de contradicciones, es el realizado por Muñoz, C. (2019), titulado; Liderazgo Transformacional en la gestión hospitalaria en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. El propósito fundamental de la investigación surge de la inminente necesidad de identificar los estilos de Liderazgos, predominantes en el Hospital Clínico señalado, e identificar nuevas estrategias para liderar y mejorar la gestión organizacional de la institución.

Los objetivos generales se orientaron a establecer cuál es el estilo de liderazgo predominante según los valores obtenidos en cada estilo de liderazgo y analizar las relaciones entre cada estilo de liderazgo y las variables de desempeño. Se consideraron los postulados del Modelo de Atención Integral en Salud en concordancia con los cambios sociales, culturales, epidemiológicos y demográficos de la población chilena y se determinó dentro de las conclusiones, que en la medida que aumenta las conductas hacia el liderazgo transformacional, las distintas variables estudiadas se ven favorecidas y afectadas de manera positiva, corroborando la necesidad de formación de líderes de demostrada eficiencia, con nuevas estrategias y herramientas de gestión.

Los hallazgos de la investigación, su problemática y propósito, concuerdan con el presente estudio en cuanto a la importancia del liderazgo en la gestión de los servicios de salud, con mayor énfasis en la eficacia del recurso humano donde es fundamental manejar los modos de gobernanza, la

dialéctica organizacional, la comunicación y el poder que ejercen los clanes en la funcionalidad de las instituciones hospitalarias, cuestiones que inciden en el logro de objetivos y metas de las políticas de salud que deben ejecutarse en la prestación de servicios.

Tanto el liderazgo transformacional como el liderazgo colectivo, crean las condiciones relacionales para la movilización de grupos en el marco de modos de gobernanza que facilitan la gestión de contradicciones, generando sinergias que permitan cumplir el propósito y misión de la organización de salud, especialmente en entornos cambiantes y de elevada incertidumbre potencializada por la presencia de eventos de alto impacto como el caso de la pandemia por Covid-19.

CAPÍTULO III. MARCO CONCEPTUAL

En esta parte del estudio, se desarrollan los fundamentos conceptuales pertinentes a los ejes temáticos de la investigación

3.1 Marco Conceptual

La propuesta de intervención que plantea el liderazgo colectivo como estrategia de gestión de contradicciones en el personal de salud del Hospital Provincial de Rosario, requiere de un soporte teórico y conceptual que no solo refleje el conocimiento y estado del arte de la temática, sino también los elementos conceptuales que facilitarán la comprensión de la estructura de la propuesta; sobre estos aspectos trata la presente sección de la investigación, donde se abordan las variables generales; liderazgo colectivo y gestión de las contradicciones, así como sus dimensiones que son; modos de gobernanza, comunicación institucional, dialéctica organizacional y gestión estratégica.

3.1.1 Liderazgo colectivo en la gestión de servicios de salud

Diferentes tipos de liderazgo³ se deben tener en cuenta a la hora de gestionar en una institución hospitalaria, resaltan burocrático, autocrático, transformacional y carismático, los mismos están inmersos en lo que el autor Scott W, Ruef M, Mendel P, Caronna C (2000), definen modos de gobernanza como "los arreglos por los cuales el nivel de poder y autoridad es ejercido, involucrando en forma variada sistemas formales e informales, auspicios públicos y privados, mecanismos regulatorios y normativos". Reconocer los mecanismos horizontales (de cooperación) y o verticales (de jerarquía) de regulación social permite describir las estructuras de gobernanza, con su influencia sobre los actores involucrados en la organización de los procesos de producción sociales de bienes o servicios.

El componente colectivo del liderazgo ha tomado importancia en oposición a una perspectiva simplista de los actores sujetos de cambio, caracterizado por atributos personales, individuales y no contextualizados. Hodgson et al (1965) han avanzado con la noción de un grupo de liderazgo colectivo. Esta dimensión no sólo implica múltiples actores involucrados, sino una cierta división de roles entre ellos. Hodgson considera que la efectividad de una constelación de un liderazgo colectivo depende del grado de complementariedad entre los diferentes miembros que forman parte del equipo de liderazgo. Complementación implica tanto una adecuada cobertura de las prácticas que deberían ser realizadas por cada uno de los miembros como también de los mecanismos que permiten a diferentes actores jugar sus respectivos roles en una manera concertada.

La OPS expresa sobre el liderazgo aplicado para dar respuesta a la adecuación de los servicios de salud, que es una de sus principales funciones,

³ El liderazgo es un conjunto de habilidades que sirven para conducir y acompañar a un grupo de personas. Sin embargo, un líder no sólo es capaz de influenciar en su grupo, sino también de proporcionar ideas innovadoras, y motivar a cada participante a sacar lo mejor de sí. 22 jul 2021 <https://www.aden.org/business-magazine/que-es-el-liderazgo>

ejerciendo un rol fundamental en la activación del mecanismo de respuesta a emergencias del hospital, mediante el sistema de manejo de incidentes hospitalarios, u otro mecanismo que el hospital haya adoptado en base a su preparación, experiencia y aspectos de tipo normativo. El sistema de manejo de incidentes hospitalarios permite a las autoridades del establecimiento tomar decisiones informadas y determinar una única línea de mando y autoridad, a través de la definición de objetivos claros para la respuesta en todos los niveles de la organización (estratégico, gestión, técnico/operativo), mejorando la coordinación tanto institucional como interinstitucional.

La reorganización de los servicios de salud no solo se limita a aumentar el número de camas o la complejidad de estas; se trata de un conjunto de acciones desplegadas en el primer nivel de atención(PNA) que potencian la capacidad de identificación y control de casos, seguimiento de pacientes en domicilio e identificación de complicaciones tempranas, triage, referencia de pacientes y educación a la población, así como también en mantener los servicios para pacientes con otras condiciones agudas y crónicas que requieren de un manejo prioritario.

La OPS emitió las Recomendaciones para la reorganización y ampliación progresiva de los servicios de salud para la respuesta a la pandemia del COVID-19 que orienta la reorganización de los servicios hospitalarios de manera articulada con la red integrada de servicios de salud. Consecuentemente con lo que venía trabajando el ministerio de salud de la provincia de Santa fe en alianza con la OPS en (2017), donde presentaba una serie de recomendaciones en un estudio sobre Rectoría, gobernanza y estrategias de gobierno en los hospitales de alta complejidad en la red de servicios de salud de la provincia de Santa Fe.

Valorando la importancia de un cambio en el modelo de gestión se plantea la reingeniería de procesos que como es de esperar, significó y significa en muchos casos cuestiones contraculturales en relación a lo instituido que, en consecuencia conlleva resistencia al cambio, confrontaciones y contradicciones que tienen que ver con la dialéctica

organizacional, es decir, el patrón de comportamiento basado en el aprendizaje establecido, a partir del cual se toman decisiones, en este caso, ante el desafío de la pandemia por COVID-19 en los hospitales Provinciales.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, estableció entre sus metas principales para la gestión 2015-2019, instaurar un conjunto priorizado de cuidados en salud que deberán ser asumidos y preservados por todos los integrantes del sistema, lo que significa implementar estrategias que contengan dispositivos que permitan diluir la fragmentación que presenta actualmente el modelo de atención y de esta manera garantizar el acceso de estas poblaciones a líneas de cuidados que contengan procesos asistenciales en RED, con la máxima de calidad y en función de los recursos disponibles.

Ahora bien, la lógica del modelo académico-científico-biologicista Flexneriano⁴, predominante en los Hospitales de la Provincia de Santa Fe, fomentaron la división y fragmentación de la asistencia en salud; así mismo, el modo de gobernanza en el cual se respalda este hacer, se basa en la autonomía del saber de estos profesionales, determinando y configurando el modelo hospitalocéntrico.

En el marco de este contexto se debieron ejecutar estrategias de cambio, para afrontar las contingencias de elevado impacto como la pandemia mundial por COVID-19, debido a las barreras que imponen los clanes en el ámbito organizacional, es de hacer notar, que los cambios epidemiológicos deben ser la referencia para reconocer la eficacia del modelo de gestión especialmente en su vigencia y funcionalidad ante las nuevas realidades que exigen acciones no tradicionales, movimientos y reestructuraciones de áreas de atención que respondan a las necesidades de asistencia de las poblaciones.

Hacer la transición de un modelo hospitalocéntrico hacia un modelo de gestión en RED, modificando a su vez el modelo de atención, conlleva la

⁴ El modelo flexneriano colocó como fundamental la dimensión biológica de la enfermedad y la atención al individuo basada en la “departamentalización” o territorialidad del conocimiento y la especialización de la práctica médica.

demostración de competencias gerenciales que promuevan el liderazgo colectivo, el trabajo en equipo y el hecho de convertir en oportunidad, las contradicciones en medio de la dialéctica organizacional, esto significa, entre otros aspectos, formular estrategias innovadoras cónsonas con una política que coordina los servicios de salud dentro de un área geográfica sobre la base de acuerdos entre las instituciones y los equipos de salud, lo cual requiere la optimización de los recursos disponibles, eficiencia tecnológica y mejorar la calidad de la atención manteniendo la relación de costo y efectividad.

3.1. 2 Modos de gobernanza

Con base en lo que se observa en la literatura y en la práctica, se usa el concepto de acuerdo a dos grandes perspectivas: como un marco normativo apuntando al cambio social o como un marco de análisis que explore los sistemas de coordinación no jerárquicos. En este caso cuenta con las siguientes características: los actores y lugares para la toma de decisión son múltiples, son formales (reconocidos por una autoridad) tanto como informales y las relaciones entre los actores son horizontales más que verticales, con una tendencia a ser autorreguladas. Según Benson (1985) los diferencia en:

Modo de incentivos de gobernanza

Mientras los mecanismos burocráticos tienden a influenciar el potencial "oportunismo" de los actores a través de restricciones a sus conductas, las estructuras de gobernanza basadas en incentivos orientan las conductas en función de los intereses de los actores, buscando su coherencia con los objetivos de la organización o red. Los incentivos tienen influencia a través de los precios relativos pagados por los productos o el tipo de contratos, formas de pago y mecanismos de asignación de recursos.

Los incentivos también operan al interior de las organizaciones como estrategias intencionales a través de sistemas de retribución basados en resultados o por medio de las escalas o diferencias salariales presentes en la misma estructura organizacional, a través del "mercado interno", escala salarial o carrera profesional. El nivel y espacio organizacional ("punto nodal")

en donde se definen los precios relativos o formas de retribución y los actores que estarán involucrados en la determinación de la distribución de recursos.

En este modo de gobernanza, la evaluación y monitoreo del desempeño de las organizaciones se basa sobre sistemas de información dependientes de los registros de los mecanismos de pago o asignación de recursos y o los objetivos priorizados en los sistemas de incentivos. La efectividad de este modo de gobernanza depende de la legitimidad de utilizar incentivos económicos y la factibilidad de su implementación. La conducta de los actores regulados debería ser "vulnerables" a la estructura de incentivos implementados. La factibilidad depende de la capacidad de las organizaciones de contar con información que soporte las evaluaciones y decisiones orientadas a la aplicación de los incentivos.

Los procesos de desarrollo de políticas de APS contienen decisiones vinculadas con la distribución de recursos financieros entre los actores involucrados, lo cual toma un carácter implícito o explícito de puja distributiva, como una de las puestas en juego que caracteriza la conflictividad de la economía política de ese proceso social. En esta perspectiva, la construcción institucional es producto de un proceso social, con diferentes formas de resolución de los aspectos normativos de regulación de la provisión de los servicios (con el modo jerárquico de gobernanza), de la distribución de recursos (con el modo incentivos de gobernanza) y sobre los valores sociales que legitiman este proceso (con el modo clan de gobernanza)

Modo de gobernanza basada en valores

En este caso, no prevalece la brecha y conflictividad entre intereses privados y de la organización. Por el contrario, se destaca una visión y valores compartidos que permiten la coordinación de unidades productivas y actores. Los mecanismos de coordinación son: adaptación mutua a través de comunicación cara a cara, la socialización en actividades comunes, la creación de espacios participativos de trabajo, el desarrollo de comités de evaluación entre pares, o sesiones de capacitación y sensibilización de trabajo.

Si bien estos modelos se caracterizan por procesos colectivos y participativos de construcción de normas, igualmente se manifiestan y soportan con 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 este modelo se basa en modalidades de autoevaluación, dependiente de la motivación y participación de los actores involucrados en el mismo proceso de producción.

La producción de indicadores de evaluación depende de los valores asumidos por el modelo de clan y por la legitimidad y relevancia reconocida a la autoevaluación como parte del modelo de gestión. Las limitaciones de este modo es su dependencia a que los actores involucrados en el proceso de producción mantengan una conformación homogénea en cuanto a identidad y valores compartidos. La fragmentación y diversidad de los actores amenaza el soporte de los valores compartidos como condición necesaria. Los modos de gobernanza pueden caracterizarse en función de los mecanismos de regulación utilizados para resolver los problemas de economía política entre actores con diferentes intereses y valores.

Los clanes profesionales, en el contexto de esta investigación, forman parte de este modo de gobernanza basada en valores. Desde la perspectiva de la gobernanza de las organizaciones de salud y, tomando en cuenta los planteamientos de Bascolo (2010), los clanes, constituyen uno de los modos de gobernanza, conformado grupos de personas organizadas y motivadas por fines comunes, donde prevalecen los valores afianzados en la cultura organizacional; el trabajo es colaborativo, la comunicación y la sinergia, son elementos que caracterizan la dinámica de estas unidades

Así mismo, en el ámbito de la cultura organizacional, los clanes surgen de manera espontánea y natural como producto de los procesos sociales que acontecen en el área laboral, participando activamente en las formas de regulación de situaciones variadas, ya sea para resolver conflictos, mejorar procesos y servicios o innovar.

Dado a que el modelo de clan, está fundamentado en valores compartidos, en el marco de esta investigación, se definen los clanes profesionales, como grupos multidisciplinarios constituidos por el personal de profesionales de la salud que, ante las readecuaciones del Monoblock Oeste, reaccionaron como respuesta a decisiones de cambios relevantes para la calidad de los servicios de salud siendo necesario atender pacientes COVID y No COVID en condiciones adversas; sin embargo, las manifestaciones de rechazo y disconformidad, son reacciones propias de los clanes ante eventos que consideran, amenazantes para la prestación de los servicios de salud, pero que, por otro lado, son el resultados de decisiones ejecutadas por las autoridades de la institución, esta disyuntiva caracteriza la gestión de las contradicciones.

A partir de estas consideraciones teóricas y empíricas, es importante señalar que, al definir los clanes profesionales, que en el hospital funcionaban estos clanes de profesionales por especialidades, que luego, se convirtieron en clanes constituidos por diferentes profesionales de salud de distintas especialidades, especialmente personal médico y personal de enfermería fortalecidos en valores y unidos en objetivos comunes con fines definidos, cuestión que se hizo evidente al presentarse la pandemia por COVID-19 y en esa crisis, realizarse las adecuaciones.

En ese ambiente crítico, los pediatras se negaban a trabajar con pacientes adultos, los terapeutas pediátricos no querían fusionarse con salas de adultos, los enfermeros de pediatría no querían trabajar con pacientes adultos y de esta manera, se conformaban los clanes que resistían al cambio de hacer una sala polivalente, estos, son los denominados, clanes profesionales.

Modo jerárquico de gobernanza

Una tensión latente de los procesos de reforma de los sistemas de salud ha sido la disputa entre autonomía versus regulación de la provisión de los servicios de atención médica a través de mecanismos de regulación organizacionales. Esta conflictividad tiene implicancias sobre los procesos de

trabajo profesional de los servicios de salud y sobre las relaciones establecidas entre las diferentes organizaciones de salud.

3.2 Dialéctica organizacional

Desde una concepción genérica; la dialéctica es entendida como la Teoría y técnica retórica de dialogar y discutir para descubrir la verdad mediante la exposición y confrontación de razonamientos y argumentaciones contrarios entre sí. También se concibe como un conjunto de razonamientos y argumentaciones de un discurso o una discusión y modo de ordenarlos. Para la psicología de las organizaciones existe mucho campo por investigar desde la teoría de la complejidad, de un modo más integrador que responda de una manera más completa evitando los reduccionismos y así poder encontrar soluciones a problemas reales de la organización y no solamente aplicar tecnologías a variables estáticas que no corresponden a las organizaciones de la actualidad inmersas en un mundo moderno cambiante y caótico.

Las organizaciones son sistemas adaptativos complejos, autónomos, autoorganizados y autosostenidos que se encuentran inmersos en una compleja realidad, que debe ser abordada desde una perspectiva holística, que comprenda relaciones no lineales de causa y efecto y requiere de una observación desde estas perspectivas en las cuales un pequeño cambio en la organización puede dar lugar a grandes cambios.

Las organizaciones actuales requieren de abordajes que promuevan el desarrollo de habilidades psicológicas y de gestión en torno a la creatividad, liderazgo, manejo del conflicto, motivación y comunicación. Aquí es donde se hace latente el rol de gerente con habilidades técnicas, humanas y conceptuales que se conjuguen para dar paso al ejercicio de un estilo de liderazgo, comunicación y manejo de mociones que, no solo facilite la transición del recurso humano en entornos críticos y de cambio, sino también en la motivación de sumarse a la cogestión e impulsar las nuevas ideas para funcionar en los entornos replanteados, como ocurre con la re estructuración y adecuaciones de ambientes hospitalarios ante la pandemia covid-19.

Las organizaciones de salud, se caracterizan por su dinamismo en prácticas que implican modificaciones, ajustes y mejoras a nivel de estructuras, recursos humanos y recursos materiales y tecnología, lo que exige un elevado nivel de comunicación, pertenencia y comunión de valores. Es natural que exista una relación dialéctica entre poder y estructura de las organizaciones, ya que el talento humano, su experiencia y competencia crear una fuerza de poder de los actores que influye de algún modo en la configuración de la estructura y del mismo modo, ésta condicionará la distribución del poder entre los actores mediante un ciclo de realimentación sistémica.

Si bien los sistemas de influencia pueden facilitar el logro de objetivos y metas institucionales apegados a las políticas públicas, también tienen inherencia en obstaculizar procesos, condicionando la funcionalidad de la organización; sin embargo, estas actuaciones dependen de cómo se manejen los juegos de poder y sobre todo en la capacidad de los gerentes de mediatizar con estrategias beneficiosas para las partes.

En este contexto es adecuado el ejercicio de un liderazgo colectivo y la perspicacia para gestionar la dialéctica organizacional, evitando o minimizando las consecuencias de las contradicciones. Desde la dialéctica se generan nuevas lógicas de gestión de los sistemas de salud y, en este caso, del recurso humano, ante el impacto de las exigencias y cambios inesperados que generó la pandemia por Covid-19, más aún en hospitales Covid-19, objeto de transformaciones inmediatas, en respuesta a las amenazas de entorno externo.

De acuerdo con Morgan, citado por González (2020), la gestión de las organizaciones conlleva la gestión de las contradicciones, de allí que una visión dialéctica de la realidad indica que la tensión y la contradicción forman parte de la naturaleza compleja de las organizaciones, en ese sentido, la dialéctica organizacional se entiende como un proceso que se desarrolla mediante la construcción de redes conversacionales, en las que las personal muestran sus modelos mentales en un ambiente de controversia, tolerancia y

discusión, facilitando cambios y ajustes en el diseño y rediseño organizacional, abriendo canales para la comprensión en un entorno cambiante que resulta de los movimientos del entorno interno y el entorno externo en realimentación constante.

El entorno organizacional es propicio para que emerja una relación dialéctica entre lo deseado y lo vivenciado. Sobre este particular Stewart (2020) señala que al tratar el tema de la dialéctica organizacional, está implícito el concepto de contradicción porque es natural de la forma de pensar y de la lógica, del mismo modo, Adorno, citado por Stewart (ob.it), considera que de la contradicción y la oposición, se desprenden producciones positivas en el devenir organizacional, esto significa que, si se parte de la relación entre la cultura organizacional existente y la cultura deseada, resultará en medio de contradicciones, una cultura vivenciada, donde los liderazgos, tienen un rol importante en la dialéctica organizacional.

3.3 Gestión de contradicciones y sus estrategias

El marco analítico desarrolla el abordaje conceptual que será utilizado para el análisis de los resultados de los casos en estudio, explicitando las dimensiones analíticas principales del proceso dialéctico de recomposición institucional de los servicios de salud. La naturaleza dialéctica de la recomposición institucional está asociada a las pugnas que subyacen en este proceso de cambio. Es necesario distinguir dos conceptos diferentes: la naturaleza de las contradicciones y los modos de gestión de las contradicciones.

Mientras la naturaleza de las contradicciones hace referencia a la disputa de intereses, concepciones y valores entre actores, la gestión de las contradicciones se refiere a las estrategias utilizadas por los actores para hacer frente a tales disputas (Hargrave and Van de Ven, 2009). Los conflictos han sido abordados como contradicciones entre diferentes lógicas que responden a diferentes campos institucionales. Esta perspectiva teórica

(Benson,1977; Seo and Greed, 2002) asume una visión dialéctica de las innovaciones institucionales, sociales y organizacionales.

Las contradicciones son consideradas como motor del proceso de cambio y su evolución será contingente de las relaciones de poder entre los actores que integran la acción colectiva (Seo y Creed, 2002). Según esta perspectiva, los actores se vuelven agentes de cambio y ejercen una "praxis" para modificar arreglos institucionales, cuando éstos ya no sirven a sus propios intereses. Este análisis parte del reconocimiento de un contexto pluralista como organizaciones embebidas por múltiples campos institucionales, provocando diferentes tipos de contradicciones institucionales.

Estas contradicciones representan diferentes tensiones entre elementos materiales, asociado a la eficiencia o efectividad de ciertas estructuras organizacionales y elementos ideales, relacionados con las demandas de legitimidad de los actores que integran el campo. Los actores que son conscientes de tales contradicciones y con poder para movilizar alianzas y desarrollar estrategias serán los factores que explican la emergencia de un proceso de cambio. Un segundo abordaje de las contradicciones está orientado sobre el análisis de las estrategias de gestión de las contradicciones. Más que definir las condiciones estructurales como factores que explican el cambio, se enfatiza sobre los modos de gestión de las mismas. Esta perspectiva asume una visión de las contradicciones como procesuales, más que estructurales.

Hargrave y Van de Ven (2009) siguiendo a Poole y Van de Ven (1989) identifican diferentes modalidades de gestión de contradicciones entre diferentes lógicas institucionales en pugna. Una primera modalidad asume una estrategia de gestión de contradicciones en paralelo en diferentes espacios institucionales, en la cual se procura mitigar las contradicciones a través de una producción segmentada de diferentes lógicas. Una segunda modalidad está orientada en la construcción de una lógica en oposición o a expensas de opciones alternativas. En este caso, prima la confrontación entre las lógicas en disputa. Por último, la tercera modalidad de gestionar las

contradicciones a través de un abordaje complementario, en donde se integran aspectos de diferentes lógicas institucionales.

Lawrence y colaboradores (2011) han trabajado sobre cómo la definición de los bordes institucionales de ciertos campos profesionales son materia de contradicciones. Según estos autores, en los campos institucionales con fuerte presencia de profesionales, existen bordes que definen las concepciones o formas de interpretar los problemas que son materia de intervención de los profesionales, y por lo tanto de sus propias prácticas profesionales.

Por este motivo, la definición de estos "bordes" tienen influencia sobre los espacios organizacionales en los cuales los profesionales trabajan y sobre las mismas prácticas asociadas con su trabajo profesional (Suddaby and Viale, 2011). Por lo tanto, en estos casos, las contradicciones pueden caracterizarse en términos de los conflictos que subyacen en la definición de diferentes bordes institucionales con influencia sobre los espacios organizacionales y las prácticas profesionales.

Utilizando al sector salud como ejemplo, estos bordes institucionales hacen referencia a los conflictos producidos por la disputa de las incumbencias de prácticas y o intervenciones de servicios de salud que en espacios organizacionales participan diferentes grupos de profesionales de la salud. Para una caracterización de las formas de gestionar estos conflictos, es necesario desarrollar conceptualmente los espacios y las prácticas como dimensiones centrales del proceso de producción institucional.

La naturaleza dialéctica de la recomposición institucional está asociada a los conflictos que subyacen en este proceso de cambio. Es necesario distinguir dos conceptos diferentes: la naturaleza de las contradicciones y los modos de gestión de las contradicciones.

En cuanto a las estrategias en la gestión de contradicciones, es importante reconocer la presencia de los conflictos producidos por la disputa de las incumbencias de prácticas y o intervenciones de servicios de salud que

en espacios organizacionales participan diferentes grupos de profesionales de la salud. Para una caracterización de las formas de gestionar estos conflictos, es necesario desarrollar conceptualmente los espacios y las prácticas como dimensiones centrales del proceso de producción institucional. Las estrategias de acción colectiva se materializan mediante prácticas institucionales vinculadas las interacciones sociales. La teoría de redes de actores y la teoría de las prácticas tienen contribuciones significativas que ayudan a caracterizar las estrategias de gestión de las contradicciones.

Las estrategias de gestión de estas contradicciones pueden caracterizarse a través de los espacios organizacionales y prácticas institucionales utilizadas. La teoría de la red de los actores (Latour,1987; Callon,1990) introduce el concepto de nodos como espacios organizacionales. Se enfatiza el rol de los actores con la producción de “nodos”, que definen los espacios y relacionales sociales que integran los procesos de innovaciones institucionales. En esta perspectiva el concepto de nodos asume un rol clave como parte de los procesos de cambio, con influencia tanto sobre una concepción, un producto o la introducción de una tecnología.

Estos nodos organizacionales no sólo se refieren a nuevas estructuras organizacionales, sino a espacios que definen las interacciones sociales con potencialidad para incidir sobre las relaciones de poder y las concepciones que asumen los actores en su forma de pensar o interpretar los problemas o su propio proceso de producción. La creación o reproducción de los nodos influye sobre la conformación de alianzas, y abre o limita oportunidades para la conformación de procesos de interacción social con implicancias sobre la capacidad de interpretación de los actores y sobre las relaciones políticas

En forma complementaria, se han clasificado los espacios organizacionales como libres, en disputa o relacionales. Esta clasificación permite caracterizar los espacios a partir de las relaciones sociales que integran la producción del proceso de reconfiguración institucional. Los espacios libres son aquellos en los cuales, el liderazgo colectivo involucrado

en la producción de nuevas lógicas institucionales participa en interacciones sociales "protegidas" de la influencia de las lógicas ya establecidas. Los espacios "en disputa" están definidos por diferentes actores que se articulan entorno a la puja de recursos, o definiciones con influencia sobre concepciones o valores.

Los espacios "relacionales" sirven de plataforma para que diferentes actores, a pesar de identidades e intereses diferentes logran integrarse en procesos de producción comunes. Este abordaje de espacios organizacionales como parte de las estrategias permite una perspectiva diferente a la visión de cambios organizacionales como variables exclusivamente dependientes de las estrategias de cambio, sino como parte de las mismas. La teoría de las prácticas estudia cómo los actores interactúan, construyen o definen las características sociales y físicas de un contexto complejo a través de prácticas cotidianas, las cuales serán consideradas como prácticas institucionales. Se consideran las acciones, interacciones y negociaciones entre actores como una dimensión analítica clave.

Esta teoría considera a las prácticas como herramientas técnicas y psicológicas que se transforman en estrategias de los actores en un contexto de complejidad institucional a través tanto de la coordinación y gestión de recursos materiales como de la "producción de sentido" y significado" (Engestrom 1993). (Jarzabowsky et al 2003) considera a las prácticas como la infraestructura a través de las cuales los actores influyen sobre los patrones de interacción e interpretación. Con esta perspectiva, las prácticas son parte tanto de los mecanismos de regulación que definen conducta de los actores, como de la producción institucional de los mismos (Jarzabowsky et al 2003, 2007, 2009).

Lawrence y Suddaby (2006) producen la siguiente clasificación de prácticas institucionales: I) actividades relacionadas con una producción política que altera los bordes de los espacios de influencia e intervención de los actores, II) actividades de valores en donde se influye sobre el marco ideológico que influye sobre las creencias establecidas y III) actividades

cognitivas que influyen sobre los significados establecidos. Esta taxonomía permite caracterizar las estrategias utilizadas por los actores sujetos de cambio institucional a través de cómo se moldean las interacciones sociales: a través de mecanismos con poder de regulación, sobre las concepciones y o sobre los valores.

CAPÍTULO III. MARCO NORMATIVO

En esta parte de la investigación, se realizó una revisión bibliográfica y documental para hallar las leyes, normativas y políticas vigentes que apoyen la gestión de contradicciones en beneficio de una gestión de servicios de salud apegados a los derechos de las personas (pacientes y trabajadores). Las regulaciones institucionales facultan al personal gerencial en la toma decisiones, que pudiera interpretarse en momentos críticos, como acciones unilaterales que el personal percibe como actos arbitrarios que se apoyan en la posición de jerarquía y, en consecuencia, afectan la cultura organizacional.

Ante situaciones críticas como en pandemia, las cuestiones coyunturales o dilemas ameritan decisiones desde el liderazgo un gerenciamiento que convoque la participación en el momento oportuno. Los gerentes de las distintas áreas de servicios de salud pueden y deben ejercer competencias resolutivas y gestionar el recurso humano mediante habilidades humanas y conceptuales con pleno conocimiento de sus alcances legales, normativos y regulatorios.

Los hospitales y en este caso el Hospital Provincial de Rosario, cuenta con estas normativas, que coadyuvan en el cumplimiento de las políticas Provinciales y nacionales que apoyan acciones de reestructuración de determinadas áreas para atender la contingencia de la pandemia por Covid-19, otorgando facultades especiales a los gerentes departamentales en situación de emergencia nacional para que los directivos de los hospitales tuvieran libertad de tomar decisiones, la cuestión es, que tales acciones encontraron resistencia (contradicciones) por parte del personal por lo cual es

necesario ejercer estrategias de gestión de contradicciones, entre estas, el liderazgo colectivo.

Para enmarcar el problema de estudio en el ámbito normativo y legal; es necesario explicitar brevemente estos aspectos, porque permiten comprender los motivos que accionaron las decisiones de los niveles jerárquicos superiores en la estructura organizacional, el ejercicio del liderazgo y gestiones directivas de cara a los desafíos de la Pandemia por COVID-19.

Ante la emergencia sanitaria, el gobierno de la Provincia de Santa fe en concordancia y apoyo de la nación implementó el Plan Estratégico de Contingencia para pacientes COVID-19 (adultos y pediátricos), basándose en pautas para la planificación operativa de la preparación y la respuesta de los países, emanada de la Organización Mundial de la Salud (2020), con el sustento de leyes y decretos nacionales para garantizar la atención a cada santafesino y santafesina; refuncionalizando los hospitales, fortaleciendo las redes de laboratorios provinciales, emergencias y traslados, se puso en marcha el Plan Estratégico de Vacunación más importante de la historia y llevó a cabo la ampliación del número de camas.

Es importante resaltar que, las acciones mencionadas fueron importantes ante la contingencia, pero no suficientes; en ese sentido, para dar respuesta a la crisis de la situación epidemiológica, el plan estratégico de contingencia para la pandemia COVID-19 establece una dinámica de un escalonamiento de seis medidas para las distintas fases y según el entorno cambiante epidemiológico. Estos aspectos se identifican en la siguiente tabla 5.

Tabla 5. Las seis medidas del Plan Estratégico de Contingencia ante la Pandemia COVID-19

Medidas	Principales Acciones
Apertura y ampliación de la mayor cantidad de plazas posibles	Sitios de aislamiento para pacientes leves en cada municipio y comuna. División de efectores en áreas COVID y no COVID. Construcción de hospitales modulares, aumento de camas en 2° y 3° niveles (críticas, intermedias y generales). Total, ampliación camas/UTI 2019 1550 20 2000 14 13 3300548024558 161. Ampliación camas/Unidad de Terapia Intensiva por efector público: 585 camas críticas en el sector público
Suspensión de cirugías programables:	Se mantuvieron las cirugías de urgencia y las intervenciones de índole oncológicas.
Re-adjudicación de funciones del personal de salud hacia áreas críticas	Decreto provincial de afectación de todo el personal provincial a funciones sanitarias. Resolución ministerial para la disposición de todo el personal hospitalario a funciones adjudicadas, según criterio de cada director. Prolongación de residencias médicas y afectación a la emergencia sanitaria. Disposición ministerial para convocar a estudiantes de los últimos años de las carreras de Enfermería, Kinesiología y Medicina para colaborar en funciones sanitarias, siempre bajo supervisión. Re-adjudicación específica de funciones para el personal de quirófanos (suspendidas las cirugías programables) hacia áreas críticas, según criterio de la dirección del efector.
Regionalización de pacientes	Traslado de pacientes por cercanía regional (según lógica geográfica y la estabilidad hemodinámica del paciente). Traslado de pacientes según plazas disponibles y la especialidad del efector receptor. Articulación pública/privada para el uso de camas críticas y generales en forma bidireccional.
Reingeniería de espacios libres en hospitales de tercer nivel para módulos sanitarios	Acondicionamiento de espacios libres y cercanos a servicios sanitarios intrahospitalarios (laboratorio, rayos y quirófano) para atención de la pandemia. Montaje de módulos sanitarios incluyendo: carpa sanitaria; insumos fijos (gasometría, camas, calefactores y aires acondicionados); insumos móviles (monitores, portátil de radiografías, tubos de O2, saturoimetría y montaje de hidratación parenteral); y recursos humanos para la atención de pacientes de ingresos leves y moderados o pre-alta (para la liberación de plazas intranosocomiales). Proyecciones para el Hospital Provincial de Rosario (20 plazas generales).
Acondicionamiento de hotelería para pacientes leves o crónicos atendidos por equipos de internación domiciliaria	Categorización del perfil del paciente a alojar. Provisión de insumos sanitarios básicos para la internación domiciliaria. Disposición de un sistema de emergencia y traslado durante las 24 horas, para afrontar descompensaciones de algún paciente. Dotación de recursos humanos para la atención inicial básica de los pacientes y para la internación domiciliaria (servicios generales y de enfermería)

A fin de continuar con la estrategia de anticipación y ante la probabilidad de una mayor afectación pediátrica, se elaboró un plan previendo un posible aumento del requerimiento de efectores con internación pediátrica. El trabajo se organizó en fases para; el retorno de servicios de pediatría a hospitales de origen, refuncionalizar áreas quirúrgicas para internación, reforzar el sistema de emergencias y traslados, incrementar el número de ambulancias convertidas en unidades móviles de terapia intensiva para emergencias y traslados, realizar derivaciones públicos/privados, trasladar pacientes por cercanía regional (según lógica geográfica y estabilidad hemodinámica), trasladar de pacientes según plaza disponible y especificidad del efector receptor y apertura de espacios no hospitalarios para la internación.

Estos cambios vistos como mejoras, tienen un impacto de la dinámica de las relaciones y reacciones del personal, para lo cual es indispensable aplicar modos de gobernanza funcionales, guiados por un liderazgo colectivo que facilite la integración del personal ante las medidas ejecutadas en momentos críticos que exigen respuestas, muchas veces desde la competencia de quienes ocupan cargos de jerarquía. En cuanto al Plan estratégico de vacunación COVID-19, se ejecutó el denominado Santa Fe Vacuna; el plan de vacunación estratégico nacional, gratuito y voluntario. Tiene distintas etapas definidas en base a criterios epidemiológicos específicos como, por ejemplo, la exposición al virus, el riesgo de enfermedad grave y el grupo etario.

El objetivo de la campaña de vacunación COVID-19 es lograr prevenir las complicaciones graves provocadas por la enfermedad y disminuir la contagiosidad del virus. Otro aspecto relevante en el marco del Plan Estratégico, fueron las adecuaciones en la arquitectura hospitalaria que favoreció las guardias diferenciadas para atención COVID y NO-COVID y la formación de centros de salud con polos febriles y no febriles. Este ambiente de cambios y transformaciones generó un impacto en las relaciones internas de los centros hospitalarios, convergiendo diferencias que se observan en la dialéctica organizacional y conlleva a conflictos que deben ser gestionados con habilidades gerenciales que convoquen a la sinergia y el trabajo en equipo.

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

Este capítulo de la investigación, muestra los objetivos de la misma, la descripción de la propuesta de intervención, la metodología de la investigación que también incluye la metodología de la propuesta y la definición de los resultados esperados.

4.1. Objetivos de la investigación

4.1.1. Objetivo general

Diseñar estrategias de liderazgo colectivo para la gestión de contradicciones en el personal de salud del Hospital Provincial de Rosario, que faciliten la confrontación de desafíos en los servicios de salud, período: 2020-2022

4.1.2. Objetivos específicos

4.1.2.1. Describir el estilo de liderazgo, modos de gobernanza y la dialéctica organizacional que caracterizan la gestión de contradicciones en el personal de salud del Hospital Provincial de Rosario para la determinación de su eficacia ante el desafío de la pandemia por Covid-19

4.1.2.2. Analizar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del liderazgo colectivo aplicando la matriz FODA, para la generación de estrategias en la gestión de contradicciones del personal de salud del Hospital Provincial de Rosario

4.1.2.3. Formular estrategias y acciones de liderazgo colectivo, según los resultados de la matriz FODA, que faciliten la gestión de contradicciones en el personal de salud y la confrontación de desafíos en los servicios de salud del Hospital Provincial de Rosario

4.2 Propuesta de intervención

En esta parte de la investigación, se presenta la propuesta de intervención ante la problemática detectada, la cual se caracteriza por la falta de acciones planificadas en el marco de la gestión de sistemas y servicio de salud, concretamente, en la gestión de contradicciones. Las discrepancias, conflictos y efervescencia de los sistemas de influencia en el Hospital Provincial de Rosario, ante los cambios estructurales y

funcionales de este Hospital Covid-19, fue el detonante de situaciones que superaron las acciones de contención del recurso humano para sumar voluntades y apoyar las decisiones tomadas desde un modo de gobernanza jerárquica, por lo cual, una respuesta viable, pertinente y útil, es la formulación de estrategias basadas en el liderazgo colectivo.

¿Por qué el liderazgo colectivo?, porque es en sí mismo una estrategias de gestión de sistemas y servicios de salud adecuado en casos de gestión de contradicciones y en medio de una dialéctica organizacional atravesada por discrepancias que lejos de acercarse para encontrar puntos de encuentro, crean barreras cada vez más difíciles de superar, cuesto que puede trabajarse progresivamente, en tiempos y acciones planificadas, desde el pensamiento gerencial estratégico, tomando como eje; el liderazgo colectivo, por los beneficios que este aporta a la mejora en la comunicación interpersonal, institucional, en la racionalización para el trabajo en equipo y en el manejo de la complejidad.

4.3 Metodología de la Intervención

La metodología de la intervención forma parte de un campo más amplio; la metodología de la investigación, en ese sentido se explicita a continuación los elementos que integran la metodología adoptada (Iglesias y Resala, 2013).

Descripción de metodología de la Investigación y de la Intervención

La metodología, se expresa de manera coherente con el propósito, problema y objetivos del estudio, en este caso, el diseño de la investigación se corresponde al paradigma cuantitativo (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018) y se aplica el método hipotético deductivo (Iglesias, 2015). La unidad de análisis está constituida por el personal de salud que conforma el clan de donde surgieron las manifestaciones de resistencia ante las contradicciones que resultaron de las decisiones directivas de readecuación.

Los elementos de la unidad de análisis, aportaron los datos necesarios para el estudio del problema respecto del liderazgo colectivo en la gestión de contradicciones;

aspecto puntual de la investigación, de la cual se desprenden la variable independiente (liderazgo colectivo) y la variable dependiente (gestión de contradicciones). Así mismo se distinguen en estas variables sus dimensiones o categorías, que son: autonomía profesional, equipos facultados, participación activa en la toma de decisiones, modo de Gobernanza, capacitación y gestión del conocimiento, y creatividad e innovación (Rodríguez, Breña y Esenarro, 2021).

La población de estudio se constituyó de acuerdo al siguiente criterio de inclusión: personal de salud del Monoblock Oeste que forma parte de los clanes afectados por las decisiones estratégicas en la readecuación y fusión de áreas y que generaron reacciones que dieron origen a situaciones de complejidad y crisis, creando un entorno que, bajo la dialéctica organizacional ameritó ser gestionado con eficacia.

Según el criterio de inclusión, la población de interés es de treinta (30) actores, miembros del clan, tomándose una muestra de quince (15) sujetos, correspondiente al 50% de la población (Vivanco, 2005). El criterio aplicado para tomar la muestra es el nivel de cohesión del clan de profesionales cuya determinación ejerció resistencia, ante las contradicciones surgidas de las decisiones de readecuación; este grupo de profesionales de salud (clan) se considera representativo de la población de la que proviene en los términos de este estudio para la gestión de contradicciones a partir de un liderazgo colectivo (Iglesias, 2015).

En cuanto a la variable liderazgo colectivo, su definición teórica se basa en lo expresado por Friedrich, citado por Grueso (2017), quien define esta habilidad como “la acción ejercida por un líder o conjunto de líderes, quienes emplean selectivamente habilidades y experiencia dentro de una red, distribuyendo efectivamente los elementos del rol de liderazgo, según lo requiera el problema o la situación” (p.72).

Desde esta definición teórica se identificaron las siguientes categorías: autonomía profesional, equipos facultados y participación activa en la toma de decisiones. Estas categorías están relacionadas con las características, habilidades y competencias del liderazgo colectivo y son significativas en su práctica, especialmente en los clanes que presentaron manifestaciones de resistencia ante las contradicciones del caso de estudio.

Por otro lado, la definición teórica de la variable; gestión de contradicciones, se entiende desde la perspectiva del cambio en las organizaciones, especialmente ante

situaciones que exigen decisiones y en consecuencia, se producen reacciones en el personal, de este modo, Rodríguez (2014), desde la teoría dialéctica, expresa que la dialéctica organizacional es un proceso de comunicación relacional que se ejerce en respuesta a situaciones de conflictos, oposiciones o confrontaciones para llegar a un ajuste mutuo.

A partir de esta definición teórica de la variable gestión de contradicciones, surgen las siguientes categorías: modo de gobernanza, capacitación y gestión del conocimiento y creatividad e innovación. Estas categorías tienen relación con la gestión de contradicciones porque es necesario adoptar un modo de gobernanza para comprender la complejidad de la situación, desplegar competencias gerenciales para la gestión del conocimiento en ese clima de incertidumbre y reconocer las fortalezas de la organización para aprovechar las oportunidades y fortalezas en un entorno de contradicciones, promoviendo la creatividad y la innovación en la resolución de conflictos.

La escala de medición de las variables y sus categorías, en función del objetivo del estudio, es la escala nominal, que concuerda con el diseño del instrumento de medición (entrevista semiestructurada), en el cual se plantean preguntas mixtas (cerradas con opción a ampliar la respuesta); de esta manera, la escala de medición nominal permite profundizar en detalles requeridos por la investigación a través del análisis descriptivo y el análisis de distribución porcentual que se refleja en las gráficas.

En atención a las características del fenómeno estudiado, se utilizaron los siguientes **métodos**; la entrevista, la revisión documental (incluyendo documentos institucionales para el levantamiento de la data en la construcción de indicadores) y la observación directa participante, por ser fundamental en la recolección de información del personal respecto de las variables del estudio.

La variedad de datos e información, así como de fuentes, es indispensable en este estudio para ampliar la visión sobre el problema, la situación, causas, efectividad de las acciones ejecutadas y las que se podrían ejercer desde el liderazgo para la gestión de contradicciones, en ese sentido, la entrevista es útil para conocer la opinión, apreciaciones y concepciones del personal de salud (clan), acerca de los factores y

cuestiones involucradas en la toma de decisiones que funcionaron como disparadores de contradicciones.

Siendo así, se aplicó una entrevista semiestructurada mediante una guía de entrevista (anexo 2), para conocer, desde la perspectiva del personal involucrado, cómo gestionó el recurso humano durante las readecuaciones, tomando en cuenta el liderazgo colectivo, cómo fue la participación del personal de salud en estos procesos decisorios, cuáles fueron los mayores desafíos institucionales para el personal, y reflexionando acerca de los equipos multidisciplinarios, cómo se gestionó la creación de equipos para confrontar los conflictos entre el personal y solucionar problemas.

En el caso de la revisión documental se diseñó una lista de cotejo (anexo 3) tomando en cuenta aspectos que guardan relación con las categorías, con el fin de obtener mayores detalles de las mismas para luego confrontar los resultados tomando en cuenta los hallazgos de los otros instrumentos y métodos de recolección de datos, y de este modo obtener una información más completa.

Así mismo, para el registro de datos de la observación participante se utilizó una libreta de notas aplicando la técnica de registro anecdótico, con el fin de obtener más detalles en la dinámica de la dialéctica organizacional, las manifestaciones de desacuerdos, negociaciones y conflictos durante el proceso de readecuaciones y las contradicciones que se dieron como consecuencia de estas decisiones en el marco del modo de gobernanza. Es importante resaltar que, para la recolección de datos, se cumplió con el consentimiento informado que se encuentra en el anexo 4. (Almat y Rocafort, 2017).

En cuanto a la **presentación y análisis de resultados**, estos se reflejaron mediante gráficas sectoriales (porcentajes) y una matriz de análisis de correlaciones de variables y dimensiones. Además, se diseñaron y midieron indicadores. Los resultados se analizaron aplicando el método hipotético-deductivo, la estadística inferencial y el análisis de contenido según la naturaleza de los datos. Fue importante para la discusión de los resultados, la técnica de triangulación de datos (Yuni y Urbano, 2006).

Para el diseño estrategias de liderazgo colectivo en la gestión de contradicciones del caso de estudio, lo cual constituye la propuesta de intervención, se realizaron las siguientes actividades metodológicas:

- Estudio de campo, aplicando las técnicas e instrumentos de recolección de datos ya mencionados, posteriormente se organizó la data para presentar y analizar los hallazgos, tal como se mencionó en la sección anterior

- Estudio teórico-conceptual con recolección de datos de fuentes secundarias en el Hospital, para la triangulación de datos referidos a las dimensiones de las variables: estilo de liderazgo y gestión de contradicciones en el personal de salud

- Elaboración de la matriz de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas identificadas tomando como referencia los resultados sobre el liderazgo colectivo y la gestión de contradicciones

- Diseño de estrategias a partir de la matriz FODA, (confrontación de factores internos y externos) y elaboración de planes de acción para las estrategias de liderazgo colectivo

- Estimación de recursos y presupuesto y planeamiento de la evaluación

4.4 Definición de resultados esperados e indicadores de logro

Los resultados que se esperan obtener de la propuesta de intervención, están sujetos a los objetivos de la investigación; esto significa, comprender la intención de cada objetivo mediante su operacionalización, en este caso, vinculando los resultados esperados con elementos distintivos (indicadores de logro) que faciliten el monitoreo, control y ajustes a las acciones y estrategias planteadas en la intervención. Estos aspectos se muestran en la siguiente tabla 6.

Tabla 6. Definición de los resultados de logro de la propuesta de intervención

Objetivos de la investigación	Resultados esperados	Indicadores de logro
Describir el estilo de liderazgo, modos de gobernanza y dialéctica organizacional que caracteriza la gestión de contradicciones en el personal de salud y su eficacia ante la pandemia	-Equilibrio de los sistemas de influencia -Planificación participativa con los actores -Recursividad para la adaptación organizacional	-Incremento del porcentaje de acuerdos -Incremento del porcentaje de participación activa en la planificación de servicios -Incremento del porcentaje de problemas resueltos
Analizar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del liderazgo colectivo aplicando la matriz FODA, para la generación de estrategias en la gestión de contradicciones del personal de salud del Hospital Provincial de Rosario	-Reconocimiento de las fortalezas del recurso humano para revertir la crisis en oportunidades -Reconocimiento de las debilidades que profundizan las brechas en la organización para confrontar los cambios	-Incremento del porcentaje de toma de decisiones acertadas y oportunas -Incremento del porcentaje de autocuidado en la asistencia a pacientes Covid-19 -Incremento del porcentaje de actividades para fortalecer el trabajo en equipo
Determinar estrategias y acciones de liderazgo colectivo, según los resultados de la matriz FODA, que faciliten la gestión de contradicciones en el personal de salud y la confrontación de desafíos en los servicios de salud del Hospital Provincial de Rosario	Estrategias de liderazgo colectivo para confrontar deficiencias en los recursos humanos	Innovación de los mecanismos de regulación de puestas en juego Líneas de acción para la gerencia del conflicto positivo Equipos de trabajo multidisciplinares, capacitados y facultados Mecanismos de articulación en los nodos de poder vertical y horizontal Proyectos pilotos de redes de conexión entre servicios de salud Equipos autogestionados de proyectos de mejora continua y gestión del conocimiento Alianzas con grupos de interés para la formación continua de líderes en la gestión del conflicto positivo Diseño de planes anuales de capacitación ante contingencias por pandemias similares al COVID para el personal permanente y de nuevo ingreso

CAPÍTULO V. RESULTADOS

Esta sección de la investigación contiene los resultados de los instrumentos aplicados con sus respectiva representación y análisis, además la resolución de los objetivos planteados.

5.1 Presentación y análisis de Resultados

En esta parte del estudio se da respuesta a los objetivos planteados; para lo cual se presentan los resultados de los instrumentos de recolección de datos aplicados.

5.1.1 Estilo de liderazgo, modos de gobernanza y la dialéctica organizacional que caracterizan la gestión de contradicciones en el personal de salud del Hospital Provincial de Rosario y su eficacia ante el desafío de la pandemia por Covid-19

En el marco de la pandemia por COVID-19 y, al ser denominado el centro como hospital COVID, fue necesario tomar decisiones para responder al reto de esta crisis, en ese sentido, se analiza el estilo de liderazgo, modos de gobernanza y la dialéctica organizacional que se llevó a cabo en la gestión de contradicciones del personal de salud con el fin de reflexionar sobre su eficacia. A continuación, se muestran los resultados y análisis en los gráficos 1,2,3 y 4.

Resultados de la entrevista aplicada al personal de enfermería Monoblock Oeste

Gestión por Liderazgo Colectivo

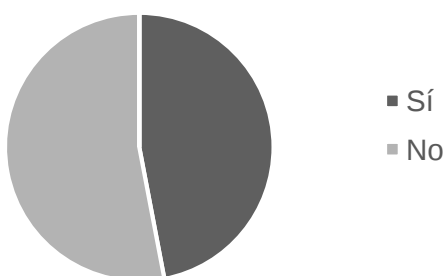


Gráfico1. Pregunta 1: ¿El cambio organizacional por la pandemia COVID-19 se gestionó mediante liderazgo colectivo?

Análisis: El liderazgo y la gobernanza son dos factores vinculantes para obtener resultados exitosos en la gestión de servicios de salud, más aún cuando se presentan situaciones críticas que exigen un cambio en la estructura organizacional como ocurre con las readecuaciones. Con relación al estilo de liderazgo adoptado, el 53% de los entrevistados respondió que el cambio organizacional por la pandemia COVID-19 no se gestionó mediante liderazgo colectivo, mientras que el 47% afirmó que el liderazgo colectivo fue el medio por el cual se gestionó el proceso de cambios en la institución de salud, esto significa que, la percepción del personal difiere del ejercicio de la autoridad en términos de liderazgo colectivo para la gobernanza, en consecuencia, al no haber equilibrio en las percepciones o concordancia que distinga en la práctica, características de un liderazgo colectivo, se entiende que no se ejerce este estilo de liderazgo pues sus mecanismos de vinculación son notables.

Modos de gobernanza y nivel de participación del personal

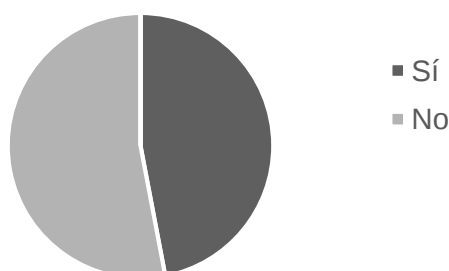


Gráfico 2. Pregunta 2 ¿Las decisiones para las readecuaciones, equipamientos, y unificación de servicios, fueron tomadas con la participación del personal de salud?

Análisis: Es fundamental, al realizar readecuaciones, tomar en cuenta las propuestas del personal involucrado al cual impactará la decisión, especialmente si esto tendrá incidencia en la prestación del servicio de salud. La integración y valoración del personal, refleja un modo de gobernanza predominante. Sobre esto, el 67% de los entrevistados respondió que sí se tomó en cuenta al personal de salud en las decisiones de readecuaciones, equipamientos y unificación de servicios; el 33% señaló que no se consideró a este personal en tales decisiones, esto significa, que los niveles jerárquicos consultaron al

personal bajo determinados criterios, lo que muestra un sesgo en la toma de decisiones al no contar con los aportes de todo el personal responsable del servicio de salud a pacientes COVID y no COVID. Es clara la importancia de la gobernanza en los arreglos institucionales para la regulación de actores y recursos críticos del hospital en las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud (Báscolo y Artaza, 2017).

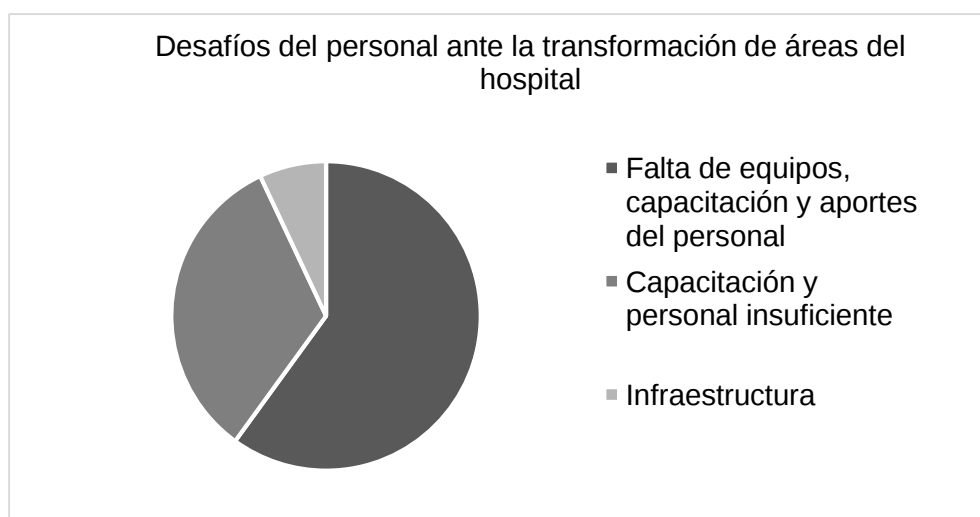


Gráfico 3. Pregunta 3. ¿Cuáles son los mayores desafíos para el personal ante la transformación del hospital por la pandemia COVID-19?

Análisis: El ejercicio de una gobernanza eficaz requiere de una visión estratégica para establecer y manejar los nexos y relaciones con los grupos de interés, en este caso, con el personal de salud, es por ello que, ante el reto de la pandemia por COVID-19, es necesario identificar las debilidades, carencias o necesidades que deben superarse para evitar el colapso de los servicios y el déficit del personal. De acuerdo con las respuestas de los entrevistados, el mayor desafío para el personal en esta situación (60%) es la falta de EPP, falta de capacitación, personal insuficiente y el hecho de que no se valora la experiencia y aportes del personal en toma de decisiones sobre las readecuaciones.

Para el 33% de los entrevistados, el mayor desafío del personal está en la falta de capacitación al momento de fusionar áreas y personal insuficiente ante las nuevas estructuras, cuestión que está inmersa en la opción de mayor porcentaje, finalmente el 7% indicó que el mayor desafío en este contexto es la infraestructura. Los datos permiten inferir que, existen debilidades puntuales en el recurso humano al momento de la transformación

del hospital, que se concentran básicamente en la cantidad de personal suficiente y capacitado para las nuevas áreas re estructuradas y re adecuadas, lo cual implica, además, equipos de protección personal y cuestiones referidas a las instalaciones físicas. Estos aspectos han de ser tomados en cuenta y gestionados efectivamente por medio de un modo de gobernanza y un estilo de liderazgo colectivo que genere la convergencia de soluciones desde los distintos puntos de vista y experiencias del personal de salud.

Dialéctica organizacional y creación de Comités Multidisciplinarios

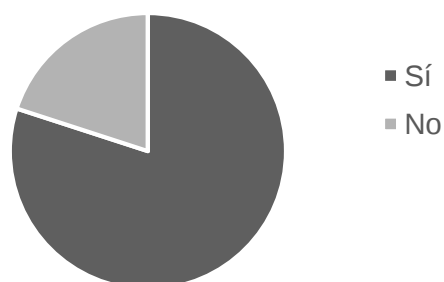


Gráfico 4. Pregunta 4. ¿Ante los cambios en el hospital se han creado comités multidisciplinarios para confrontar los conflictos entre el personal y solucionar problemas?

Análisis: En la gestión de contradicciones, la dialéctica organizacional, es clave; en ese sentido, el 80% afirmó que se crearon comités multidisciplinarios, sin embargo, los entrevistados resaltaron que se crearon únicamente comités de crisis que, a su entender no eran suficientes en su estructura y función para confrontar las exigencias ante la pandemia que llegó a superar los servicios de salud de la institución, por otro lado, el 20% señaló que no se crearon comités multidisciplinarios para confrontar los conflictos entre el personal y solucionar problemas, al igual que el 80% de los entrevistados, coincidieron en que solo se crearon comités de crisis que no lograron satisfacer las demandas de atención en la resolución de problemas. Los hallazgos permiten inferir debilidades en la dialéctica organizacional para conducir con eficacia la gestión de las contradicciones.

Indicadores de liderazgo colectivo en la gestión de contradicciones

Se interpretaron indicadores y se correlacionaron las variables de estudio, tomando datos mediante la revisión documental y observación participante. Los resultados se muestran en la tabla 7 y tabla 8.

Tabla 7.

Indicadores cuantitativos para liderazgo colectivo en la gestión de contradicciones

Indicadores	Cálculo de indicadores
Indicador 1: Nivel de participación en la planificación de servicios (Pp) Definición: Mide el % de participaron de cargos gerenciales en la planificación de servicios COVID-19 <i>monoblock oeste</i> del Hospital Provincial de Rosario Unidad de medida: Proporción (%) Meta: 100% Datos: Cpp: <i>Cantidad de personas que participaron en el plan estratégico COVID.</i> Ccg: <i>Cantidad de cargos gerenciales con competencia en la estrategia COVID</i> Ecuación: $Pp = \frac{Cpp}{Ccg} \times 100$	<i>Indicador:</i> participación en la planificación de servicios (Pp) Cpp: 30 Ccg: 67 Ecuación: $Pp = \frac{30}{67} \times 100 = 45\%$
Indicador 2: Eficacia en resolución de problemas (Erp) Definición: Mide el % de problemas resueltos según lo planificado ante la pandemia COVID-19 <i>monoblock oeste</i> del Hospital Provincial de Rosario Unidad de medida: Proporción (%) Meta: 100% Datos: Pr: <i>Cantidad de problemas resueltos ante la pandemia en monoblock oeste</i> Pp: <i>Cantidad de problemas planteados ante la pandemia en monoblock oeste</i> Ecuación: $Erp = \frac{Pr}{Pp} \times 100$	<i>Indicador:</i> Eficacia en resolución de problemas (Erp) Pr: 5 Pp: 6 Ecuación: $Erp = \frac{5}{6} \times 100 = 83\%$
Indicador 3: Autocuidado en la asistencia a pacientes covid-19 en áreas fusionadas monoblock oeste (Acp) Definición: Mide el % de acciones de autocuidado en la asistencia a pacientes COVID Unidad de medida: Proporción (%) Meta: 100% Datos: Tp: <i>Cantidad de trabajadores que aplicaron todas las medidas de protección</i> Te: <i>Cantidad de trabajadores expuestos al asistir pacientes COVID</i> Ecuación: $Acp = \frac{Tp}{Te} \times 100$	<i>Indicador:</i> Acciones de autocuidado en la asistencia a pacientes COVID (Acp) Tp: 423 Te: 423 Ecuación: $Acp = \frac{423}{423} \times 100 = 100\%$
Indicador 4: Trabajo en equipo (Te) Definición: Mide el % de acciones para el fortalecimiento del trabajo en equipo en monoblock oeste, ante el reto de ser un hospital COVID Unidad de medida: Proporción (%) Meta: 100% Datos: Emcc: <i>Cantidad de equipos multidisciplinarios creados y capacitados</i> Cec: <i>Cantidad de equipos creados</i> Ecuación: $Te = \frac{Emcc}{Cec} \times 100$	<i>Indicador:</i> Trabajo en equipo (Te) Emcc: 7 Cec: 7 Ecuación: $Te = \frac{7}{7} \times 100 = 100\%$
Indicador 5: Personal de enfermería con licencia en ocasión de pandemia (Pl) Definición: Mide el % de personal sanitario con licencia en <i>monoblock oeste</i> Unidad de medida: Proporción (%) Meta: no aplica Datos: Cpl: <i>Cantidad de personal de enfermería con licencia durante la pandemia</i> Cpa: <i>Cantidad de personal asignado a las áreas de monoblock oeste</i> Ecuación: $Pl = \frac{Cpl}{Cpa} \times 100$	<i>Indicador:</i> Personal de enfermería con licencia en ocasión de pandemia (Pl) Cpl: 29 Cpa: 153 Ecuación: $Pl = \frac{29}{153} \times 100 = 32.43\%$
Indicador 6: Capacitación al personal (Cp) Definición: Mide el % de personal de enfermería capacitado para asistir pacientes COVID en <i>monoblock oeste</i> Unidad de medida: Proporción (%) Meta: 100% Datos: Cpp: <i>Cantidad de personal que recibió capacitación en manejo de pacientes COVID</i> Cpa: <i>Cantidad de personal de enfermería de planta y nuevos ingresos asignado para asistir pacientes COVID</i> Ecuación: $Cp = \frac{Cpp}{Cpa} \times 100$	<i>Indicador:</i> Capacitación al personal de enfermería (Cp) Cpp: 147 Cpa: 182 Ecuación: $Cp = \frac{147}{182} \times 100 = 80.7\%$

Análisis

En la planificación de servicios COVID-19 monoblock oeste, participó un 45% de personas con cargos gerenciales, la diferencia (55%), no participó activamente en este proceso, sino, apegándose a las decisiones establecidas. El plan estratégico fue diseñado por personal del Ministerio de Salud de la Nación y Provincial, la Dirección Médica Consejo de Administración, el Comité de infectología, el Comité de Crisis y algunas jefaturas del hospital; sin embargo, la dinámica fue verticalista, se implementaron protocolos, normativas y lineamientos desde la cumbre estratégica. Los jefes de sala médicos algunos que integran el comité de crisis participaron del diseño del plan estratégico, las demás jefaturas solo actuaron en consecuencia sobre esas decisiones, las mismas fueron oportunamente analizadas objetadas criticadas adecuadas y finalmente llevadas a cabo. Los jefes de departamentos tanto médicos como del personal no profesional no participaron del plan estratégico (indicador 1).

En cuanto al porcentaje de problemas resueltos (indicador 2), el resultado fue de 83% siendo los principales problemas identificados; la escasez de personal, tomando en cuenta los que obtuvieron licencia frente al incremento sostenido de pacientes COVID, falta de capacitación al personal existente y al de nuevo ingreso, deficiencias en la estructura edilicia y falta de insumos, lo que significa que hubo un importante compromiso del personal para mantener el servicio de salud a pesar de estas limitaciones.

El Indicador 3, arrojó que el 100% del personal de enfermería ejecutó acciones de autocuidado en la asistencia a pacientes covid-19 en áreas fusionadas con pacientes no covid-19, lo que concuerda con las regulaciones de la institución en que todo el personal aplique medidas de protección personal; (hubo faltas de algunos insumos), obstáculos en las transiciones de personal asignado a otras áreas, limitaciones de vacunación y disparidades de comités de crisis. El servicio de salud funcionó con buen desempeño del trabajo en equipo con ciertas contradicciones (indicador 4). El personal de enfermería con licencia en ocasión de pandemia fue de 32.43% impactando en la disponibilidad de personal capacitado para atender la crisis, cuestión que se fue resolviendo logrando un 80.7% de capacitación de forma simultánea mediante varios mecanismos escogiendo al que debía realizar o estar en contacto con pacientes con patología COVID (indicador 5 y 6).

Tabla 8. Matriz de correlación de las variables liderazgo colectivo y gestión de contradicciones

Liderazgo colectivo Gestión de contradicciones	Autonomía profesional	Equipos facultados	Participación activa en la toma de decisiones
Modo de Gobernanza	Predomina el modo de gobernanza basado en la jerarquía, condicionando la autonomía o legitimación de los profesionales que ejercen poder por la demostración de competencias y habilidades para la gestión de áreas; de allí la importancia de potenciar el liderazgo colectivo.	El liderazgo colectivo es adecuado para potenciar la autogestión de los equipos, sin embargo, un modo de gobernanza basado en la jerarquía, dificulta el <i>empowerment</i> a nivel de los equipos de trabajo que, aunque funcionan, no pueden proyectarse en redes.	Un rasgo del liderazgo colectivo es la participación activa de los actores y equipos de trabajo en la toma de decisiones, pero esto puede ser un desafío cuando el modo de gobernanza en jerárquico, desaprovechando las oportunidades que proporciona un entorno complejo, donde las fuerzas presionan.
Capacitación y Gestión del conocimiento	Facilitar la expresión del conocimiento tácito para hacerlo explícito, es un indicio de la autonomía del profesional y una de las bases del liderazgo compartido. En este caso, no se detectan acciones para la gestión del conocimiento en un entorno complejo.	La confianza de los niveles directivos en los equipos, se refleja en la libertad para que tomen decisiones, promoviendo el liderazgo en otros actores, sin embargo, es nodal, la capacitación y la gestión del conocimiento, cuestión que no se observa favorecida en el caso de estudio.	La libertad de acción de los equipos y su eficacia está vinculada al <i>saber hacer</i> basado en el conocimiento, mismo que encuentra oportunidades en un entorno complejo, dinamizar estos procesos, forma parte de la gestión de contradicciones, sin embargo, esto no está presente en el caso de estudio.
Creatividad e innovación	Desde la perspectiva de la dialéctica organizacional, la autonomía profesional es un acto que promueve la creatividad y la innovación, pero, en el caso de estudio, se observan limitaciones para estos factores de éxito	Los equipos facultados son, en esencia creativos e innovadores, desde la dialéctica, se entiende que el entorno es propicio para desencadenar talentos, lo cual no es evidente en el caso de estudio	En el caso de estudio, han surgido equipos de manera natural dado el nivel de compromiso y competencia de varios profesionales de salud, sin embargo, existe cierta resistencia desde otros niveles de la estructura organizacional.

5.2 Discusión de los resultados

Al analizar los hallazgos en relación a las variables de estudio, es importante puntualizar algunos aspectos significativos sobre la importancia del liderazgo colectivo en la gestión de contradicciones, con énfasis en el significado de la complejidad organizacional desde la perspectiva dialéctica y fundamentalmente en las puestas en juego de los poderes, con un solo propósito; proporcionar el servicio de salud necesario ante la crisis que emergió de la pandemia a nivel de las instituciones de salud (Etkin,2014).

En cuanto al liderazgo colectivo, se observó que algunos de sus aspectos característicos están presentes en la gestión de contradicciones; en ese sentido, la autonomía profesional, el facultamiento de equipos multidisciplinarios y la participación activa en la toma de decisiones, estuvieron influenciadas por el modo de gobernanza jerárquico, con predominio en la toma de decisiones y escasa participación activa del personal de enfermería, aunque, paradójicamente, los clanes fueron precisamente quienes ejercieron poder al dinamizar los procesos de atención y cumplir con el propósito del hospital COVID.

Se quiere con esto significar que, a pesar de la situación de ambigüedad y la variabilidad en los mecanismos de participación activa del personal de salud, los desafíos se fueron confrontando, sin embargo, no es lo adecuado en una gestión eficaz de las contradicciones y el ejercicio equilibrado del modo de gobernanza. Llama la atención los comentarios de los entrevistados, los cuales indican que no se configuró el liderazgo colectivo pues esto significa más que ser recibidas las propuestas, implica ir más allá, hasta llegar a la legitimación del poder y la autonomía de los profesionales, integrarlos activamente a la planificación y proceso decisorio y facultarlos en la praxis de sus funciones.

Así mismo, en lo concerniente a la gestión de contradicciones, específicamente en la capacitación y Gestión del conocimiento y la creatividad e innovación, estos elementos de relevancia transversal, no se destacaron dentro de las estrategias de gestión en la dialéctica organizacional, sino, que la respuesta fue ir resolviendo la capacitación bajo la lógica de criterios que apuntaron a capacitar por niveles (los de contacto directo con pacientes COVID en áreas fusionadas) y luego, el personal de menor contacto en lo concerniente a la protección personal.

El trabajo en equipo, es un factor crítico de éxito; sobre esto es importante resaltar que, la unidad central designada fue el comité de crisis, que a juicio de los entrevistados, resultó insuficiente ante la complejidad de la situación, de allí que se crearon de manera espontánea, equipos multidisciplinarios de trabajo con el fin de atender las exigencias de la situación, sin embargo, esta dinámica no se desarrolló según los fundamentos del liderazgo colectivo en un modo de gobernanza acorde que permitiera potenciar las fortalezas y generar sinergia para fortalecer la gestión del conocimiento, la mejora continua y las lecciones aprendidas; es decir, no se gestionó la dialéctica organizacional creando una ruta de experiencias debidamente documentadas e instrumentadas que funcionen para situaciones futuras, considerando los antecedentes de la pandemia, las tendencias y las limitaciones de los sistemas y servicios de salud en la Nación.

Ahora bien, si se trata de destacar las principales fallas de la organización para confrontar el desafío de la pandemia, es relevante señalar; las debilidades en el recurso humano, principalmente de enfermería a nivel de la disponibilidad de personal en condiciones y competencias para prestar este servicio bajo la situación de exigencia de las adecuaciones imprevistas con el agravante de la licencia por comorbilidades no declaradas del personal que se ausentó de sus tareas cuando se implementó Decreto Nacional de Urgencia 260/2020 del Poder Ejecutivo Nacional y el decreto N° 0259 de la provincia de Santa Fe, en su art 500 aislamiento por COVID, por otro lado, los requisitos burocráticos por parte del estado para el ingreso a la institución de nuevo personal de enfermería (escalafonamiento) y la falta de planes de capacitación, complicó aún más la gestión de contradicciones.

Finalmente, los resultados de la investigación concuerdan con estudios afines respecto de los desafíos de los servicios de salud en presencia de la pandemia, especialmente en los mecanismos de regulación de la conducta y las dimensiones de poder de los actores; en este caso, aunque predomina el modo de gobernanza jerárquico, la influencia del clan fue un factor decisivo en el cumplimiento del propósito del hospital, designado como hospital COVID.

5.3 Análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del liderazgo colectivo aplicando la matriz FODA, para la generación de estrategias en la gestión de contradicciones del personal de enfermería Monoblock Oeste del Hospital Provincial de Rosario

Desde la perspectiva de la gerencia y la planificación estratégica, según David y David (2017), la matriz de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas FODA, es una herramienta de adecuación que facilita, a quienes ocupan cargos directivos, la formulación de cuatro tipos de estrategias resultantes del análisis y relación de fortalezas y oportunidades (estrategias FO), debilidades y oportunidades (estrategias DO) fortalezas y amenazas (estrategias FA) y debilidades con amenazas (estrategias DA). Combinar estos factores, requiere no solo de investigar en la organización, cuáles son estos aspectos indicativos, sino también el ejercicio de habilidades gerenciales que permitan obtener de cada ajuste, las estrategias resultantes para dar respuesta a la necesidad detectada, en este caso, estrategias de liderazgo colectivo para la gestión de contradicciones.

Para la elaboración de la matriz FODA, es importante la participación de los actores involucrados en la problemática o situación que se está analizando, debido a que estos conocen la situación y tienen o pueden acceder a datos e información que puede ser relevantes en el listado de estos factores, como en el caso de estudio, donde el nivel directivo del hospital solicita información a integrantes de la fuerza laboral que constituyeron los clanes, para distinguir las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en la situación crítica, a fin de diseñar las estrategias de gerencias que le facilitaran la labor de gestionar las contradicciones utilizando herramientas gerenciales de liderazgo, comunicación, trabajo en equipo y valores organizacionales, que forman parte de la dialéctica organizacional.

De este modo, y con la información y opiniones de los jefes de servicios, coordinadores, supervisores, médicos especialistas y personal de enfermería que conformaron un clan ante las contradicciones del momento, se confeccionó la matriz FODA estratégica, que se caracteriza por mostrar el cruce de los factores ya mencionados para dar como resultado, estrategias específicas de utilidad práctica, que contribuyan a solucionar el problema, mejorar aspectos de la organización implicados en la gestión de contradicciones y aprovechar los aspectos positivos que se generan en la dialéctica organizacional para confrontar los desafíos que presentó la pandemia, ocasionando ajustes

y readecuaciones que en un primer momento, no fueron aceptadas por el personal de salud. En la tabla 9, se muestra la matriz FODA, de cuatro columnas, cada una correspondiente a las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.

Tabla 9. Matriz FODA. Liderazgo colectivo en la gestión de contradicciones del personal de enfermería Monoblock Oeste; Hospital Provincial de Rosario

Fortalezas	Debilidades
1. Personal capacitado en áreas críticas	1. Predominio de modo de gestión basado en jerarquía
2. Personal competente en su área de gestión	2. Escasa legitimación del poder simbólico de profesionales
3. Funcionamiento de comité de crisis	3. Falta de gestión del conocimiento, información y capacitación
4. Valores compartidos en el servicio de salud	4. Los equipos no tienen facultamiento para ser autogestionados
Oportunidades	Amenazas
1. Marco legal para la gobernanza y gestión del talento humano	1. Falta de cobertura de planes Provinciales de capacitación COVID
2. Políticas para el funcionamiento de Hospitales COVID	2. Incremento de licencias en el personal de salud
3. Pautas internacionales para la reorganización de sistemas y servicios de salud	3. Predominio histórico de modo de gobernanza basado en jerarquía
4. Tendencia gerencial del conflicto positivo en centros de salud	4. Insuficientes experiencias en redes de conexión entre sistemas y servicios de salud

5.4 Diseño de estrategias de liderazgo colectivo, para la gestión de contradicciones en el personal de enfermería Monoblock Oeste y la confrontación de desafíos en los servicios de salud del Hospital Provincial de Rosario

La gestión de los recursos humanos como parte fundamental de la eficacia en los servicios de salud, ha evolucionado a la par de los cambios y nuevas exigencias de la población, más aún cuando se presenta un evento imprevisto en medio de las debilidades estructurales de las instituciones hospitalarias, como el caso del COVID-19; sin embargo, con los aportes científicos y empíricos en la gestión de sistemas y servicios de salud, se desarrollan prácticas innovadoras trianguladas con otros enfoques como por ejemplo, la conexión que puede establecerse entre el liderazgo colectivo como una estrategia para la gestión de contradicciones, no solo como una perspectiva o base teórica y conceptual, sino también metodológica en una propuesta que conlleva el diseño de estrategias basadas en el liderazgo colectivo que puedan desplegarse en escenarios de alta incertidumbre en la búsqueda de mecanismos que permitan garantizar servicios de salud a pesar de los factores externos amenazantes.

El desempeño, compromiso y eficacia del personal de enfermería sustentado en valores compartidos con la organización hospitalaria es una unidad compleja que los gerentes en salud deben promover e impulsar; sin embargo, muchas veces estas fortalezas quedan en un segundo plano cuando emergen conductas desafiantes como parte de la reacción natural del personal ante decisiones propias de un modo de gobernanza jerárquico, pero, que en el momento oportuno, son necesarias para dar respuesta a un factor amenazante que desestabiliza el nivel de funcionalidad del hospital, en este caso, del Hospital Provincial de Rosario.

Mantener un comportamiento profesional y lograr que el personal de enfermería transforme la crisis en oportunidad de desarrollo de resiliencia, creatividad y despliegue de competencias resolutivas, es un reto que puede asumirse desde la práctica de estrategias de liderazgo colaborativo centradas o dirigidas a la gestión de contradicciones. El diseño de estrategias de liderazgo colectivo ante la gestión de contradicciones, implica acciones precisas para equilibrar los modos de gobernanza, conducir con maestría la comunicación institucional mediante habilidades gerenciales que deconstruyan la dialéctica organizacional y llegar al punto de crear equipos de trabajo efectivos y autogestionados

cuyos resultados sirvan para enriquecer la mejora continua y se referente para otros centros hospitalarios.

Ante la situación de la pandemia por COVID-19 y siendo el Hospital Provincial de Rosario un Hospital declarado como hospital COVID, las contradicciones asociadas a los problemas estructurales del sistema de salud quedan al descubierto y se potencian, pero, a su vez, se crean otras contradicciones que surgen a partir de las decisiones de readecuación que exige, la comprensión, apoyo, creatividad y compromiso del personal de salud, en especial del personal de enfermería, sobre todo cuando aumentan las limitaciones de los recursos mientras que, paralelamente, se exige mayor rendimiento y capacidad de respuesta ante las necesidades de la demanda de servicios de salud para pacientes COVID-19 sin dejar de atender la población de pacientes hospitalizados.

La propuesta de estrategias de liderazgo colectivo apunta tanto a lo individual en cada profesional de enfermería, pero también a lo colectivo por eso es indispensable pensar y actuar como equipo. Los hallazgos que, en el marco de este estudio muestran falta de conocimiento de los niveles estratégicos y de aquellos que ocupan cargos de jerarquía respecto de las estrategias de liderazgo colectivo específicamente para la gestión de contradicciones, lo cual refleja la necesidad de presentar esta propuesta adecuada al contexto del hospital objeto de estudio, para lo cual se utiliza una herramienta de gestión estratégica como lo es la matriz FODA con los planes de acción correspondientes y una metodología instrumental de control como lo son, los indicadores de gestión para el monitoreo del logro en cuanto a los resultados esperados de la puesta en práctica del liderazgo colaborativo ante contradicciones.

A continuación, en la tabla 10, se muestra la matriz FODA generadora de estrategias de liderazgo colectivo para la gestión de contradicciones, tomando como fuente de información resultante de los instrumentos de investigación aplicados y de las técnicas de observación y revisión documental.

Tabla 10. Matriz FODA con Estrategias

	Oportunidades (O) 1.Marco legal para la gobernanza y gestión del talento humano 2. Políticas para el funcionamiento de Hospitales COVID 3.Pautas internacionales para la reorganización de sistemas y servicios de salud 4. Tendencia gerencial del conflicto positivo en centros de salud	Amenazas (A) 1. Falta de cobertura de planes Provinciales de capacitación COVID 2. Incremento de licencias en el personal de salud 3. Predominio histórico de modo de gobernanza basado en jerarquía 4. Insuficientes experiencias en redes de conexión entre sistemas y servicios de salud
Fortalezas (F) 1.Personal capacitado en áreas críticas 2.Personal competente en su área de gestión 3.Funcionamiento de comité de crisis 4. Valores compartidos en el servicio de salud	Estrategias F – O 1.Innovar los mecanismos de regulación de puestas en juego y conflictos de intereses de los actores (F₁, F₂, F₄, O₁, O₂, O₃) 2.Realizar encuentros de intercambio de experiencias gerenciales del conflicto positivo en centros de salud (F₂, F₃, F₄, O₃, O₄)	Estrategias F – A 1.Crear, capacitar y facultar equipos de trabajo en gestión de información del talento humano y áreas de servicios de salud (F₁ F₂ F₄ A₁ A₂) 2.Establecer mecanismos de articulación en los nodos de poder vertical y horizontal (F₁ F₂ F₄ A₃, A₄). 3. Formular proyectos pilotos de redes de conexión entre servicios de salud (F₂, F₃ A₃ A₄).
Debilidades (D) 1.Predominio de modo de gestión basado en jerarquía 2.Escasa legitimación del poder simbólico de profesionales 3.Falta de gestión del conocimiento, información y capacitación al personal 4.Los equipos no tienen facultamiento para ser autogestionados	Estrategias D – O 1.Crear, capacitar y facultar equipos autogestionados de proyectos de mejora continua y gestión del conocimiento (D₁, D₂, D₃ D₄ O₁ O₂ O₃ O₄) 2.Crear alianzas con grupos de interés para la formación continua de líderes en la gestión del conflicto positivo (D₁, D₂, D₃ D₄ O₁ O₂ O₃ O₄)	Estrategias D – A 1.Diseñar planes anuales de capacitación ante contingencias por pandemias similares al COVID para el personal permanente y de nuevo ingreso (D₁, D₂, D₃, D₄ O₁ A₁ A₂) 2.Establecer mecanismos de articulación en los nodos de poder vertical y horizontal (D₁, D₂, D₃, D₄ A₃ A₄)

Planes de acción para las estrategias de liderazgo colectivo y gestión de contradicciones

Al cruzar los factores internos fortalezas y debilidades, con los factores externos oportunidades y amenazas, resultaron un conjunto de nueve estrategias que requieren para su puesta en práctica, planes de acción que permitan visualizar el objetivo de cada estrategia, las actividades pertinentes, los recursos humanos y técnicos y los medios que permitan evaluar el logro del objetivo establecido.

Es importante señalar que, adicionalmente a lo presentado en los planes, la propuesta de intervención refleja en la sección; 4.5 la estimación de recursos y presupuesto y 4.6 el planeamiento de la evaluación, basado en preguntas que guiarán la evaluación de la propuesta de intervención. A continuación, se presentan los planes de acción correspondientes a las estrategias FO-FA-DO-DA, en las tablas del 11 al 18.

Tabla 11.

Plan de acción para Innovar los mecanismos de regulación de puestas en juego y conflictos de intereses de los actores

Objetivo: Flexibilizar las relaciones de poder entre los actores, generando sinergia

Actividades	Recursos	Evaluación
Mesas de trabajo y reuniones establecidas en un cronograma para 1 año, ejecutando el monitoreo de avances en los cambios esperados.	-Actores representativos de cada área de servicio de salud, que ocupa cargos gerenciales, jefatura, supervisión, cargos del nivel técnico y operativo, además profesionales reconocidos por su liderazgo natural, aunque no ocupen cargos formales de jerarquía en la estructura organizacional -Equipos y dispositivos de tecnología e internet	-Indicadores de gestión -Indicadores de desempeño -Compromisos establecidos

Tabla 12. *Plan de acción para realizar encuentros de intercambio de experiencias gerenciales del conflicto positivo en centros de salud*

Objetivo: Ampliar conocimientos y habilidades gerenciales en los actores de las áreas de servicios de salud en la gestión del conflicto positivo en centros de salud

Actividades	Recursos	Evaluación
Jornadas sobre las prácticas gerenciales del conflicto positivo en centros de salud, basadas en experiencias de casos de éxito y lecciones aprendidas.	-Actores representativos de cada área de servicio de salud con cargos del nivel gerencial, técnico y operativo, profesionales con liderazgo natural y representantes de otras organizaciones de salud. Invitados especialistas en dialéctica organizacional y gerencia compleja. -Equipos y dispositivos de tecnología e internet.	-Casos emblemáticos -Normativas y directrices innovadoras -Compromisos establecidos

Tabla 13. *Plan de acción para crear, capacitar y facultar equipos de trabajo en gestión de información del talento humano y áreas de servicios de salud*

Objetivo: Conformar equipos multidisciplinarios que proporcionen información completa y oportuna sobre el personal, que facilite la toma de decisiones en situaciones críticas

Actividades	Recursos	Evaluación
Seminarios para la capacitación técnica del personal de los servicios de salud, con mesas de trabajo multidisciplinarias	-Actores representativos de cada área de servicio de salud con cargos del nivel gerencial, técnico y operativo. Invitados especialistas en gestión de información, planificación estratégica y calidad de servicios de salud. -Equipos y dispositivos de tecnología e internet.	-Equipos creados -Normativas de funcionamiento de los equipos -Compromisos para el facultamiento -Base de datos elaboradas -Casos de estudios presentados -Metas establecidas en el desempeño de los equipos

Tabla 14. *Plan de acción para establecer mecanismos de articulación en los nodos de poder vertical y horizontal*

Objetivo: Facilitar la comunicación y consenso en la respuesta del hospital en situaciones críticas que ameriten la cobertura de los servicios de salud ante la demanda de pacientes

Actividades	Recursos	Evaluación
Mesas de trabajo con conversatorios, donde se genere el intercambio de experiencias sobre situaciones críticas y resolución de conflictos por áreas de servicios de salud.	Actores representativos de cada área de servicio de salud con cargos del nivel gerencial, técnico y operativo. -Especialistas invitados para tratar la comunicación humana e institucional, liderazgo colectivo y trabajo en equipo. -Equipos y dispositivos de tecnología e internet.	-Acuerdos establecidos -Casos de estudio -Normativas y reglamentaciones institucionales para la dinámica comunicacional de los nodos de poder

Tabla 15. *Plan de acción para formular proyectos pilotos de redes de conexión entre servicios de salud*

Objetivo: Orientar los procesos para la conformación y funcionamiento de redes de conexión entre servicios de salud

Actividades	Recursos	Evaluación
Mesas de trabajo con jornadas prácticas para crear las redes de conexión, acompañadas de una programación de reuniones cortas para la presentación de los logros, desafíos y lecciones aprendidas de las redes	Actores representativos de cada área de servicio de salud con cargos del nivel gerencial, técnico y operativo. Especialistas invitados para tratar la confección, dinámica y desempeño de redes de conexión en servicios de salud. Equipos de tecnología digital e internet	Diseño y funcionamiento de muros colaborativos -Proyectos diseñados -Acuerdos establecidos para el compromiso y funcionamiento de las redes

Tabla 16. *Plan de acción para crear, capacitar y facultar equipos autogestionados de proyectos de mejora continua y gestión del conocimiento*

Objetivo: Promover los equipos de trabajo como unidades de cogestión en la resolución de problemas o situaciones de alta complejidad en los servicios de salud

Actividades	Recursos	Evaluación
Seminarios para la capacitación técnica del personal de los servicios de salud, con mesas de trabajo multidisciplinarias	Actores representativos de cada área de servicio de salud con cargos del nivel gerencial, técnico y operativo. Especialistas invitados en gestión del conocimiento y gestión de calidad en servicios de salud, con énfasis en mejora continua. Equipos de tecnología digital e internet	-Equipos de trabajo creados -Normativas y regulaciones institucionales para el funcionamiento y desempeño de los equipos -Indicadores de gestión de los equipos -Presentación de casos de estudio -Acuerdos sobre el facultamiento a los equipos

Tabla 17. *Plan de acción para crear alianzas con grupos de interés para la formación continua de líderes en la gestión del conflicto positivo*

Objetivo: Establecer acuerdos de cooperación para la actualización de conocimientos en los profesionales de la salud con liderazgo formal y natural en la gestión del conflicto positivo

Actividades	Recursos	Evaluación
Mesas técnicas con participación de miembros de otras organizaciones de salud con experiencia en la formación de líderes y gestión del conflicto positivo.	- Actores representativos de cada área de servicio de salud con cargos del nivel gerencial, técnico y operativo. Especialistas invitados para tratar la formación de líderes y gestión del conflicto positivo. Equipos de tecnología digital e internet	-Conformación de mesas técnicas -Normativas y pautas para el funcionamiento y desempeño de las mesas técnicas -Proyectos de gestión de conflictos

Tabla 18. *Plan de acción para diseñar planes anuales de capacitación ante contingencias por pandemias similares al COVID para el personal permanente y de nuevo ingreso*

Objetivo: Mantener la continuidad en la adquisición, renovación y transferencia de conocimientos en el manejo de contingencias de salud a nivel hospitalario, para el personal permanente y de nuevo ingreso

Actividades	Recursos	Evaluación
Mesas técnicas asesoradas por expertos en confrontación de contingencias en el sistema y servicios de salud. Mesa de Trabajo para el diseño de planes de capacitación al personal permanente y de nuevo ingreso en situaciones de contingencia tipo pandemia	- Personal de área de Recursos Humanos, actores representativos de cada área de servicio de salud con cargos del nivel gerencial, técnico y operativo. Especialistas invitados para tratar la confrontación de contingencias en el sistema y servicios de salud. Equipos de tecnología digital e internet	-Plan anual de capacitación -Instrumentos para recolectar, organizar y gestionar datos e información sobre las necesidades de capacitación del personal

5.5 Estimación de recursos y presupuesto

Tomando en cuenta los planes de acción que constituyen parte esencial de la propuesta de intervención, se hace necesario realizar una estimación de recursos (humanos y tecnológicos) y los costos referidos a tales recursos, lo cual facilita la ejecución de las actividades señaladas vinculadas al liderazgo colectivo para la gestión de contradicciones en el caso de estudio. La estimación de recursos y presupuesto se muestra en la tabla 19.

Tabla 19.

Estimación de recursos y presupuesto

Recursos	Presupuesto
Humanos -Profesionales citados que integran las mesas jornadas o capacitaciones. -Psicólogos -jefes y médicos de Guardia General -Comité de infecciones -Bioquímicos -Oficina de Personal -Representante del comité de crisis -jefe de Salud Laboral -jefe de Contaduría -Gestión del Conocimiento del Ministerio de salud -jefe de Departamento y supervisores de enfermería.	Los profesionales son empleados del Ministerio de Salud. y las actividades son en sus horarios de trabajo o compensadas por horas si debieran estar presentes en sus francos. El Hospital Provincial de Rosario no deroga ingresos propios ni debe subcontratar.
Tecnológicos -PC, Notebook. -Proyector y pantalla. -Equipo de audio. -Comunicación por medio de Flayer en la página oficial de Intranet del Hospital Provincial de Rosario	Se utilizará el servicio de informática del Hospital Provincial de Rosario Servicio de Comunicación del Hospital Provincial de Rosario. Los profesionales se encuentran en su horario habitual de trabajo.

5.6 Planeamiento de la evaluación. Elaboración de preguntas que guiarán la evaluación de la propuesta de intervención

La propuesta de intervención, representada por las estrategias y planes de acción, incluye en estos últimos, las acciones para evaluar cada actividad, sin embargo, en esta sección del estudio, se incluyen preguntas específicamente formuladas a manera de reflexión que permita, desde una mirada gerencial, evaluar la propuesta de intervención, esto con el propósito de orientar a quienes la deseen poner en práctica.

De este modo, en concordancia con las estrategias de intervención, las preguntas que pueden guiar la evaluación de la intervención son:

¿cuál es la eficacia de los mecanismos para innovar en materia de regulación de puestas en juego y conflictos de intereses de los actores?

¿Cuáles son las barreras a superar para dirimir líneas de acción en la gerencia del conflicto positivo?

¿Cuántos equipos de trabajo multidisciplinarios deben crearse, capacitarse y facultarse?

¿Cuáles son los mecanismos de articulación en los nodos de poder vertical y horizontal?

¿Cuántos y cuáles Proyectos pilotos deben crease para generar redes de conexión entre servicios de salud?

¿Cuántos equipos autogestionados de proyectos de mejora continua y gestión del conocimiento deben crearse y poner en funcionamiento?

¿Cuántas y qué tipo de alianzas deben establecerse con grupos de interés para la formación continua de líderes en la gestión del conflicto positivo?

¿Cuántos planes de capacitación deben ejecutarse ante contingencias por pandemias similares al COVID para el personal permanente y de nuevo ingreso?

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

6.1 Conclusiones

El desarrollo y culminación de la investigación proporcionó información valiosa y útil, no solo para el hospital, sino también presenta aportes para la gestión de sistemas y servicios de salud por cuanto vincula los aspectos teóricos acerca del liderazgo colectivo y la gestión de contradicciones en un contexto empírico que sirve de guía para ampliar los puntos de análisis y variaciones en estas dinámicas.

Es necesario e importante conocer las características y los cambios propios de las organizaciones de salud y cómo factores externos, como por ejemplo, la presencia de la pandemia por COVID-19, movilizó las estructuras y las dinámicas de poder para responder a los desafíos de esta situación que dejó al descubierto las cuestiones por resolver en la institución de salud y sus condiciones ante contingencias, identificando además, que hay modos de gobernanza más adecuados que otros para dirigir de manera fluida y productiva los recursos organizacionales, incluyendo las fuerzas que genera el personal desde los clanes.

A partir de estas reflexiones y en función de los objetivos específicos del estudio, se concluye lo siguiente:

- El estilo de liderazgo para la gestión de contradicciones en el personal de salud del Hospital Provincial de Rosario, muestra características congruentes con un liderazgo situacional y autocrático que no potencia un modo de gobernanza efectivo para la situación que se enfrenta, es decir, que no se aplica el liderazgo colectivo como una estrategia que facilite la gestión de contradicciones, siendo el modo de gobernanza fundamentalmente basado en la jerarquía, a pesar de esta configuración, el personal con liderazgo natural y capacidad resolutive basado en la figura de clanes, trascendió forzosamente algunas barreras para cumplir con sus funciones y con el propósito de un hospital COVID.

- Las principales fortalezas y oportunidades se sustentan en el factor humano, mientras que las debilidades y amenazas se identifican en el tipo de liderazgo y el modo de gobernanza para gestionar las contradicciones, de allí que las estrategias el liderazgo colectivo generan estrategias dirigidas a potenciar las fortalezas de la organización con

base en la legitimación de profesionales con representación de poder en la estructura organizacional formal y no formal, la capacitación, la participación activa en toma de decisiones y el facultamiento para el mejor desempeño individual y en equipo, además de alianzas estratégicas.

-La formación y capacitación del factor humano debe tomar en consideración los modos de gobernanza, manteniendo el apego a la normativa legal-institucional, los principios de calidad de servicio, las cohesión y sinergia de los equipos de trabajo, la fluidez en la comunicación institucional y la mejora en las relaciones interpersonales mediante la afinidad de los equipos multidisciplinarios y el desarrollo del pensamiento crítico y resolutivo ante situaciones de contingencia que requieren de un personal competente para la toma de decisiones

-Algunos factores críticos de éxito sin resolver constituyen una importante influencia una mejor gestión de contradicciones, como por ejemplo, la escasez de personal por diversas razones no previstas, la situación altamente de contradicción donde, por una parte está la necesidad de personal y por otra, la negación a cambiar los requisitos, los métodos de capacitación y de resolución de crisis emergentes que no fueron producto de la planificación estratégica, la escasez mundial de barbijos N95 que complicó aún más la falta de personal, debiéndose extremar los cuidados y asumir cada trabajador, la compra de sus elementos de protección; así, a medida que avanzaba la pandemia iban cambiando las medidas de protección y las mismas debían ser explicadas en clases a los enfermeros jefes quienes a su vez educaban a sus planteles.

-La educación a la comunidad fue otras de las dificultades la contención a la familia que debían quedar afuera de la institución. La vacunación del personal fue otra de las contradicciones siendo que son personal de salud (no deberían estar influidos por ideologías con respecto a la vacunación) 27 enfermeros no se vacunaron y no se lo podía obligar a vacunarse, muchos no se vacunaron llegando incluso a enfermar y arriesgar su vida quedando muchos de ellos con secuelas.

-La crisis de personal capacitado para la atención de pacientes COVID, trajo como consecuencia que se resintieran los planteles, recurriéndose a horas extras del personal, cuestión que se hizo más tensa con compañeros de nuevo ingreso sin experiencia en la atención, enfermeros recién recibidos, incertidumbre por la situación de revista, trabajo precarizado mal pago, lejanía e imposibilidad de ver a la familia, peligro de llevar contagios

a familiares que se encontraban aislados en sus domicilios y dobles turnos. Merece especial atención el hecho de que, los enfermeros que trabajan en áreas ensambladas como la sala polivalente debieron adaptar sus cuidados tanto para el niño como adultos aparte de la capacitación en la protección personal con simulaciones y cambios permanentes en los aislamientos de pacientes hasta tener un diagnóstico certero de si eran COVID + o –

Finalmente, es importante resaltar que, las decisiones directivas emergieron desde la cumbre estratégica hacia los trabajadores, desestimándose las contradicciones caracterizadas por situaciones de enojo de los terapistas infantiles que se negaban a ayudar con los adultos, el área de Pediatría Internación que es otra sala, no quería trabajar con adultos y ante estas reacciones, la decisión de la dirección se caracterizó por obligar prácticamente a cumplir las decisiones o de lo contrario, el personal resistente, sería trasladado a otro hospital, esto facilitó la meta de los directivos de poner más camas para pacientes COVID y les salió bien. El clan pediátrico, indirectamente para proteger su lugar de trabajo, (resistiendo al plan estratégico gubernamental) fue funcional a la dirección del hospital, que en definitiva logró su objetivo; ensamblar y convertir camas de niños en adultos.

A manera de recomendación a quienes ocupan cargos directivos y los responsables de la planificación en la gestión de sistemas y servicios de salud, se sugiere principalmente, fortalecer la dinámica del liderazgo colectivo y lo que este ejercicio implica en la gestión de contradicciones, incluyendo la elección en el modo de gobernanza idóneo para la situación, favoreciendo la comunicación, la gestión del conocimiento, el facultamiento y legitimación de competencias, liderazgo y poderes dentro de la estructura organizacional y alinear la misión, visión, valores y objetivos institucionales con los del personal, desde una dialéctica constructiva y en permanente evolución.

Referencias Bibliográficas

Almat, O., Rocafort, A. (2017). *Cómo Investigar*. Profit: España

Artaza Barrios, O. Báscolo, E., Aragüés y Oroz, V., Garay, O. E., Bello, J., & Mera, J. (2017). *Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal*. Representación OPS/OMS Argentina; 70. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34026/9789507101274_spa.pdf [Consultado 12-11-22]

Báscolo, E. (2010). *Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud*. Revista de salud pública, 12, 8-27. Recuperado de: <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2010.v12suppl1/8-27> [Consultado 12-11-22]

Báscolo, E., Artaza, O. (2017). *Rectoría y gobernanza para las Funciones Esenciales de Salud Pública: Antecedentes*. En: *Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal conceptuales*. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34026/9789507101274_spa.pdf [Consultado 12-11-22]

Benson, J. K. (1985). *Las organizaciones: una perspectiva dialéctica*. Estudios Sociológicos. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/40419797> [Consultado 14-11-22]

Callon, M. (1990). *Redes tecnoeconómicas e irreversibilidad. La revisión sociológica*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/907/90781703.pdf> [Consultado 14-11-22]

David, F., David, F. (2017). *Conceptos de administración estratégica*. 15a edición, Pearson Hispanoamérica: México

Engestrom, Y. (1993). El aprendizaje expansivo en el trabajo: hacia una reconceptualización teórica de la actividad. *Journal of Education and Work*, Vol. 14, No. 1, 2001. Disponible en: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/general> [Consultado 14-11-22]

Etkin, J. (2014). *Gestión de la complejidad en las organizaciones: La estrategia frente a lo imprevisto y lo impensado*. Disponible en: <https://books.google.com.ar/books?id=3> [Consultado 16-11-22]

González, J. (2020). *Incidencia de la lógica del cambio en la viabilidad organizacional: Conceptos de transmisión y distribución. Modelación de líneas y redes*. Editorial Universidad Distrital Francisco José de Caldas. https://books.google.com.ar/books?id=uFS_EAAQBAJ&newbks=1&newbks_redir=0&dq=dial%C3%A9ctica+organizacional&hl=es&source=gbp_navlinks_s

Grueso, H. (2017). *Recursos Humanos en redes y organizaciones. Algunas reflexiones y desafíos*. Editorial Universidad del Rosario. Colombia. [https://books.google.com.ar/books?id=2cNQDwAAQBAJ&pg=PT69&dq=Grueso,+H.+\(2017\).+Recursos+Humanos+en+redes+y+organizaciones.+Algunas+reflexiones+y+desaf%C3%ADos&hl=es&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKewitxOXAx9eAAxWUnpUCHQh0ADs](https://books.google.com.ar/books?id=2cNQDwAAQBAJ&pg=PT69&dq=Grueso,+H.+(2017).+Recursos+Humanos+en+redes+y+organizaciones.+Algunas+reflexiones+y+desaf%C3%ADos&hl=es&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKewitxOXAx9eAAxWUnpUCHQh0ADs)

Hargrave, TJ y Van de Ven, AH (2009). *Abrazo de la contradicción. Trabajo institucional: Actores y agencia en los estudios institucionales de las organizaciones*, 120.

Helta, M. (2009). *Aplicación del método DEA para la elaboración de un ranking de eficacia de las empresas de la Agencia de la Propiedad Agraria en el año 2006. Anales de Ciencias Agrícolas, Serie G, 96 (3).*

Hernández-Sampieri, R., Mendoza, Ch. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw Hill

Hodgson, WG. Maricle, D. (1965). *Reducción de Oxígeno a Anión Superóxido en Disolventes Apróticos. Química analítica, 37 (12), 1562-1565.*

Iglesias, G. Rasala, G. (2013). *Elaboración de tesis, tesinas y trabajos finales*. Argentina: Noveduc

Iglesias, M. (2015). *Metodología de la investigación científica*. Argentina: Noveduc

Jarzębowski, A., Trąpczyński, W., Cendrowicz, J. y Sokolowski, K. Maciejewski, J., (2003). *Análisis del impacto del sistema de dientes en el proceso de extracción de un medio cohesivo con una cuchara excavadora. Revisión mecánica, (1), 33-36.*

Koontz, H., Weihrich, H., Cannice, M. (2012). *Administración, una perspectiva global y empresarial*. 14va edición. McGraw-Hill/Interamericana: México

Kozulin, A. (1990). *Mediación: Actividad psicológica y herramientas psicológicas. Revista internacional de educación cognitiva y aprendizaje mediado, 1 (2), 151-159.*

Latour, B. (2017). *Sobre la teoría del actor-red. Algunas aclaraciones y no pocas complicaciones. Revista Filosófica Literaria Logos, 27 (1), 173-197*

Lawrence Haber, P. (2011). *Diagnósticos opuestos sobre la izquierda latinoamericana contemporánea. Perfiles latinoamericanos, 19(37), 139-154.*

Lawrence, TB y Suddaby, R. (2006). *1.6 Instituciones y trabajo institucional. El manual Sage de estudios de organización, 215-254*

Ministerio de Salud (2022). Plan Estratégico de Contingencia para pacientes COVID-19. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/protocolos?gclid=Cj0>. [Consultado 18-11-22]

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2015). *metas para la gestión 2015-2019*. Disponible en: <https://www.santafe.gob.ar/noticias/recursos/documentos/2019/12/2019-> [Consultado 19-11-22]

Muñoz, C. (2019). *Liderazgo Transformacional en la gestión hospitalaria en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile*. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/668315/Tcms1de1.pdf?sequence=3.xml> [Consultado 19-11-22]

Organización Mundial de la Salud (2020). *Agenda de salud de las Américas*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/argentina> [Consultado 22-11-22]

Organización Panamericana de la Salud (2017). *Salud en las Américas, Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf> [Consultado 22-11-22]

Poole, M. S., & Van de Ven, A. H. (1989). *Using paradox to build management and organization theories*. *Academy of management review*, 14(4), 562-578.

Robbins, S., Coulter, M. (2005). *Administración*. Pearson Educación: México.

Rodríguez, A. (2014). *Psicología de las organizaciones*. Editorial UOC. España. https://books.google.com.ar/books?id=o6tbBQAAQBAJ&newbks=1&newbks_redir=0&hl=es&source=gbs_navlinks_s

Rodríguez, C., Breña, J., Esenarro, D. (2021). *Las variables en la metodología de la investigación científica*. Disponible en: <https://books.google.com.ar/books?id=5jFJEAAAQBA>. [Consultado 22-11-22]

Scott W, Ruef M, Mendel P, Caronna C (2000). *Institutional change and healthcare organization: from professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press.

Stewart, C. (2020). *Tratado de estudios organizacionales: volumen 2: Exploración de las temáticas*. EAFIT: Colombia.

https://books.google.com.ar/books?id=wgDZDwAAQBAJ&newbks=1&newbks_redir=0&dq=dial%C3%A9ctica+organizacional&hl=es&source=gbs_navlinks_s

Seo, MG y Credo, WD (2002). *Contradicciones institucionales, praxis y cambio institucional: una perspectiva dialéctica*. *Academia de revisión de gestión*, 27 (2), 222-247.

Suddaby, R. y Viale, T. (2011). *Profesionales y cambio de campo: El trabajo institucional y el proyecto profesional*. *Sociología actual*, 59 (4), 423-442.

Vanegas-García, M. (2011). *La dialéctica de la complejidad en las organizaciones*. *Revista de Psicología GEPU*, 2(2), 121-137. Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/4067/La%20Dial%C3%A9ctica%20de%20la%20Complejidad%20en%20las%20Organizaciones.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consultado 23-11-22]

Vivanco, M. (2005). *Muestreo estadístico. Diseño y aplicaciones*. Disponible en: https://books.google.com.ar/books?id=gr5l3LbpIC&dq=c%C3%A1culo+de+muestra+poblacional&hl=es&source=gbs_navlinks_s [Consultado 23-11-22]

Yuni, J., Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar 2*. Disponible en: https://books.google.com.ar/books?id=XWlKBfrJ9SoC&dq=triangulaci%C3%B3n+de+datos&hl=es&source=gbs_navlinks_s [Consultado 24-11-22]

Anexo 1. Fuerza laboral en los servicios que sufrieron transformaciones del Monoblock Oeste

Servicios	Trabajadores	Médicos					Enfermeros			Kinesiología	Servicios generales	Servicios de Apoyo	Carga Horaria Semanal /CANTIDAD DE AGENTES QUE LAS CUMPLEN				Antigüedad en el cargo medida por tiempos				
		Número de camas	Jefe	Coordinadores	Internistas	Residentes	Especialistas *a	Jefes	Coordinadores	asistenciales	Kinesiólogos	mucamos	Camilleros Ropería	30	36	40	44	Indeterminado	Parcial	Eventual	Determinado
																		Situación de Revista *b			
																		Planta Permanente	Personal de Emergencia	Contraprestatarios	Residentes
Cuidados Críticos del Adulto	19	1	3	28		33	1	3	54	3	15	6	113	87	77	35	197	27	53	35	
UCIM 1	29	1	3	4	25		1	1	24	2	10										
UCIM 2	31						1	1	20		6										
Servicio Polivalente	9 de Adultos		2	12	10		2	2	25	1	6										
	4 pediátricas + 2 de UTIP	1																			
Sub Totales		4	8	44	35	33	5	7	123	6	41	6	113	87	77	35	312				
Total		124					135			6	41	6	113	87	77	35					

*a: Los médicos especialistas se refieren a profesionales interconsultores.

*b: Situación de Revista:

Personal de Planta Permanente son aquellos agentes que tienen la titularidad de un cargo en el estado provincial

Personal de Emergencia: es aquel personal que reemplaza a un agente titular por alguna causal de larga duración puede ser por enfermedad licencias jubilación.

Personal Contraprestatario cumple 20 guardias por mes y factura por sus servicios a la institución, no pertenece al estado.

Residencias son convenios con la universidad y los fondos para el pago de sus sueldos los aporta la Nación Argentina.

Anexo 2. Guía de Entrevista al Personal de salud del Monoblock Oeste del Hospital Provincial de Rosario

1. Ante el cambio organizacional generado por la pandemia COVID-19 ¿cómo gestionó el recurso humano? Comente la experiencia tomando en cuenta el liderazgo colectivo. (sí-no: argumente)

2. ¿Cómo fueron tomadas las decisiones para las readecuaciones de personal, aumento de equipamientos, nuevas tecnologías y unificación de servicios? Comente su respuesta considerando la participación del personal de salud en estos procesos decisorios. (sí-no: argumente)

3. En la transformación del hospital ante la pandemia ¿cuáles fueron los mayores desafíos institucionales para el personal?

4. Ante la crisis generada por los cambios en el hospital, ¿Se han creado comités, equipos o grupos multidisciplinarios para confrontar los conflictos entre el personal y solucionar problemas? Comente su respuesta considerando la participación del personal de salud en la creación de equipos facultados. (sí-no: argumente)

Anexo 3. Lista de Cotejo

Aspectos a revisar	Datos/notas
Acuerdos Se realizaron acuerdos, tipos de acuerdos (qué se acordó, quiénes participaron y cuál fue el propósito de cada acuerdo) Cómo fue la dinámica entre los niveles jerárquicos y el liderazgo ejercido.	-Cantidad de acuerdos establecidos -Cantidad de acuerdos cumplidos *Comentar: Principales obstáculos para cumplir los acuerdos y principales fortalezas (recursos, tecnología, personal, liderazgo) para el desempeño en el logro de los objetivos
Participación en la planificación de servicios Hubo participación en la planificación de servicios. Quiénes participaron en diseño del plan estratégico del hospital para confrontar la pandemia. Cómo fue la dinámica entre los niveles jerárquicos sobre este indicador y el liderazgo ejercido.	-Cantidad de personas que participaron en el diseño del plan estratégico COVID -Cantidad de cargos gerenciales y de liderazgo del hospital con competencia en la estrategia COVID *Comentar: Queremos saber si los jefes de servicios de las áreas que fueron readecuadas, participaron en el diseño del plan estratégico, reuniones, plantearon sus puntos de vista y fueron discutidas en reuniones y asambleas
Problemas resueltos Cuáles fueron los principales problemas identificados, quiénes (trabajador) los presentaron y ante quién fueron expuestos para su resolución. Cómo fue la dinámica entre los niveles jerárquicos y el liderazgo ejercido.	-Cantidad de problemas planteados -Cantidad de problemas resueltos *Comentar: Principales obstáculos para resolver los problemas, cómo se resolvieron, se resolvieron en el tiempo establecido o después de lo establecido, por qué no se resolvieron algunos problemas
Tiempo de ejecución de las acciones establecidas en el plan estratégico COVID Quiénes presentaron planes de acción ante la contingencia, cuántos debieron presentar planes y ante quién presentaron estos planes. Cómo fue la dinámica entre los niveles jerárquicos y el liderazgo	-Cantidad de acciones planificadas en un tiempo establecido -Cantidad de acciones ejecutadas en el tiempo establecido *Comentar: Por qué algunas las acciones se cumplieron dentro del tiempo establecido y por qué otras no. Qué factores jugaron a favor y en contra del desempeño
Acciones de autocuidado en la asistencia a pacientes covid-19 en áreas fusionadas con pacientes no covid-19 Todo el personal tuvo que haber aplicado medidas de protección personal; Cómo fue la dinámica entre los niveles jerárquicos sobre este indicador y el liderazgo ejercido por los niveles directivos	-Cantidad de trabajadores expuestos al asistir pacientes covid -Cantidad de trabajadores que utilizaron los equipos de protección personal y aplicaron las medidas de riesgo *Comentar: Cuáles fueron las contradicciones cuando se readecuaron las áreas, qué impacto tuvo en el aprovisionamiento de equipos de protección personas y demás insumos de riesgo (alcohol en cantidad y ubicación adecuada)
Acciones ejecutadas en el fortalecimiento del trabajo en equipo Cómo se formaron y funcionaron los comités de crisis, quiénes formaron parte de este comité, cuántos comités se crearon, cuál fue su nivel de eficiencia, en qué fallaron, quiénes debieron formar parte y no fueron convocados. Cómo fue la dinámica entre los niveles jerárquicos sobre este indicador y el liderazgo ejercido por los niveles directivos	-Cantidad de equipos de trabajo multidisciplinarios capacitados y facultados ante la crisis COVID -Total de equipos de trabajo creados ante la crisis COVID *Comentar: Además de los comités de crisis ¿se crearon otros tipos de equipos multidisciplinarios?, si fue así, ¿cómo fueron capacitados? ¿qué nivel de facultamiento tenían para actuar -empowerment-? ¿se crearon equipos naturales -es decir, de manera espontánea-? ¿cómo se gestionó el liderazgo en estos equipos?
Personal de salud para la prestación de servicios Cómo se hizo el cálculo para satisfacer las exigencias de las readecuaciones, quiénes presentaron informes sobre la situación del personal, ante quién presentaron estos reportes y cuál fue la respuesta. Cómo fue la dinámica entre los niveles jerárquicos sobre este indicador y el liderazgo ejercido por los niveles directivos	Cantidad de personal existente por áreas (áreas monoblock oeste) antes de la crisis COVID Cantidad de personal necesario por áreas (áreas monoblock oeste) en el momento de la crisis COVID *Comentar: Si al momento de la readecuación, se redujo el número de personal existente, indique por qué y cuántos salieron. Qué se hizo para cubrir el déficit, cuál fue el resultado para la calidad de servicio y qué consecuencias trajo para el personal.
Personal sanitario con licencia en ocasión de pandemia Cuál fue el personal que presentó licencias y que factores asociados a la crisis pudieron influir en estas licencias. Cómo fue la dinámica entre los niveles jerárquicos sobre este indicador y el liderazgo ejercido por los niveles directivos	-Cantidad de personal existente por áreas (áreas monoblock oeste) antes de la crisis COVID -Cantidad de personal con licencia por áreas (áreas monoblock oeste) ante la crisis COVID *Comentar: Cuáles fueron los motivos de las licencias, cómo se resolvió el déficit, cuáles fueron las consecuencias para el personal existente (ejemplo, sobre carga laboral) y las consecuencias en la calidad de servicio.
Personal capacitado Cómo fue la dinámica entre los niveles jerárquicos sobre este indicador y el liderazgo ejercido por los niveles directivos	-Cantidad de personal asignado para la readecuación del monoblock oeste -Cantidad de personal asignado capacitado específicamente para la asistencia COVID readecuación de monoblock oeste Comentar: Si se capacitó al personal ya existente, cómo se hizo y cuáles fueron los resultados, lo mismo para el personal que se trajo de otras áreas y al personal de nuevo ingreso,

Anexo 4.

Consentimiento informado

Con el propósito de recabar información de fuentes primarias, fue necesario obtener el consentimiento informado del personal involucrado en el proceso de entrevistas y el personal que maneja datos e información registrados en documentos de la institución; en ese sentido, se presentó en dos partes, las cuales se muestran a continuación.

Primera parte: Información sobre la investigación y condiciones

Participación en trabajo de investigación liderazgo colectivo como estrategia de gestión de contradicciones en el Hospital Provincial de Rosario. Caso: Monoblock Oeste, cuyo objetivo general es, diseñar estrategias de liderazgo colectivo para la gestión de contradicciones en el personal de salud del Hospital Provincial de Rosario, que feliciten la confrontación de desafíos en los servicios de salud, en tal sentido, se recabarán datos e información referida a las variables de investigación, por lo cual amerita la participación y contribución de informantes claves.

Garantía de Confidencialidad a los informantes y consideraciones éticas

Se expresa el compromiso de preservar datos personales y profesionales de los informantes, así como la presentación objetiva de la información documental y expresa sin manipulación ni modificaciones, de igual forma, se mantiene el propósito académico de la investigación sin ser utilizada para otros fines que no sea lo enmarcado en el propósito de la investigación académica del estudio de posgrado identificado.

Responsable de la investigación: Ludovico Santos

Comité que aprobó la investigación: CEI Hospital Provincial de Rosario

Segunda parte: Consentimiento

Participación en trabajo de investigación liderazgo colectivo como estrategia de gestión de contradicciones en el Hospital Provincial de Rosario. Caso: Monoblock Oeste.

Manifiesto mi consentimiento para proporcionar datos con fines de investigación, conservando el anonimato de mi identidad. Hago constar que he recibido toda la información necesaria referida al estudio académico e intercambié opiniones acerca de la información solicitada, quedando claro todo el proceso y su utilidad.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que tengo la potestad de dejar de participar cuando así yo lo decida.

APELLIDO Y NOMBRES DEL PARTICIPANTE:

LC/ LE / DNI:

FIRMA DEL PARTICIPANTE: