



Universidad de San Andrés
Escuela de Administración y Negocios
Magister en Gestión y Dirección de Recursos Humanos

***Fortalecimiento de la cultura Mater Dei.
Un modelo de humanización hacia el personal de salud,
en el contexto de pandemia por COVID-19***

Autor: Mariela B. Oviedo Muñoz

DNI: 29.351.546

Directora del Trabajo de Graduación: Paloma Fidmay

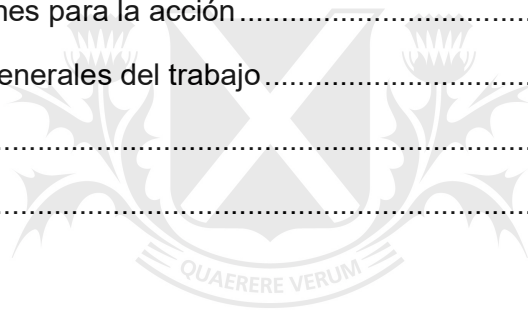
Lugar y fecha

**Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 01 de noviembre
de 2022**

ÍNDICE

Resumen ejecutivo	4
1. Introducción	7
1.1 Situación problemática	7
1.2 Descripción del contexto organizacional	12
1.2.1 Historia del Sanatorio Mater Dei	12
1.2.2 Ubicación geográfica del Sanatorio Mater Dei.....	14
1.2.3 Características generales de la nómina.....	15
1.2.4 Gestión de la pandemia dentro del Sanatorio Mater Dei: “Programa de Contención por COVID-19”	16
1.3 Pregunta de investigación	22
1.4 Objetivos de investigación.....	23
1.4.1 Objetivo general.....	23
1.4.2 Objetivos específicos:.....	23
2. Marco conceptual	24
2.1 Cultura Organizacional.....	24
2.1.1 Transformación cultural y gestión del cambio.....	27
2.1.2 Barreras en la Gestión del cambio.....	30
2.1.3 El rol de Recursos Humanos en la gestión del cambio.....	33
2.2 Riesgos psicosociales en el trabajo que afectan al personal de salud.....	35
2.2.1 Riesgos psicosociales en el trabajo que afectan al personal de salud, agudizados por la pandemia.	40
3. Investigación de campo	45
3.1 Metodología de relevamiento	45
3.1.1 Instrumentos de recolección de datos	45
3.1.2 Entrevista a los líderes clave del Sanatorio Mater Dei.....	46
3.1.3 Entrevista al equipo de contención	47

3.1.4	Encuesta al personal del SMD.....	48
3.2	Presentación y análisis de la información de campo.....	49
3.2.1	Impacto de la cultura organizacional vigente en el desarrollo del programa de contención	49
3.2.2	El rol del Recursos Humanos en la formulación e implementación del programa de contención	59
3.2.3	Impacto de la pandemia por COVID-19 en el personal del SMD..	61
3.2.4	Impacto del Programa de Contención en el fortalecimiento de la cultura Mater Dei	71
4.	Conclusiones del análisis del problema abordado y diagnóstico	76
5.	Recomendaciones para la acción.....	78
6.	Conclusiones generales del trabajo.....	80
7.	Bibliografía.....	82
8.	Anexos.....	85



Universidad de
San Andrés

Resumen ejecutivo

El presente trabajo, tiene por objetivo valorar el proceso de planificación e implementación de un programa de contención para el personal de salud dentro del Sanatorio Mater Dei. El mismo, comenzó a regir en la institución a partir de abril del 2020, luego de que la Organización Mundial de la Salud declarara la presencia de una pandemia a nivel mundial.

El mencionado programa, procuró alinearse con un trabajo que se había iniciado años anteriores y que tenía como meta el fortalecimiento de la cultura de la institución. Dicho robustecimiento, estaba orientado a afianzar, mantener, replicar y fortalecer el trato humano; tomando como pilares los valores institucionales (Compromiso, Vida, Servicio y Dignidad Humana).

El propósito de este trabajo es evaluar cómo incidió el Programa de Contención en el fortalecimiento cultural del Sanatorio y cuál ha sido el impacto que dicho dispositivo tuvo en el personal de salud de SMD, durante los tiempos de pandemia.

A su vez, se propone explorar cómo determinados factores de riesgo psicosocial se agudizaron durante la pandemia. Por un lado, se reconoce que la propia actividad hace que los profesionales de este medio tengan un grado de exposición alto a dichos riesgos y, por otro, el devenir de la pandemia por COVID-19 hizo que éstos se intensifiquen.

La metodología propuesta tiene un carácter cualitativo. Los instrumentos de recolección de información utilizados son: entrevistas individuales semi estructuradas con las/os líderes de las áreas clave del SMD y con las/os psicólogas/os y personal de Recursos Humanos que formaron parte del equipo de contención durante el año 2020 y 2021. También se administró una

encuesta vía formulario web dirigida al personal de salud que se desempeña en el Sanatorio Mater Dei.

La información recogida a través de los instrumentos mencionados, nos permite constatar que:

- La propia cultura del Sanatorio Mater Dei y el apoyo de los líderes de la organización, propiciaron el escenario para llevar adelante el Programa de Contención por COVID-19 para el personal de la institución, fortaleciendo así los valores de Compromiso, Vida, Servicio y Dignidad Humana que guiaban al sanatorio.

- La planificación, implementación y la evaluación del Programa de Contención por COVID-19, fue liderada por Recursos Humanos. Si bien se contó con la participación de líderes clave de la organización, fue RR.HH quien tuvo la responsabilidad de adaptar el programa a las demandas y a las características cambiantes producidas por una pandemia.

- Los factores de riesgo psicosociales en el personal de salud se vieron agudizados durante la pandemia. Con el Programa de Contención se propició un espacio de comunicación que permitió aminorar el impacto negativo que ocasionaba este escenario. Por un lado, se exponían los problemas y, por otro, se brindaban habilidades y herramientas para poder hacerles frente.

- El Programa de Contención impactó en el fortalecimiento de la cultura Mater Dei, poniendo de manifiesto y haciendo concreto el lema del sanatorio (Comprometidos con la Vida, al Servicio de la Dignidad Humana). Desarrollando en el personal la mirada hacia el otro, siendo empático, hablando de lo se siente y estando atento a lo que les pasa frente a las diferentes situaciones que deben sortear día a día.

De todo esto, se desprende que el SMD es un claro ejemplo de humanización en el trabajo. Sin embargo, para continuar en ese camino se sugiere emprender e implementar las siguientes iniciativas:

- Conformar un comité de salud y bienestar integral

- Contar con un espacio de escucha exclusivo para RR.HH., siguiendo con el lema “cuidar al que cuida”.
- Compartir y hacer pública esta experiencia para ser replicada por otras instituciones de salud, para impulsar la toma de conciencia de la importancia de este tipo de acompañamiento y contención en el personal de salud. Entendiendo que la forma en como labora el personal de salud es directamente proporcional con la calidad de atención que se le brinda al paciente y sus seres queridos (Periago, 2005).



Universidad de
San Andrés

1. Introducción

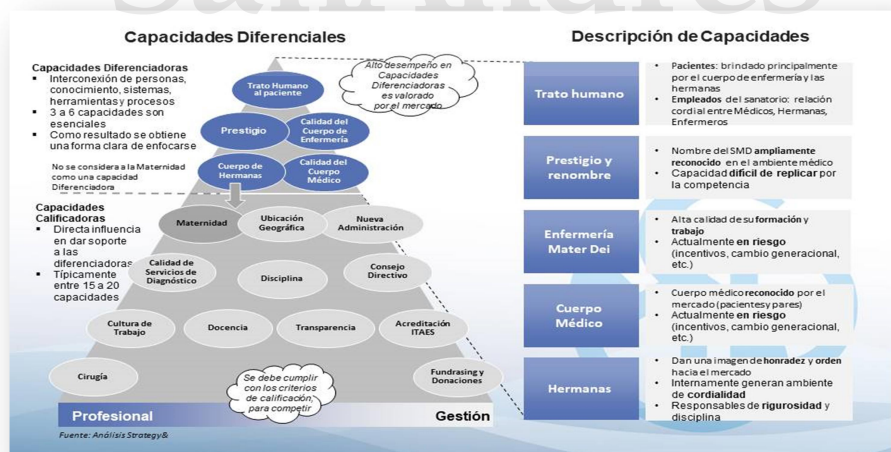
1.1 Situación problemática

El Sanatorio Mater Dei (en adelante SMD), desde sus orígenes se ha destacado por cultivar el trato humano y la calidad en la atención hacia sus pacientes y familiares de los mismos.

En el 2016, el nuevo Director General, junto al resto de los directivos de la institución, consideró importante convocar a una consultora para que realizara un análisis FODA. El interés estaba focalizado en relevar cuáles eran, por un lado, sus puntos destacables y, por otro lado, aquellos susceptibles de mejora. El propósito estaba puesto en trabajar sobre el diseño de la estrategia de 2025; año en que se cumplen los 50 años de la institución.

A partir de este análisis, emergieron varias de las características que distinguen a éste centro de salud en la actualidad (Ilustración 1).

Ilustración 1 Características diferenciales del SMD



Fuente: Sanatorio Mater Dei

- 1- **Trato Humano:** una atención con valores humanistas hacia los pacientes y sus familiares brindada por el cuerpo médico, por enfermería y por las Hermanas de María de Schönstatt.
- 2- **Prestigio y renombre:** el SMD es ampliamente reconocido en el ambiente médico y de enfermería por la calidad y trato humano en su atención hacia los pacientes.
- 3- **Calidad de enfermería:** desde sus comienzos el plantel de enfermería fue valorado por los pacientes por su alta calidad en su formación y por su forma de trabajar.
- 4- **Reconocimiento del cuerpo médico:** dentro del mundo de la salud, el profesionalismo del personal médico es reconocido tanto por sus pares como por los pacientes y sus familiares.
- 5- **Presencia de las Hermanas de María de Schönstatt:** la presencia de las Hermanas de María de Schönstatt genera en la comunidad un diferencial único, que la distingue de otras instituciones de salud. Internamente promueven un ambiente de cordialidad, empatía y respeto, y al mismo tiempo, rigurosidad y disciplina, siendo fieles custodias del capital ético e identidad del Sanatorio.

La suma de estas características no hace más que distinguir al SMD, por sobre otras instituciones de salud, aumentando con ello su prestigio y su valor diferencial en el mercado asistencial. Cabe señalar que, además de la alta calidad profesional de su plantel, es central el trato humano que promueve, el que está alineado con los valores del sanatorio: *Compromiso, Vida, Servicio y Dignidad Humana*¹ y que impactan en el resto de las características mencionadas anteriormente.

Dentro del SMD, se entiende por trato humano, a la actitud consecuente a comprender la dignidad de cada persona, valorando al otro como un ser único e irrepetible, con sus propias creencias, valores, deseos, necesidades y temores.

¹ Se describe con más detalle en el punto 1.2.1.

En sus comienzos, el trato humano estaba orientado al vínculo entre la institución y los pacientes y sus familiares. Hacia el interior de la organización, los estratos jerárquicos más altos (Directores) parecían tener incorporado esta modalidad de relación. Sin embargo, en los mandos medios no aparecía con el mismo peso, lo cual podía evidenciarse entre las distintas áreas, entre los compañeros de trabajo y entre los líderes y sus equipos. En este sentido, emergía una disparidad entre el trato humano brindado hacia el paciente y/o su familiar, hacia el “afuera”, y el que se promovía “adentro” de la organización.

En correlación con lo recién mencionado, dentro del sanatorio, faltaba promover el trabajo colaborativo desde una mirada más contemplativa y humana hacia el compañero, respetando y tolerando las diferencias, en donde prime la empatía y la comprensión hacia el otro. Por el contrario, lo que se vislumbraba era la competencia y el foco en el error, llegando en casos más extremos al destrato e incluso al maltrato.

En este sentido, de intensificarse y prolongarse en el tiempo este tipo de vínculos entre los trabajadores, la calidad en la atención hacia el paciente y su familia podría verse deteriorada o con un impacto negativo.

Frente a este escenario, sumada a la necesidad de fortalecer la cultura Mater Dei, hacia finales de 2018 se comenzaron a brindar talleres a todo el personal sanitario y administrativo del sanatorio. Allí, se trabajó sobre el Ideario Institucional haciendo un recorrido por sus tres pilares fundamentales: *Identidad Institucional, Código de Ética y Pautas de Comportamiento*. Durante esos encuentros, el personal espontáneamente comenzó a relatar situaciones de conflicto interpersonales y entre áreas, también problemáticas psicosociales propias o de compañeros.

Con el objetivo de abordar estas problemáticas de una manera más sistemática, y como parte de un plan estructurado, a mediados del año 2019 se formó un equipo que abordaría situaciones psicosociales y conflictos interpersonales e inter áreas. El mismo, estuvo formado por profesionales de Recursos Humanos, del área de Relaciones Laborales (en adelante RR.LL.), una Licenciada en Relaciones Laborales y una Abogada y del área de Desarrollo Organizacional, una Licenciada en Psicología.

Se abordaron diversas problemáticas socio-económicas, de salud física (como por ejemplo, cáncer propio o de algún familiar) y psíquica del personal (Trastornos de Ansiedad, Trastornos del Estado de Ánimo, etc.). También, se realizaron abordajes de dificultades internas dentro de áreas e inter áreas (problemas de relación interna, entre compañeros o del equipo con su líder, entre otros).

Así mismo, se trabajó sobre situaciones que acarrear un alto componente psicosocial y que surgieron en el personal de salud, a partir de su trabajo con pacientes y familiares. Por ejemplo, el fallecimiento de pacientes, enfermedades crónicas en niños, la demanda constante de algunos familiares que afectaban al personal de salud, entre otras situaciones propias del rol.

Esto último, incentivó la idea de poner foco sobre la prevención de dichos problemas. Por tal motivo, se planificó lanzar durante el año 2020, un programa denominando "*Espacios de Escucha*" destinado a los equipos de salud. En dichos encuentros, por un lado, se pondría el foco sobre situaciones estresantes o angustiantes vividas con los pacientes y sus familias y, por otro, se trabajaría sobre la adquisición de habilidades que faciliten enfrentar y/o gestionar este tipo de situaciones.

Paralelamente, en febrero del 2020 se creó dentro de la Gerencia de RR.HH. la jefatura de Transformación Cultural y Planificación de RR.HH. La misma, tenía como objetivo abordar éstas y otras situaciones relativas a la cultura organizacional, trabajando con las distintas áreas de RR.HH. y del SMD en general.

Los planes del inicio del programa estaban en marcha y serían liderados por la jefatura recién mencionada. Sin embargo, el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), declaró una pandemia como consecuencia del brote de un nuevo coronavirus. El boletín oficial argentino, para aquel entonces destacaba que el número de personas infectadas por COVID-19 a nivel global era de 118.554, el número de muertes

4281, eran 110 países los afectados hasta allí². En nuestro país, el primer caso de COVID-19 fue detectado el 03 de marzo de ese año.

El Poder Ejecutivo de la Nación, mediante el decreto N° 297/20³, dispuso el “aislamiento social, preventivo y obligatorio” para todos los habitantes del país y para las personas que se encontraran transitoriamente en él a partir del 20 de marzo de 2020.

Esta coyuntura inesperada, trajo consigo un cambio de planes para la institución. No solamente hubo que re definir la fecha de lanzamiento del programa “*Espacios de Escucha*”, sino que también hubo que reorientar y ampliar su objetivo original. Con esta realidad, resultaba fundamental brindar contención y acompañamiento a los profesionales de la salud que estaban al frente de la lucha contra el COVID-19.

Hasta ese momento, se observaba que en Europa el virus avanzaba de manera vertiginosa y la demanda de atención médica no tenía techo. El personal de salud estaba angustiado, asustado y desbastado por tener que convivir con tantas muertes y contagios, producidos por el Sars-Cov-2.

Con este panorama, había que lograr que el programa sea más amplio y abarcativo que el pensado inicialmente. Debía ser capaz de brindar un mayor grado de contención a los trabajadores del SMD y acompañar, desde la salud mental y desde lo socioeconómico, a las diferentes áreas y actores principales del sanatorio. Es por esto que el 1° de abril del 2020, se lanza oficialmente en la institución el “**Programa de Contención por COVID-19**” destinado a todo el personal del SMD⁴.

El presente trabajo tiene por objetivo dar cuenta del proceso de planificación, implementación y evaluación de los resultados del Programa de Contención por COVID-19 en el Sanatorio Mater Dei a partir del año 2020. Sin lugar a dudas, la presencia de este programa permitió conocer y trabajar en los problemas emergentes ocasionados y agudizados por la pandemia por COVID-19 en el personal de salud. El foco del programa estuvo puesto en afianzar, mantener,

² <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>. Fecha de acceso 21/05/2022

³ <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>. Fecha de acceso: 21/05/2022

⁴ Se abordará detalladamente en el apartado 1.2.4

replicar y fortalecer el trato humano entre las áreas y colaboradores tomando como pilares los valores del Sanatorio: Servicio, Vida, Compromiso y Dignidad Humana.

1.2 Descripción del contexto organizacional

En este apartado se presentará el Sanatorio Mater Dei, contando su historia, su ubicación geográfica y las características de su nómina. Finalmente, se describirá cual fue el abordaje que el Sanatorio Mater Dei tuvo frente a la pandemia por COVID-19, desde el año 2020 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) la decretase en el mundo.

1.2.1 Historia del Sanatorio Mater Dei

El Sanatorio Mater Dei es una Asociación Civil sin fines de lucro. Desde 1953 hasta 1975, perteneció a la Pequeña Compañía de María. A partir del 15 de septiembre de 1975 las Hermanas de María de Schönstatt se hicieron cargo del sanatorio denominado "*Mater Dei*" (en latín, "Madre de Dios"). Ellas, tenían por objetivo servir a los enfermos a semejanza de la virgen María, inspirándose en la espiritualidad de Schönstatt.

La estructura edilicia y organizacional se fue adaptando a las nuevas exigencias de los tiempos, dando lugar a nuevos servicios y al mejoramiento de los ya existentes. En sus primeros 25 años, el sanatorio creció rápidamente en términos de prestaciones, servicios y estructura.

En el año 2000, se trabajó con todo el personal en la formulación de su Misión. El Lema Institucional es una síntesis de dicha misión, "comprometidos con la vida, al servicio de la dignidad humana". Del mismo, se desprenden sus valores centrales, según se indica en su Ideario Institucional editado y publicado en el año 2018. Estos son:

- *Compromiso*: "Creemos en el valor de nuestro compromiso. Según se indica en la misión, aspiramos a brindar servicios de salud con la más alta calidad humana y profesional, lo cual requiere de un fuerte

compromiso. Nos centramos en nuestros pacientes, anteponiéndolos a nuestros intereses personales y aportando el mejor de nuestros esfuerzos en bien de su salud. Esto nos motiva y compromete a participar en la docencia e investigación, para capacitarnos debidamente en los avances de la ciencia y la tecnología”⁵

- *Vida*: “Creemos que la vida es un don. Movidos por esta convicción. Nos comprometemos a cuidar la vida desde la concepción hasta la muerte natural. Trabajamos para que nuestros pacientes reciban el mejor cuidado. Con especial delicadeza y respeto, nos comprometemos a proteger su integridad física, psíquica y espiritual y a conservar el secreto profesional. Acompañamos a nuestros pacientes en todas las etapas de su vida, mediante acciones concretas orientadas a que la vida sea cuidada y celebrada dignamente, aún en el dolor”⁶
- *Servicio*: “Creemos que el servicio es un valor. El paciente y su familia constituyen la razón de ser de nuestro Sanatorio. De ahí que la cordialidad, la sinceridad, la intención permanente de querer resolver sus necesidades o problemas -aún los más simples- es para nosotros un deber irrenunciable. Servir a quienes acuden a nuestra casa es un privilegio. Es nuestra misión ser sensibles al sufrimiento ajeno, con espíritu de solidaridad, respetuosa compasión y una conducta efectiva y bondadosa”⁷.
- *Dignidad Humana*: Creemos que cada persona es creatura e hijo de Dios. Por eso valoramos la dignidad humana. El hombre no es “algo” sino “alguien”, con una misión personal a desarrollar en la vida que le ha sido donada. Esta es la razón por la que nos comprometemos a respetar a las personas en todas las fases de la vida en las que somos convocados a asistirlos”⁸

Para continuar adaptándose a las exigencias del mercado, el Consejo Consultivo de Dirección del Sanatorio Mater Dei, compuesto por profesionales de trayectoria que desinteresadamente auditan y cuidan los intereses del

⁵ Ideario Institucional de SMD, 2018, pág. 10

⁶ Ideario Institucional de SMD, 2018, pág. 10

⁷ Ideario Institucional de SMD, 2018, pág. 10

⁸ Ideario Institucional de SMD, 2018, pág. 10

Sanatorio (véase ANEXO 1), decidió junto a la Dirección General hacer un cambio radical y contratar un laico para que dirija el Sanatorio. Se requería de alguien con visión de negocio y con experiencia en el mundo de la salud. Cabe aclarar que históricamente, desde su fundación, la Dirección General del Sanatorio Mater Dei estaba a cargo de la Madre Superiora Provincial del Movimiento de Shönstatt, quién era designada por las jerarquías más altas del Movimiento y rotaba cada dos años.

Esta medida llevó a que finalmente, el 20 de junio de 2015, ingrese el nuevo Director General, quien, junto al Consejo Consultivo, a la Dirección Médica, a la Dirección de Hermanas y a las Gerencias definiera la visión del SMD: *“Queremos ser una comunidad modelo en el cuidado de la salud, con vocación de servicio, destinada a la familia, centrada en la persona desde la concepción hasta el final de la vida, que brinda un trato cálido, seguro y humanizado. Aspiramos a distinguirnos por la excelencia a través de la innovación y mejora continua, en un marco de sustentabilidad, con sólidas bases en nuestra misión institucional y en los principios del P. J. Kentenich”*⁹.

1.2.2 Ubicación geográfica del Sanatorio Mater Dei.

El Sanatorio Mater Dei, se encuentra ubicado en el corazón de Palermo Chico, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Cuenta con 3 edificios, uno de ellos ubicado sobre San Martín de Tours, donde están las oficinas centrales, Urgencias, Cirugía e Internaciones distribuidas en 5 pisos (1° y 2° piso, el departamento Materno-infantil; 3° y 5° piso, Internación General de adultos y 4° piso, Unidad de Terapia Intensiva de Adultos, Quirófanos y Hospital de Día de Adultos). Los otros dos edificios se encuentran ubicados sobre calle Castex, en uno de ellos se encuentran los consultorios externos, que cuenta con 18 consultorios de diferentes especialidades médicas distribuidos en 6 pisos. En el otro edificio, se encuentran las oficinas de algunas áreas de soporte.

⁹ Ideario Institucional de SMD, 2018, pág. 9

El SMD es un sanatorio polivalente, que cuenta con más de 82 especialidades médicas, más de 15 servicios médicos y con una capacidad de 150 camas para internación además de atención ambulatoria.

1.2.3 Características generales de la nómina

La estructura organizacional del Sanatorio está formada por una Dirección General, que reporta al Consejo Consultivo y tiene como reportes directos la Dirección Médica, la Dirección de Hermanas de María de Schönstatt y 7 (siete) Gerencias.

Esta institución de salud, cuenta con una dotación de más de mil setecientos trabajadores.

De la dotación propia, el 39% de la nómina pertenece a la Gerencia de Enfermería, el 26% a la Dirección Médica y el 18% a la Gerencia de Operaciones, que incluye Mantenimiento, Housekeeping, Cocina, Ropería y Lavadero. Estas tres áreas representan el 83% de la nómina total del Sanatorio, siendo las áreas más críticas del sanatorio mientras que las áreas soporte representan el 17% (Ilustración 2).

Ilustración 2. Distribución del personal del SMD por áreas



Fuente: Sanatorio Mater Dei

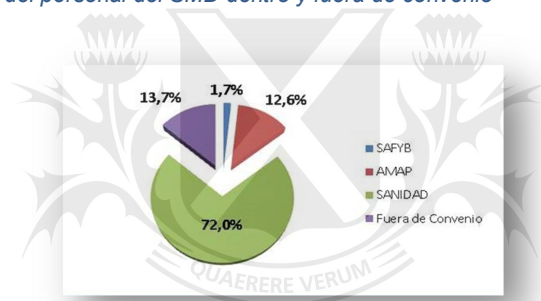
1.2.3.1 **Algunos datos generales de la nómina del SMD**

El 72% de la nómina está conformada por personal femenino.

El promedio de edad del personal es de 42 años y la antigüedad es de 9 años.

El personal del SMD se encuentra encuadrado en tres Convenios Colectivos de Trabajo (en adelante CCT) diferentes. El 122/75, perteneciente a Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (en adelante, FATSA), el 619/11 de la Asociación de Médicos de la Actividad Privada (en adelante, AMAP) y el 691/14 que corresponde al a Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos (en adelante, SAFYB). El 72% de la nómina está bajo el CCT de FATSA/SANIDAD (Ilustración 3).

Ilustración 3. Distribución del personal del SMD dentro y fuera de convenio



Fuente: Sanatorio Mater Dei

1.2.4 **Gestión de la pandemia dentro del Sanatorio Mater Dei: “Programa de Contención por COVID-19”**

Luego de que la OMS decretase la pandemia por COVID-19 en el mundo, la Dirección General del SMD junto a la Dirección de Hermanas de María de Schönstatt y la Dirección Médica, determinaron que dentro de la institución debía trabajarse en tres pilares fundamentales:

1. Redacción y desarrollo de protocolos COVID-19, con su correcta comunicación interna y capacitación a las áreas involucradas;
2. Compra y acopio de elementos de protección personal (en adelante EPP) y asistencial (material descartable, oxígeno, etc.); y
3. Acompañamiento y contención para el personal de salud.

Frente a este último ítem, se presentaron dos interrogantes clave. El primero, estuvo orientado a definir cómo acompañar a cada uno de los colaboradores del SMD y, el segundo, cómo hacerlo con los pacientes infectados con COVID-19 y sus familiares.

Teniendo como base los valores del SMD, y su necesidad de fortalecer el trato humano, se comenzó a trabajar sobre la planificación y ejecución de un programa que le diera al personal un acompañamiento en este período especial.

Por ello el 1° de abril de 2020, se lanzó en la institución el **“Programa de Contención por COVID-19”**. Su primordial objetivo era brindar acompañamiento y contención a todo el personal, aunque especialmente al de salud y a los líderes de las áreas clave del SMD (Dirección Médica, Gerencia de Enfermería y Gerencia de Operaciones). Resultaba fundamental que los trabajadores contaran con una guía, en una situación de tanta excepcionalidad e incertidumbre.

Con esta finalidad, se constituyó un equipo de profesionales capaces de contener y acompañar a quienes lo requirieran. Éste, estaba formado inicialmente por personal de Recursos Humanos, dos psicólogos externos y un psiquiatra externo contratados para este fin.

Cabe aclarar que el SMD no contaba (ni cuenta) con un Servicio de Salud Mental. Por lo cual, para la instauración de este programa se debió contratar personal externo especializado en dicha temática. Era importante, para la institución que los profesionales contratados comulguen con los valores del sanatorio (Compromiso, Vida, Servicio y Dignidad Humana).

Por otro lado, para la implementación se planteó una premisa fundamental; que el acompañamiento del equipo de salud mental debía ser exclusivamente presencial y no virtual. El mensaje implícito para el personal era: *“no los dejamos solos frente a la trinchera, estamos acá con ustedes”*.

En marzo de 2020, se produjo un primer y gran desafío. El 20 de ese mes, entraba en vigencia en todo el territorio argentino el Decreto Nacional de Emergencia Sanitaria (297/2020). Su artículo segundo, determinaba que las

personas debían permanecer en sus residencias habituales, o en aquella en la que se encontraran hasta que se revoque la medida, debiendo abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo o de circular libremente con el fin de prevenir la circulación y contagio del Sars-Cov-2. Solamente, tendrían libre circulación aquellos trabajadores que por la reglamentación fueron considerados esenciales¹⁰.

Por otra parte, había otros impedimentos que se debían atender. Uno de ellos, estaba asociado al miedo al contagio y a la incertidumbre. Los profesionales de la salud mental no eran ajenos a esto, por lo que fue difícil conseguir expertos que quisieran trabajar presencialmente en el sanatorio. A los Psicólogos y Psiquiatras contratados, se le debía dar garantía absoluta de que iban a contar con todas las medidas de resguardo personal necesarias para minimizar el riesgo de contagio. Para ello, se les proveyó los EPP y se mantuvo a rajatabla el protocolo sanitario, establecido por las autoridades sanitarias nacionales.

Por otro lado, para abarcar a todo el personal se debía acompañar en los cinco turnos (mañana, tarde, noche A, noche B y turno SaDoFe¹¹) y a las diferentes áreas. De esta manera el programa quedó conformado de la siguiente manera:

- **Espacios de escucha en los diferentes turnos.** Estos espacios, estaban a cargo de una psicóloga y un psicólogo, quienes se iban alternando en sus funciones y turnos de trabajo. Se llevaban a cabo en el Auditorio del SMD, ubicado en planta baja que cuenta con una capacidad máxima de 50 personas, pero con una disponibilidad, de acuerdo al aforo, de 12 personas máximo.
- **Espacio de contención para los líderes de las áreas clave del sanatorio (Dirección Médica, Departamento de Enfermería y Gerencia de Operaciones).** Esta instancia, estaba a cargo de un psiquiatra especializado en Trastornos por Estrés Postraumáticos (TEP), con amplia experiencia en situaciones de catástrofes y crisis como la Tragedia de Once o veteranos de la Guerra de Las Malvinas.

¹⁰ <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>. Fecha de acceso: 26/06/22

¹¹ El turno SaDoFe comprende sábado, domingo y feriado.

Se crearon encuentros semanales para los jefes de cada uno de los servicios médicos que dependen de la Dirección Médica, divididos en dos grupos. Uno junto al Director Médico y otro junto al Director Médico Adjunto. Un encuentro semanal e individual con la Gerente del Departamento de Enfermería y con los Supervisores de Enfermería de cada Servicio. Un encuentro semanal e individual con el Gerente de Operaciones y con los jefes que dependen de esa área.

- **Contención y acompañamiento a todo el personal que se encontraba con licencias excepcionales por COVID-19, descritas en el DNU 297/2020.** Esto último, estaba a cargo del equipo de RR.HH. y equipo de Medicina Laboral. Se contactaba telefónicamente a todos aquellos que estaban con licencia, ya sea por ser persona de riesgo o por ser mayor de 65 años de edad o por ser caso sospechoso de COVID-19 o por ser contacto estrecho o por ser caso confirmado de COVID-19. A todos ellos, se les brindaba acompañamiento y contención mientras permaneciera de licencia. Así mismo, en los casos que se requería se le prestaba orientación y ayuda psicológica, social y económica.

En mayo del 2020, luego de presentar a la Dirección General el primer informe con los resultados del programa, la Directora de Hermanas de María de Shönstatt planteó que creía conveniente, acompañar y contener a los pacientes y sus familiares pero de una manera diferente. Ella manifestó preocupada que no quería que dentro del SMD muera una persona sola y aislada por COVID-19, sin tener la posibilidad de despedirse de su familiar.

A través del Comité de Infectología, quedó demostrado que si el personal de salud ingresaba a las habitaciones con los EPP y no se contagiaba, también podían hacerlo los familiares del paciente con COVID-19.

Frente a este hecho fáctico y luego de sucesivas reuniones donde participó la Dirección Médica, el Comité de Infectología del SMD, la Dirección de Hermanas, la Gerencia de Calidad y Recursos Humanos; el 11 de junio de 2020 se lanzó el **Programa de Contención y Acompañamiento para pacientes y sus familiares.**

Para llevarlo a cabo, se contrataron dos psicólogas y una psiquiatra, además de las dos psicólogas con las que ya contaba el sanatorio previamente. De esta manera, el “*equipo de contención psico-espiritual*” destinado a pacientes y sus familiares quedó conformado por cuatro psicólogas, una psiquiatra más las Hermanas de María de Schönstatt quienes asumieron un compromiso de ayuda psicológica y espiritual para pacientes y familiares. A este nuevo equipo se sumaba los dos psicólogos y psiquiatra destinados al personal del SMD.

El programa, ahora tenía dos públicos objetivos diferentes. Uno orientado a acompañar y contener al personal del SMD y otro, destinado al acompañamiento y contención psicológica y espiritual de los pacientes y sus familiares.

También se creó, desde la Dirección de Hermanas de María de Schönstatt, un sitio web “*Estamos con vos*” para que los pacientes en aislamiento pudieran visitar.

El enfoque integral que asumió el Programa de Contención por COVID-19 (Ilustración 4), llevó a que se trabajará de manera conjunta con otras áreas del Sanatorio (Dirección de Hermanas de María de Schönstatt, Infectología, Seguridad del Paciente, Marketing, etc.), tanto en la redacción de protocolos, como en las diferentes estrategias de acompañamiento y contención.

Ilustración 4. Programa de contención por COVID-19. Enfoque Integral



Fuente: Sanatorio Mater Dei

El programa general de contención fue liderado por la jefatura de Transformación Cultural y Planificación de RR.HH., con la supervisión y acompañamiento de la Gerencia de RR.HH. y la Dirección de Hermanas de María de Schönstatt.

En el transcurso del año 2020 y 2021, se realizaron diversas modificaciones y mejoras a este dispositivo, adaptándolo a las demandas y necesidades que se iban presentando.

Mensualmente, se realizaron informes para las direcciones y gerencias del SMD a fin de dar cuenta de la situación del personal. Periódicamente, se realizaban reuniones con el objeto de introducir las mejoras necesarias. Además, se llevaron a cabo capacitaciones para brindar herramientas al personal y se realizaron encuestas y entrevistas para conocer la opinión y sugerencia de las personas respecto al programa.

En diciembre de 2020, se sumó una nueva psicóloga al equipo y se decidió que los encuentros ya no serían en el auditorio del SMD. La nueva estrategia estaba orientada a generar una mayor cercanía con el personal de salud. Para ello, se instituyó visitar a los profesionales de la salud en sus propios puestos de trabajo y conversar respecto de cómo se sentían, cómo estaban y qué necesitaban. A esto se lo denominó “*espacios de escucha in situ*”, dentro del Programa de Contención por COVID-19.

Durante los primeros meses, se pudo abarcar a gran parte del personal. A su vez, se logró el objetivo de que los pacientes con COVID-19 pudieran ser visitados por sus familiares mientras estaban cursando la enfermedad.

En esto el SMD fue innovador, por lo que decidió hacerlo público y compartir esta experiencia para que otras instituciones de salud puedan replicarlo. Se socializó el protocolo escrito con diferentes entes públicos y privados de todo el país.

A principios del año 2021, debido al gran desgaste del equipo de contención se contrató una psiquiatra especialista de la Universidad Católica Argentina (en adelante UCA) con una gran experiencia en formación de equipos de residentes de psiquiatría, especializada en abordaje de crisis como el caso

Cromañón. Esta psiquiatra, quincenalmente trabajó con las psicólogas y Hermanas de María de Schönstatt, brindando herramientas para brindar una mejor atención a pacientes, familiares y al personal del SMD.

Como resultado, tras un año de trabajo, el programa abordó a más de 1.000 trabajadores del SMD y a más de 1.700 pacientes y familiares. Se lograron ejecutar más de 300 visitas a 205 pacientes.

Por todo lo mencionado hasta acá, se puede ver que este proyecto puso de manifiesto la identidad y valores más profundos del Sanatorio Mater Dei, la importancia del trato humano y de considerar “al otro” como un individuo con necesidades, valores y creencias propias.

1.3 Pregunta de investigación

Tal como se mencionó anteriormente, el Sanatorio Mater Dei estaba atravesando un proceso de transformación cultural. Sin embargo en el 2020 la pandemia por COVID-19 lo llevó a replantearse nuevos desafíos, planificando e implementado un Programa de Contención por COVID-19.

Dicha pandemia ocasionó sobre el personal de salud un impacto mayúsculo, sumado al que proviene del ejercicio de la profesión. Es por esto, que ésta investigación se pregunta acerca de:

¿Cómo el Programa de Contención por COVID-19 incidió en el fortalecimiento de la cultura del Sanatorio Mater Dei?

¿Cuál fue el impacto que tuvo el Programa de Contención por COVID-19 en el personal de salud del SMD en tiempos de pandemia?

¿Cuáles fueron los factores de riesgo psicosociales que se agudizaron en el personal de salud durante la pandemia?

1.4 Objetivos de investigación

1.4.1 Objetivo general

Como objetivo general, se propone:

Analizar la planificación, implementación y evaluación del Programa de Contención desarrollado para el personal de salud durante el período de pandemia por COVID-19 dentro del SMD.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Indagar cómo impacta la cultura organizacional vigente en el desarrollo de un programa de estas características, considerando las prácticas que facilitaron u obstaculizaron su formulación e implementación.
- Analizar el rol del departamento de RR.HH. en la formulación, implementación y ejecución del programa de contención por COVID-19.
- Identificar los factores de riesgo psicosociales agudizados por la pandemia en el personal de salud del SMD.
- Indagar como impactó este programa de contención en el fortalecimiento de la cultura del SMD.
- Formular una estrategia de mejora para las deficiencias detectadas.

2. Marco conceptual

En este apartado se abordarán los principales conceptos del marco conceptual para dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos planteados. Para ello, se pondrá el foco sobre dos ejes analíticos fundamentales. En el primero, se abordará la cultura organizacional y su definición, la transformación cultural, las barreras que aparecen en la gestión del cambio y el rol que asume el área de Recursos Humanos dentro de la transformación cultural.

En el segundo eje, se desarrollarán los factores de riesgo psicosocial a los que está expuesto el personal de salud y el modo en que estos se vieron agudizados durante la pandemia por COVID-19.

2.1 Cultura Organizacional

En el presente apartado, se trabajará sobre la definición de cultura organizacional, su significado y componentes, cuáles son las razones que pueden conducir a una organización a querer o necesitar cambiar, transformar o fortalecer su cultura. Finalmente, se mostrará el rol que Recursos Humanos tiene dentro de la cultura organizacional y cuál es el papel que asume dentro del proceso de transformación de la misma.

Rodriguez Garay (2009), describe que a partir de 1980 se comienza a estudiar y a prestar especial atención a la cultura organizacional, enfatizando los valores y comportamientos que llevaron a ciertas empresas a ser exitosas. Luego, hacia los 90's se considera que se puede gestionar esa cultura y que se pueden realizar cambios culturales a favor de la estrategia organizacional. Es así que, la cultura comienza a ser vista como una variable capaz de ser administrada para mejorar el desempeño y el logro de los objetivos organizacionales

Existen diversas miradas acerca de la definición de cultura organizacional. No obstante, varias de ellas coinciden en mostrar el alto grado de influencia que ésta tiene sobre el modo en que trabajan las personas en sus organizaciones. Así, Schein (1992) define a la cultura organizacional como:

“Un modelo de presunciones básicas inventadas, descubiertas o desarrolladas por un grupo dado, al ir aprendiendo a enfrentarse con sus problemas de adaptación externa e integración interna que hayan ejercido la suficiente influencia como para ser consideradas válidas y, en consecuencia, ser señaladas a los nuevos miembros como el modo correcto de percibir, pensar y sentir esos problemas” (pp. 23-30).

Este autor, afirma que la cultura organizacional tiene 3 niveles o artefactos, los cuales se encuentran relacionados entre sí. Si se lo compara con un *iceberg*, en el nivel más visible del sistema cultural están las producciones culturales de un grupo social (nivel 1); tales como: instalaciones, tecnología utilizada, el lenguaje utilizado escrito y hablado, la indumentaria y los sistemas formales establecidos por la dirección como objetivos, estrategia, políticas, estructuras y procedimientos. Estos productos culturales reflejan los valores del grupo social (nivel 2), y determinan las formas de pensar y actuar que se consideran correctas y sirven como punto de referencia para evaluar los comportamientos. Cuando estos valores son aceptados y compartidos por los miembros del grupo social, se van convirtiendo en creencias y presunciones básicas, que configuran la mente colectiva del grupo social (nivel 3). Estos supuestos, se van arraigando en la mente de los integrantes de manera tal que se vuelven inconscientes y modelan su conducta.

La cultura organizacional refleja los rasgos distintivos aprendidos a través de la experiencia grupal. Son compartidos por los integrantes, en el marco de la existencia de diversas subculturas operantes dentro de la unidad social que se identifica como “la organización” (Schein, 1988).

Dicho todo esto, la cultura organizacional puede ser funcional o disfuncional. Para Schein (1988), una cultura organizacional es funcional cuando contribuye

a la integración interna, mediante la cohesión de sus miembros, y a la adaptación externa a los cambios contextuales.

En relación a la integración interna, Schein (1989) menciona seis cuestiones internas con las que todo grupo debe enfrentarse para poder funcionar como un sistema:

Lenguaje común y categorías conceptuales: para poder funcionar como sistema, los individuos deben establecer un sistema de comunicación y lenguaje común que les permita entenderse.

Límites grupales y criterios para la inclusión y exclusión: debe haber un consenso sobre quiénes están adentro y quiénes quedan excluidos del sistema.

Poder y jerarquía: todo sistema debe contar con un orden jerárquico, como se obtiene, mantiene y pierde el poder.

Intimidad, amistad y amor: Se deben establecer reglas claras acerca de las relaciones entre iguales, de intimidad, de los diferentes sexos y la confianza.

Recompensas y castigo: todos deben tener claro que comportamientos se recompensan y cuáles son objeto de sanción.

Religión y creencias: los miembros deben conocer el significado de los eventos inexplicables y misteriosos.

En relación a la adaptación externa, Schein (1988) sostiene que “las cuestiones o problemas de adaptación externa especifican básicamente el ciclo guía que todo sistema debe ser capaz de mantener frente a su entorno cambiante” (pp. 66-67). Los elementos esenciales de ese ciclo son:

1. Misión y estrategia: logro de una comprensión común de la misión central, la meta primordial y las funciones manifiestas.
2. Metas: desarrollo de un consenso sobre las metas, como derivado de la misión central.

3. Medios: desarrollo de un consenso sobre los medios que sirvan para alcanzar las metas, como la estructura de la empresa, la división del trabajo, el sistema de recompensas y el sistema de autoridad.
4. Medición: desarrollo de un consenso sobre los criterios para medir el desempeño del grupo en el cumplimiento de sus metas, verbigracia los sistemas de información y control.
5. Corrección: desarrollo de un consenso sobre los remedios o estrategias correctoras que conviene aplicar en el caso de que no se estén alcanzando las metas.

Para Rodríguez Garay (2009), la cultura organizacional es funcional cuando está alineada con la estrategia y conjuntamente crean una identidad organizacional. Los valores que la sostienen, aumentan la cohesión de los integrantes con la identificación y el compromiso. También, crean una fuerte imagen positiva hacia afuera y aumenta la posibilidad de instalación de estos valores nuevos en la sociedad.

Una cultura funcional, además de proporcionar una fuerte cohesión entre sus miembros, debe ser flexible y estimular la motivación, el compromiso y la creatividad hacia los cambios necesarios para la adaptación de la organización a nuevas condiciones y desafíos del entorno (Rodríguez Garay, 2009).

En síntesis, de acuerdo a lo expuesto por los autores antes mencionados se podría afirmar que la cultura organizacional es el conjunto de valores, creencias y comportamientos que caracterizan a una organización, los cuáles deben ser funcionales a la estrategia de la organización para la supervivencia de esta.

2.1.1 Transformación cultural y gestión del cambio.

En este apartado, se abordará cómo es la gestión de los cambios organizacionales. Fundamentalmente, cuáles son las barreras u obstáculos que se presentan en cualquier proceso de transformación cultural.

Schein (1989), sostiene que la cultura no es un hecho estático, sino que es un proceso dinámico. Hace referencia al papel importante que juegan los líderes en la cultura y la cultura en los líderes. Así, manifiesta que “los líderes crean la

cultura, pero las culturas, a su vez, crean a las siguientes generaciones de líderes” (p.302).

En relación a la transformación o cambio cultural, Boyatzis (2008) en la Teoría del Cambio Intencional (en adelante, TCI), expresa que “sin un esfuerzo intencional, los cambios son lentos, tienen como resultado consecuencias involuntariamente peores que el deseo original, activan un sentimiento compartido de desesperanza sobre el futuro y reducen el espíritu humano” (p.40). A su vez, también señala que un proceso de cambio intencional puede iniciarse con el deseo de una persona.

Dicho autor, explica cómo se da el proceso de cambio. Él, habla de una transformación compuesta por lo que denomina “*descubrimientos*”. Según este autor, esos “*descubrimientos*” son cinco.

El primero al que hace referencia es la construcción del Yo Ideal. Menciona tres componentes principales en la construcción de ese Yo Ideal: la imagen de un futuro deseado; la esperanza de que uno puede lograrlo y, finalmente, aspectos de la propia identidad básica, incluyendo fortalezas duraderas en las que basarse para construir ese futuro deseado.

El segundo descubrimiento, sostiene que para lograr el cambio es muy importante que cada persona pueda tener claro que valora de sí mismo y que quiere cambiar. De ese modo podrá descubrir cuáles son sus fortalezas y cuáles son sus debilidades.

En el tercer descubrimiento, menciona que la orientación hacia el aprendizaje desarrolla la creencia positiva en la propia capacidad y esperanza de mejorar, facilitando que las personas mejoren su rendimiento.

El cuarto descubrimiento, consiste en llevar a la práctica los cambios deseados y planificados. Durante esta implementación el transcurso de TCI, según su autor, se asemeja a un proceso de mejora continua.

Boyatzis (2008), refiere que el cambio deseado y sostenible se logra en un grupo o equipo cuando se convierte en una visión compartida sobre el futuro de este grupo o equipo. Así mismo, deja claro que:

“Sin liderazgo no parece que pueda producirse la aparición de un cambio deseado y sostenible. Muchas de las condiciones organizacionales o de pequeños grupos han estado presentes durante mucho tiempo, pero, cuando aparece un líder capaz o efectivo, ocurre algo mágico –o, más precisamente, tiene lugar el cambio intencional–. Igualmente, un líder puede ayudar a los individuos a que estén dispuestos a considerar el cambio intencional al tiempo que un pequeño grupo (o equipo, o familia) o su organización lo experimenta” (p.52).

En línea con esto Ulrich (1987), explica que para crear un plan de cambio se tienen que tener en cuenta siete factores de éxito: liderazgo del cambio, crear una necesidad compartida, crear una visión, movilizar el compromiso, cambiar sistemas y estructuras, controlar los avances y hacer que perdure en el tiempo. El autor, propone una serie de pasos para que se produzcan los cambios. Estos son:

1. Identificar factores clave de éxito para crear la capacidad de cambio;
2. Tener en cuenta en qué medida se tiene control sobre estos factores clave de éxito;
3. Identificar las actividades de mejora en relación a cada factor de éxito;
4. Hacer el seguimiento de los siete factores clave como un proceso iterativo, no un hecho episódico.

Ulrich (1987), sostiene que para alcanzar el éxito es muy importante tener un modelo de cambio claramente definido, en el que Recursos Humanos tiene un papel importante¹².

Para querer o necesitar un cambio o transformación cultural, puede haber diversos motivos. Rodríguez Garay (2009) citan a García y Dolan (1997), al afirmar que puede haber:

1. Razones estratégicas, que piensan en el cambio cultural como una circunstancia para aprovechar oportunidades de penetración en los mercados,

¹² Se abordará ampliamente en el apartado 2.1.3 sobre el Rol de RR.HH. en la gestión del cambio.

desarrollo, diversificación o tan sólo adaptar la cultura para poder sobrevivir en un contexto cambiante.

2. Razones optimizadoras de los sistemas organizativos, para lograr una mejor adaptación a nuevas tecnologías, disminuir costos o implementar procesos de mejora como, por ejemplo, el de calidad total.

3. Razones normativo-legales, que requieren la adaptación de los valores internos a cambios en las normas reguladoras de las actividades del sector, por ejemplo, normas de calidad de carácter internacional.

4. Razones ético-sociales, basadas en creencias y valores de carácter más humanista, por ejemplo los orientados a la protección del medio ambiente, el mejoramiento de la calidad en el trabajo o un mayor respeto a los derechos de los clientes y de la comunidad en general. Esta cultura sustenta las actividades socialmente responsables.

Rodríguez Garay (2009), sostiene que existen distintas miradas y pensamientos sobre el cambio o transformación cultural. Sin embargo, considera importante integrar diferentes perspectivas dependiendo del objetivo propuesto. “Teniendo en cuenta que la cultura es un subsistema que pertenece a otro sistema que es la organización, la cual depende de un sistema más complejo que es el entorno” (p. 90).

2.1.2 Barreras en la Gestión del cambio

En el presente apartado, se abordarán las barreras u obstáculos que aparecen frente a cualquier proceso de cambio organizacional.

Moss Kanter (2012), plantea que las personas presentan dificultades frente al cambio. Estas van desde el paso lento y la inercia, hasta los pequeños sabotajes y las rebeliones. Es por ello, que la mejor herramienta para los líderes del cambio es comprender las barreras de resistencia en cada situación para, de ese modo, saber elaborar estrategias que las comprendan.

La autora, señala las diez razones más comunes por las que las personas se resisten al cambio. Estas son: la sensación de pérdida de control, el exceso de incertidumbre, el factor sorpresa, todo parece diferente, pérdida de imagen, sensación de incompetencia, implica más trabajo, la incomodidad en otros, resentimientos previos, el riesgo es real. A estos se suman las decisiones impuestas sin tiempo para acostumbrarse a la idea o prepararse para las consecuencias, el temor a la pérdida de prestigio, el temor a no poder o a no ser capaz, y la necesidad de poner esfuerzo.

Mientras Moss Kanter (2012) habla de resistencia al cambio, Kievzky (2021), Gestión del Cambio [Material del aula], sostiene que la resistencia al cambio es una interpretación, según la cual las personas se oponen al cambio y hay que hacer fuerza para vencerla. Propone, pasar de la idea de resistencia al cambio a hablar de barreras del cambio y entender los obstáculos que tienen las personas para poder cambiar.

Dicho autor, describe que la gestión del cambio tiene que superar tres barreras:

1. Barrera cognitiva (la forma habitual de pensar), se despliega en los artífices del cambio donde se ponen en juego los modelos mentales y paradigmas, es decir en la manera habitual de ver y entender la realidad. Es importante identificar los paradigmas existentes y los paradigmas a cambiar, para poder identificar aquellos que deben permanecer.
2. Barrera emocional (la vivencia del cambio), hace referencia al impacto emocional que produce el cambio. Se aprecia una serie de comportamientos y reacciones que van desde el enojo, la ira, la frustración como respuesta de las personas al cambio, percibido quizás como un riesgo o pérdida potencial. Es importante identificar las preocupaciones que genera el cambio, ayudar a transitar los costos del cambio y percibir los beneficios. Mostrar empatía y comunicar para reducir la incertidumbre.
3. Barrera operativa (la incompetencia creada). Las personas, no saben o no pueden hacer lo que las nuevas competencias demandan, de modo que el cambio en principio incapacita y esto resulta frustrante. El aprendizaje, por el contrario, potencia aunque requiere tiempo y esfuerzo. Todo proceso de

cambio puede ser visto como un proceso de aprendizaje colectivo, de desarrollo de las nuevas competencias para afrontar con éxito las nuevas demandas, los nuevos requerimientos.

En relación al aprendizaje, Melamed (2017) cuando analiza la temática del futuro del trabajo, hace mención a la importancia de aprender a aprender. Según este autor, se trata de un movimiento mental y emocional que conduce a la persona a querer ser mejor, a tener curiosidad. “Las personas que quieren aprender (...) piensan, se hacen preguntas, toleran sus errores y luego avanzan rápidamente en la curva del aprendizaje” (p.379).

Finalmente, para que el cambio se produzca es importante la confianza. Esta es la emoción primordial en las relaciones interpersonales. Posibilita el “hacer juntos”. Se sustenta en las actitudes y comportamientos de las personas. Para esto es necesario ser competente, consistente, creíble, considerado (Kievsky, 2021).

Melamed (2022)¹³, sostiene que la confianza en los equipos se construye, no viene dada por un nivel jerárquico determinado. Para explicar cómo se logra esta confianza, cita a D. Maister, C. Green y R. Galford, los autores del libro “*El asesor confiable*”, quienes definen la confianza como un valor intangible, muy valioso y binario y que para lograrla hay tres factores que deben estar presentes: la credibilidad (saber de lo que hablamos), confiabilidad (honrar nuestros compromisos) y la cercanía (impulsar relaciones cercanas). Estos se multiplican uno a otro (credibilidad x confiabilidad x cercanía), de manera tal que si uno de ellos es cero, el resultado también será cero. A su vez, estos elementos se dividen por “la orientación a sí mismo”, es decir cuanto más preocupación genuina hay por los demás, más confianza se genera. En contraposición de la preocupación excesiva por uno mismo.

Melamed (2022), sugiere que creando condiciones de confianza en los equipos de trabajo se producirá mayor seguridad psicológica, lo que beneficiará a la inclusión, la colaboración, la creatividad e innovación lo que beneficiará a la

¹³<https://www.infobae.com/tendencias/talento-y-liderazgo/2022/06/09/como-generar-confianza-para-liderar-en-un-contexto-de-turbulencia-permanente/>

inclusión, la colaboración, la creatividad e innovación. Finalmente, sostiene que los líderes empáticos, capaces de escuchar y brindar apoyo a sus equipos, generando una confianza mutua, son los grandes ganadores de esta época.

2.1.3 El rol de Recursos Humanos en la gestión del cambio

En este apartado se describe cuál es el rol de Recursos Humanos (en adelante RR.HH.) dentro de un proceso de cambio cultural llevado a cabo en una organización.

La descripción del proceso se deriva de la perspectiva utilizada por Ulrich (1987), en su libro *Recursos Humanos Champions*. Allí, el autor señala la importancia que tiene Recursos Humanos como líder y acompañante del cambio. Dicho autor, sostiene que “una de las diferencias fundamentales entre ganadores y perdedores, no es la capacidad de seguir el ritmo del cambio sino la capacidad de responder al ritmo del cambio” (Ulrich, 1987, p.249). Explica que los ganadores no se sorprenderán de que haya cambios inesperados, mientras que los perdedores tratarán de controlar y dominar el cambio.

Así mismo, define que se pueden dar tres tipos de respuestas a los cambios: iniciativas, proceso y cambios culturales. Las primeras, hacen referencia a la implementación de programas, proyectos o procedimientos. Los cambios en los procesos son las modificaciones en la forma en que se hacen las cosas. Los cambios culturales hacen referencia a la modificación de la identidad de la organización, tanto para los empleados como para los clientes (Ulrich, 1987).

En relación a este último punto, Ulrich (1987) manifiesta que el profesional de RR.HH. ocupa un lugar central en el logro del cambio cultural. Simplificando el proceso de cambio cultural, menciona cinco pasos fundamentales para lograr ese cambio:

Paso 1: Definir y clarificar el concepto de cambio cultural.

Paso 2: Expresar porque el cambio de cultura es fundamental para el éxito de la empresa. Es importante tener en cuenta los procesos claves de la

organización, como flujo de trabajo, flujo de comunicación/información, flujo de toma de decisiones/autoridad, flujo de recursos humanos.

Paso 3: definir un modo de medir la antigua cultura, la nueva cultura y la brecha que existe entre ambas.

Paso 4: Identificar distintas vías para generar el cambio de cultura. Existen tres vías para generar el cambio: directiva, es decir de arriba hacia abajo, proceso de reingeniería, de lado a lado y proceso de abajo hacia arriba.

Paso 5: Crear un plan de acción que integre múltiples formas de encarar el cambio de cultura.

En definitiva, la gestión de RR. HH. juega un papel muy importante en el fortalecimiento o cambio cultural organizacional porque afecta a la organización en su conjunto.

En la actualidad, los profesionales de RR.HH. cumplen un papel central y crítico en los procesos de cambio cultural ya que son quienes deben conducir la transformación, servir como catalizadores, facilitadores y diseñadores del cambio (Ulrich, 1987).

Resumiendo este apartado, diversos autores tales como Ulrich y Boyatzis, coinciden en que frente a un proceso de cambio cultural, se requiere primero de una visión compartida y luego de un liderazgo que lo enarbole. Hay diversas razones para necesitar o querer atravesar un procesos cambio (Garay Rodríguez, 2009). Para poder hacer frente al cambio es necesario conocer y trabajar las barreras frente al cambio (Kievzky, 2021). Finalmente, es importante que el cambio este liderado desde Recursos Humanos, tal como se desarrollará en el siguiente punto de este trabajo.

En esa misma línea, Kievsky (2021) señala que a las personas se les puede dificultar atravesar un cambio. Sin embargo, la función de RR.HH. está en poder atender las barreras o dificultades de las personas para cambiar.

2.2 Riesgos psicosociales en el trabajo que afectan al personal de salud.

En este apartado se describirán los factores de riesgo psicosocial en el trabajo (en adelante RPST), a los que está expuesto el personal de salud dentro de su ambiente de trabajo. A su vez, se focalizará sobre aquellos factores que se vieron intensificados y agudizados durante la pandemia por COVID-19.

Esto, nos permitirá entender la importancia que tuvo el diseño e implementación del Programa de Contención por COVID-19 en el SMD, durante la pandemia. A su vez, podremos indagar sobre cómo éste impacto en el personal de salud y en el proceso de fortalecimiento de la cultura que llevó a cabo el sanatorio.

Primero, resulta interesante identificar cuál es la representación del sector salud dentro del mundo del trabajo y cuál es su impacto en la sociedad. Periago (2005), Directora de la Organización Panamericana de la Salud (en adelante, OPS), describe que el sector salud emplea a más de 20 millones de trabajadores en Latinoamérica y Estados Unidos. Este universo representa el 5% del total de la población económicamente activa y el 7% en promedio del Producto Bruto Interno (PBI).

La autora sostiene que “la calidad de la atención médica que recibe un paciente en un hospital o centro de salud, está íntimamente vinculada con las condiciones de salud y seguridad en que laboran los médicos, enfermeras y técnicos (...)” (Periago, 2005 p.7). Los organismos internacionales plantean que cuidar la salud de aquellos que cuidan la ajena, es un desafío permanente y requiere de su atención.

La Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) define a la salud como, “estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁴.

Ahora bien, el personal de salud se enfrenta a múltiples y variados RPST en sus tareas diarias, que pueden afectar su salud física, mental y/o social.

¹⁴ <https://www.who.int/es/about/governance/constitution#>. Fecha de acceso: 21/05/2022

Existen diversas definiciones de RPST. Neffa (2016), sostiene que la definición más abarcativa es la proporcionada por Gollac (2013). Para él, los riesgos psicosociales en el trabajo “son los riesgos para la salud física, psíquica, mental y social engendrados por los determinantes socioeconómicos, la condición de empleo, la organización y el contenido del trabajo y los factores relacionales que intervienen en el funcionamiento psíquico y mental de los trabajadores” (p.109).

En el Manual de Salud y Seguridad de los trabajadores del sector salud (2005), se describe que los riesgos ocupacionales a los que está expuesto el personal, se agrupan en seis categorías básicas:

1. Riesgos biológicos o infecciosos
2. Riesgos ambientales
3. Riesgos físicos
4. Riesgos químicos
5. Riesgos mecánicos
6. Riesgos psicosociales

Aquí, estos últimos son definidos como “factores y situaciones que se encuentran o asocian con las tareas del trabajador o el ambiente de trabajo, las cuales crean o potencian el estrés, los trastornos emocionales, y/o los problemas interpersonales” (OPS, 2005, p.31).

En dicho manual, se afirma que los riesgos psicosociales son los que más se asocian con el síndrome de *burnout* o síndrome del quemado en el personal de salud. Hace mención a diferentes causas de estrés laboral, siendo la de mayor impacto la violencia.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016), el estrés laboral, mantenido en el tiempo, puede constituir un factor de riesgo de diversas enfermedades. Además de los efectos sobre la salud del trabajador, la exposición a RPST puede provocar consecuencias negativas para la organización en la que estos trabajan, relacionados con la reducción de la satisfacción laboral, el aumento del ausentismo, la mayor accidentabilidad y el incremento de la propensión a abandonar la organización. Por lo tanto, como

consecuencia de dichos factores, puede verse afectada la calidad de la atención que el personal de salud brinda a la población que asiste.

Además de la violencia, aparecen otras causas de estrés laboral, como:

1 Estrés y fatiga. Cabe aclarar que el estrés es un concepto ambiguo ya que es causa, pero también consecuencia de diversos factores de RPST (Neffa, 2016).

2 Esfuerzo, recompensa y demanda.

3 Turnos de trabajo.

4 Abuso de sustancias.

Neffa (2017), sostiene que los riesgos psicosociales a los que están expuestos los trabajadores de la salud pueden agruparse en seis grandes ejes:

1. La intensidad del trabajo, que resulta de la duración, configuración del tiempo de trabajo, riesgos ambientales y demandas psicológicas, generando estrés.
2. El grado de la autonomía y de control del trabajador sobre el trabajo que lleva a cabo.
3. Las exigencias de controlar sus emociones, las de sus compañeros y de las personas con las que interactúa.
4. Los conflictos éticos y/o de valores cuando debe realizar actividades que van en contra de su escala de valores.
5. El clima laboral y la calidad de las relaciones sociales y de trabajo.
6. Las condiciones de estabilidad y seguridad en el trabajo.

Así mismo, el autor señala que éstos factores pueden verse incrementados o moderados por factores individuales como, el género, la edad, el nivel educativo, la categoría socio-profesional y la trayectoria laboral del trabajador; y por factores colectivos (Neffa, 2016).

Henry y Maleville (2020), realizaron una investigación en una clínica privada de La Plata donde analizaron los RPST a los que están expuestos los trabajadores. Los ejes centrales del trabajo fueron dos: las exigencias emocionales y las relaciones sociales en el trabajo. Allí, se revela que los

trabajadores enfrentan altas exigencias emocionales, principalmente en dos planos. Por un lado, tratando de contener a pacientes y familiares en situación de angustia. Por otro lado, la necesidad de contener el enojo, la ira o agresión de pacientes y familiares.

A su vez, las autoras destacan que los vínculos laborales entre los trabajadores y sus superiores se tornan conflictivos debido a las exigencias percibidas y por la histórica asimetría entre categorías (Henry y Maleville, 2020).

Un punto muy importante que marcan en ese trabajo de investigación es que la demanda de habilidades psíquicas y mentales, acrecienta la carga laboral en el personal sanitario, pudiendo resultar perjudiciales para la salud tanto física como psíquica de los trabajadores.

Si bien los factores de riesgo psicosocial pueden dar lugar al sufrimiento psíquico y mental, es importante tener en cuenta que los trabajadores no son pasivos ante este sufrimiento, ya que pueden desplegar estrategias defensivas, individuales o colectivas. Según Neffa (2017), “las estrategias defensivas son un conjunto de operaciones mentales y psíquicas que permiten a los trabajadores negar, ocultar, deformar o ignorar la realidad de los riesgos a los cuales están expuestos. Y para eso tienen que acallar la conciencia y la capacidad de pensar” (p.66).

A su vez, Gollac (2013) describe que los trabajadores construyen estrategias defensivas (individuales o grupales) para hacer frente al sufrimiento. Si logran sublimarlo tendrán beneficios sobre su salud. En cambio, si las estrategias fracasan, ese sufrimiento puede predisponerlos a contraer una enfermedad. Algunas de ellas pueden ser: accidentes cardiovasculares o cerebro vasculares, úlceras gastrointestinales, trastornos músculoesqueléticos, problemas endocrinológicos y respiratorios, trastornos del sueño (Neffa, 2017).

Warr (2013) sostiene que “las características del trabajo pueden tener un mayor o menor impacto en función de ciertos rasgos de personalidad” (p.103). Neffa (2017) explicita que, “si se dan ciertas condiciones, el sufrimiento soportado puede ser sublimado y dar lugar al placer, cuando el trabajador:

- a) considera que hace un trabajo útil porque el mismo se adapta a la misión que le confió la empresa para responder a la demanda de los clientes, usuarios, pacientes y toma conciencia de que hace un trabajo de utilidad social, para satisfacer necesidades,
- b) percibe que el trabajo es fuente de aprendizaje y de aumento de los conocimientos,
- c) si recibe una recompensa monetaria adecuada que compensa esos daños,
- d) si con orgullo toma conciencia de que forma parte de un colectivo de trabajo donde hay cordialidad, comunicación y cooperación entre los miembros,
- e) si recibe el reconocimiento moral o simbólico de sus compañeros, de los empleadores y de quienes se ocupan de la gestión de la fuerza de trabajo, así como de los consumidores de los bienes o servicios que produce o presta.” (pp. 69-70).

Hasta acá podemos afirmar que a la hora de abordar los RSPT en el personal de salud, es importante tener en cuenta que su origen es multicausal. Por un lado, existen factores externos (ambientales o sociales) que funcionan como disparadores (OPS 2005; Neffa, 2017). Sin embargo, también hay elementos relacionados con la experiencia previa o los rasgos de personalidad de los individuos que pueden interferir sobre la salud mental de las personas en general y de los trabajadores de la salud en particular (Warr, 2013).

Además, es crucial tener en cuenta que la salud y seguridad personal de la salud está estrechamente relacionada con la calidad de atención que se brinda a los pacientes (OPS, 2005).

En resumen, el personal de salud se enfrenta con una gran demanda laboral que implica no solo poner el cuerpo y sus conocimientos, sino también habilidades psíquicas y mentales capaces de contener diferentes situaciones que se presentan y que incrementan la carga laboral. Esto, puede afectar la salud física, mental y/o social de los trabajadores. En este sentido, es que resulta importante que las instituciones de salud desarrollen planes para la prevención y preservación de la salud mental, física y social del personal de salud.

2.2.1 Riesgos psicosociales en el trabajo que afectan al personal de salud, agudizados por la pandemia.

Como se mencionó anteriormente en este trabajo, el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara a nivel mundial la Pandemia por COVID-19. Esta nueva coyuntura, trae consigo la necesidad de lograr nuevos aprendizajes y habilidades necesarias para encarar el mundo del trabajo. El personal de salud no fue ajeno a esto.

En Argentina, el 19 de marzo de 2020, el Presidente de la Nación, Alberto Fernández, mediante el DNU 297/202 decretó el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio.

En Europa y América del Norte, los casos se multiplicaban rápidamente, mientras que en nuestro país los casos tardaron varios meses en multiplicarse. Sin embargo, esto trajo aparejado otros problemas a nivel laboral: problemas económicos, sociales y emocionales.

Henry (2020), desarrolló una tipología sobre los cambios en el mundo del trabajo que se produjeron como efecto de la pandemia. En este sentido, la autora destaca que se produjeron tres tipos de modificaciones en los procesos de trabajo:

- Un proceso de trabajo impedido o detenido. En relación a este punto, dentro del personal de salud esto afectó a un gran número de personas que tenían más de 60 años o que padecían alguna enfermedad crónica. Debiendo dejar de trabajar abruptamente.
- Procesos de trabajo que migraron al hogar a través de la virtualidad (*home office*). En las instituciones de salud, se debió establecer tareas de *home office*, pero solo con las áreas administrativas y no en un 100%, ya que el personal de salud fue considerado por el decreto antes mencionado “personal esencial”.
- Procesos de trabajo presenciales modificados. Este último punto, fue de gran impacto en el personal de salud ya que debieron redactarse protocolos, incorporar EPP y cambios en las estructuras y circuitos de las áreas.

Tal como dice Henry (2020), “en esta pandemia todos nos hemos enfermado. Diariamente vemos las cifras y observamos la evolución de las “curvas”, los gráficos de infectados y fallecidos por COVID-19 y simultáneamente, estamos sometidos a un bombardeo mediático-infodémico que impacta en nuestra psiquis” (p.54).

Por su parte Padrón (2020), sostiene que con la llegada de esta pandemia la situación de los trabajadores de salud se ha complejizado. El personal de salud en su actividad diaria pone en juego todas sus emociones, las cuales quedan ancladas en sus cabezas. Esta problemática se agudizó con la pandemia. A la angustia de la actividad diaria, se le sumó el miedo de estar en contacto con el virus Sars-Cov-2 y de perder la vida por cometer un error. Padrón (2020) comenta que, “lo primero que me dicen los compañeros es: “vamos a llevarlo a nuestra casa, lo vamos a tener adentro, con nuestros padres, hijos, hermanos y familia” (p.126).

A su vez, este autor destaca que existe un riesgo de contagio adicional entre trabajadores de la salud que tienen pluriempleo, quienes padecen mayor cansancio, agotamiento y angustia. Por otro lado, la pandemia dejó al descubierto la existencia de instituciones de salud sin las adecuadas habilitaciones, personal en negro, etcétera, que llevó a algunos trabajadores a comentarlo y, en casos extremos, a renunciar a sus trabajos priorizando su salud. El miedo a enfrentarse al empleador o a perder el trabajo fue reemplazado por el miedo al contagio y a morir (Padrón, 2020).

Siguiendo esa misma línea Juárez García (2020), sostiene que este contexto puso al descubierto déficits preexistentes en el sistema de salud, particularmente en América Latina. También, explicita que al riesgo por estar expuesto al coronavirus se le suma la gran carga de trabajo y las demandas psicoemocionales. Todo esto constituye uno de los desafíos más grandes para el personal de salud en el mundo.

Para este autor, todos los factores de riesgo psicosociales se incrementaron en el personal de salud. Además, se sumaron otros estresores que provienen de la situación de pandemia y que se asocian con el temor al contagio propio, de

familiares y de compañeros de trabajo, falta de EPP, aislamiento social y en algunos casos discriminación y violencia. Menciona que también se suma la incertidumbre y la falta de certezas.

Es por todo lo mencionado que Juárez García (2020), sostiene que todos estos estresores trajeron consecuencias en la salud mental de los trabajadores de la salud, principalmente en aquellos países que no contaban con contención emocional previa a la aparición de la pandemia. Sin embargo, en países como Singapur, el número de afectación de la salud mental fue significativamente inferior ya que antes de la pandemia contaban con programas de salud mental destinados al personal de salud.

El autor pone el foco sobre el estudio del Síndrome de *Burnout* o síndrome del quemado. A él se refiere como:

“un síndrome que resulta de estresores crónicos del trabajo que no han sido afrontados exitosamente. Se encuentra caracterizado por tres dimensiones: 1) sentimientos de deterioro de energía o agotamiento, 2) distanciamiento mental del trabajo o sentimientos negativos o indiferencia relacionada al trabajo y 3) eficacia profesional reducida. El *burnout* se refiere específicamente a un fenómeno del contexto ocupacional y no debe ser aplicado para describir experiencias en otras áreas de la vida” (p.4).

A su vez Juárez García (2020), sugiere la utilización del modelo de semaforización para medir el estado emocional del personal de salud, tal como se muestra en la siguiente ilustración.

Ilustración 5: Semaforización del proceso psicosocial ante el COVID-19

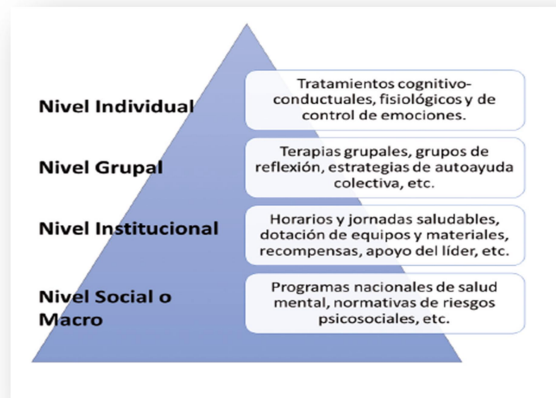


Fuente: Juárez García (2020)

A su vez, el autor menciona que se estima que la pandemia por COVID-19 tiene cuatro olas en la salud de la humanidad. La primera, se asocia con el impacto directo de morbi-mortalidad por contagios; la segunda, con el impacto por la limitación de los recursos o de las atenciones a condiciones de salud que no son COVID-19; la tercera, con el impacto que implica la interrupción de atención a pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas, y la cuarta ola, se refiere al incremento sustancial de casos de *burnout*, trastornos mentales y traumas psíquicos derivados de todos los sucesos sociales y económicos relacionados con la pandemia. De este modo, los profesionales de la salud mental son los próximos en estar en la primera línea de atención.

Por lo tanto, este autor, sugiere implementar una estrategia integral de prevención de *burnout* y alteraciones mentales para el personal de salud, que incluya cuatro niveles (Ilustración 6).

Ilustración 6: Niveles de intervención en burnout y salud mental en trabajadores de la salud ante COVID-19



Fuente: Juárez García (2020)

Muchos de los estudios expuestos en este trabajo, fueron llevados a cabo durante el año 2020. Es importante tener en cuenta que, en ese momento aún se desconocía los medios de contagio y las consecuencias del COVID-19; por lo que el temor y la angustia frente a esta incertidumbre eran mayores a las actuales. Hoy, aún se desconocen las consecuencias a largo plazo que puede dejar el contagio de este virus.

Más allá de eso, es innegable que los factores de RPST a los que habitualmente está expuesto el personal de salud se vieron incrementados durante la pandemia y que, paralelamente, surgieron otros factores de estrés laboral que agudizaron el riesgo de desarrollar problemas psicosociales.

En síntesis, aún queda mucho por investigar acerca del impacto de los factores de riesgo psicosociales en el trabajo para el personal de salud y sus consecuencias.

3. Investigación de campo

3.1 Metodología de relevamiento

Para esta investigación de corte cualitativo, se conformó una muestra a partir de tres poblaciones diferentes del SMD. El desafío de incluir a los líderes de áreas clave, al equipo de contención y al personal de salud del SMD, tuvo la intención de conseguir información diversa y amplia sobre el Programa de Contención por COVID-19, desde su planificación e implementación hasta la evaluación de sus resultados.

A continuación, se detallarán los instrumentos de recolección de datos utilizados y el objetivo de su aplicación.

3.1.1 Instrumentos de recolección de datos

Para el relevamiento de campo se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Entrevista individual con líderes de áreas clave del SMD.
- Entrevista individual con el equipo de contención.
- Encuesta al personal de salud del SMD.

Por un lado, las entrevistas que se realizaron a los líderes de las áreas clave del SMD, a las/os psicólogas/os y al equipo de Recursos Humanos que contuvo al personal del SMD a partir de marzo-2020 a diciembre-2021, buscaron medir su grado de involucramiento en la planificación e implementación del programa de contención. Así mismo, comprender cuál fue la vivencia de cada uno de los participantes frente a la pandemia y al programa de contención. Además, se propuso conocer la percepción que ellos tenían acerca de lo que ocurría con el personal de salud.

Por otro lado, también se procedió a realizar una encuesta al personal del Sanatorio Mater Dei. La misma fue de carácter auto-administrada de tipo *on line asincrónica* (a través de *Google Form*) e incluyó preguntas cerradas con opción múltiple. Para tener una mayor adherencia y confianza en la herramienta se acordó con el área de Comunicación Interna y RR.HH. del SMD que se enviaría de manera institucional y se compartirían los datos obtenidos, estableciéndose como población todo el personal del Sanatorio Mater Dei. A través de dicha encuesta, se buscó conocer la experiencia del personal frente a la pandemia y frente al programa de contención, en particular.

Resumiendo, en esta investigación se utilizaron entrevistas semi estructuradas y encuestas¹⁵ a diversos actores (ejecutores y usuarios finales) con la intención de obtener una mirada heterogénea respecto de todo el Programa de Contención, desde su planificación e implementación hasta su ejecución y resultados para poder responder con los datos obtenidos a los objetivos planteados en este trabajo.

3.1.2 Entrevista a los líderes clave del Sanatorio Mater Dei

Las entrevistas fueron llevadas a cabo con seis líderes clave del SMD, correspondientes a las siguientes áreas: Dirección Médica, Dirección de Hermanas de María de Schönstatt, Gerencia de Enfermería, Gerencia de Operaciones y Gerencia de Recursos Humanos.

En esta muestra quedan representadas todas las áreas clave del Sanatorio Mater Dei. Como se mencionó anteriormente, se trató de entrevistas semi-estructuradas. Las mismas se realizaron de manera presencial en el SMD con la población seleccionada, entre el 10 y el 19 de agosto del año 2022. Previamente, el lunes 08 de agosto de 2022 se envió un mail presentando el trabajado de investigación y explicando el modo en se llevaría a cabo la recolección de información (véase ANEXO 2).

Con la aprobación de Directores y Gerentes, se coordinó con cada líder el día y horario para realizar las entrevistas y se pidió su consentimiento.

¹⁵ Usted podrá acceder a todo el material en crudo en el siguiente enlace de google drive. <https://drive.google.com/drive/folders/1XDlzfocgeAo3cG9YkpEOsnzpst9jNFr>:

3.1.2.1 Algunos datos generales de los líderes

La población seleccionada está representada por el 66,7% de hombres, mientras que el 33,3% son mujeres.

Respecto a las edades, el 16,7% tienen entre 41 y 50 años, el 66,7% varía entre los 51 años y los 60 años, el 16,7% restante tiene más de 60 años.

Respecto a la antigüedad de los líderes entrevistados, el 66,7% tienen menos de 10 años de antigüedad, mientras que el 16,7% tiene entre 11 y 20 años de antigüedad y el otro 16,7% tiene entre 21 y 30 años de antigüedad.

El 100% de los líderes tienen un nivel de estudios superior (postgrado, maestría, doctorado).

3.1.3 Entrevista al equipo de contención

Las entrevistas con el equipo de contención, se realizaron entre el 10 y el 29 de agosto de 2022. Algunas, de manera presencial en el Sanatorio Mater Dei, mientras que otras se realizaron de forma virtual a través de *Google Meet*. Al igual que con las entrevistas a los líderes, luego de explicar por mail sobre el trabajo de investigación, se coordinó día, horario y modalidad de encuentro para llevar a cabo cada una de las entrevistas.

Fueron entrevistados siete personas, de ellos tres psicólogos/as externos y cuatro personas de RR.HH., de las diferentes áreas. Todos participaron del equipo de contención durante el período a analizar (marzo-2020 a diciembre-2021). Se seleccionó una persona de cada área de RR.HH. con el objetivo de obtener una mirada más amplia de diferentes sectores.

3.1.3.1 Algunos datos generales del equipo de contención

El equipo de contención entrevistado está representado por un 14,3% de hombres y 85,7% de mujeres.

Sus edades están representadas en un 85,7% entre 31 y 40 años, mientras que el 14,3% tienen entre 41 y 50 años.

Todos los entrevistados tienen una antigüedad inferior a 10 años trabajando dentro del SMD.

3.1.4 Encuesta al personal del SMD

La encuesta, fue enviada vía mail el 12 de agosto de 2022, con fecha de cierre el 31 de agosto de 2022. Tal como se comentó en el apartado anterior, con el objetivo de tener una mayor adherencia y confianza en la herramienta, se acordó con el área de Comunicación Interna y Gerencia de Recursos Humanos del SMD que se enviaría de manera institucional y se compartirían los datos obtenidos, estableciéndose como población todo el personal del Sanatorio Mater Dei.

En la última encuesta relacionada a esta temática emitida por el SMD, respondieron sesenta personas, por lo que se esperaba un número similar. Sin embargo, se superó esa expectativa ya que participó un total de noventa y un personas.

3.1.4.1 Algunos datos generales del personal del SMD

De las personas que respondieron la encuesta, el 78% son mujeres mientras que el 22% son hombres.

En cuanto a las edades de las personas que respondieron a la encuesta, el 37,4% tiene entre 31 y 40 años, el 29,7% entre 41 y 50 años, el 23,1 % entre 51 y 60 años, el 5,5% tiene entre 18 y 30 años y el resto (4,4%) más de 60 años.

La antigüedad de los encuestados también varía bastante. Así, el 58,2% tiene menos de 10 años de antigüedad, el 29,7% tiene entre 11 y 20 años de antigüedad, el 8,8% tiene entre 21 y 30 años de antigüedad y el resto, 3,3%, tiene una antigüedad superior a los 30 años trabajando en el SMD.

De las áreas que respondieron a la encuesta, el 56% pertenece a la Gerencia de Enfermería, el 16,5% a la Gerencia de Operaciones, el 11% a la Dirección Médica, las tres áreas clave del sanatorio (mencionado en la presentación de la institución). Mientras que el resto, el 16,5% de los participantes, pertenecen a las áreas soporte del SMD.

Finalmente, respecto al nivel de estudio de quienes contestaron la encuesta, el 48,4% posee título universitario, el 23,1% tiene estudios superiores (posgrado, maestría, doctorado, etc.), el 20,9% tiene estudios terciarios y el 7,7% posee estudios secundarios.

3.2 Presentación y análisis de la información de campo

En relación a las entrevistas, desde un primer momento todos los participantes tuvieron mucha predisposición a brindar la información requerida. Hubo dos detalles interesantes a destacar durante los encuentros. El primero, fue que muchos de los entrevistados cuando recordaron todo lo vivido se emocionaron. Otro, fue que la mayoría destacó que este espacio de reflexión sirvió para resignificar todo lo que el Programa de Contención hizo por ellos, y por el SMD, durante la etapa más difícil de la pandemia, entre el 2020 y 2021.

A continuación, se detallarán los resultados obtenidos a través de los instrumentos de investigación utilizados.

3.2.1 Impacto de la cultura organizacional vigente en el desarrollo del programa de contención

3.2.1.1 *Los primeros coletazos de la pandemia sobre el personal de salud*

Como pregunta disparadora, y a modo de introducción en el tema del trabajo de investigación, se les pidió a los líderes clave del SMD, al equipo de contención y personal del SMD que puedan viajar en el tiempo y recordar lo primero que pensaron y sintieron cuando comenzó la pandemia (11 de marzo

de 2020) y cuando se decretó el “aislamiento social, preventivo y obligatorio”¹⁶ (19 de marzo de 2020).

En los entrevistados, se observó un silencio hasta llegar imaginariamente a ese momento. En todos los casos, estuvieron de acuerdo que no hubo un momento concreto en que sintieron algo específico, sino que fue un proceso en el que aparecieron diversas emociones y pensamientos. Sin embargo, la incertidumbre, la angustia y el miedo aparecieron como emociones predominantes. El pensamiento que rondó fue el no saber qué hacer y, a la vez, pensar en diferentes escenarios (Tabla 1). En ese contexto, los líderes manifestaron preocupación por los pacientes, por el personal e inmediatamente sostuvieron que se debía hacer algo para acompañarlos, sin tener claro cómo o qué hacer.

Tabla 1. La pandemia y su impacto en los líderes clave del SMD

La pandemia y su impacto en los líderes clave del SMD	
Director Médico	<i>“No fue un único sentimiento o pensamiento, fueron varias sensaciones. Sentí una mezcla de emociones y pensamientos. Estábamos frente a situación inédita, un gran cambio en el mundo (...) Mi gran preocupación era pensar que un paciente nuestro podría morir solo. Eso, me angustiaba mucho”.</i>
Directora de Hermanas	<i>“Creo que fue preocupación por poder responder a los desafíos que se venían, por poder dar a los pacientes lo que necesitaban, por poder darle a todo el personal del sanatorio lo que necesitaban”.</i>
Director Médico Adjunto	<i>“No sé si fue en ese momento, creo que fue un proceso...había mucha incertidumbre acerca de lo que se podía y no se podía hacer y creo que el día que declararon el aislamiento (decreto 297/2020) te diría que ahí pensé ya está por llegar (...) Después de esa incertidumbre, una vez que se establecieron ciertas pautas, poner en práctica para esperar los casos que tardaron en llegar. Por otro lado, convencer a la gente de que lo que estábamos haciendo estaba bien. El Ministerio de la Nación sacaba unas pautas y el Ministerio del Gobierno de la Ciudad sacaba otras distintas, a su vez todo el tiempo cambiaba. Todo esto generaba más incertidumbre en el personal y en uno mismo. Sin embargo, en algo debíamos creer. Esto nos llevó a tomar decisiones y decir vamos por este camino que consideramos el más lógico, pero con el temor de no estar haciendo lo correcto. Hoy mirando para atrás creo que tomamos el camino correcto”.</i>
Gerente de Enfermería	<i>“Primero fue un impacto, fue un shock. Fue una sorpresa ya que era algo que veíamos en la tele que estaba pasando algo en algún lugar del mundo (...) Respecto a la institución, pensé que va a pasar con el Sanatorio”.</i>

¹⁶ El Presidente de la Nación Argentina, firmó el decreto 297/2020, por lo que se establecía que toda la ciudadanía debía permanecer en sus casas excepto el personal denominado esencial.

Gerente de Operaciones	<i>“Lo primero que pensé fue, con toda esta incertidumbre, como vamos hacer para pelear con eso desconocido. Pensé en diferentes escenarios y variables. Como en una guerra había que hacer estrategias con algunas áreas, trabajar las debilidades y fortalecer las fortalezas. También pensé, si pasamos esto podemos pasar cualquier cosa”.</i>
Gerente de Recursos Humanos	<i>“Yo recuerdo que el decreto fue el 19 de marzo, pero nosotros, Directores y Gerentes del Sanatorio, habíamos comenzado a reunirnos el 06 de marzo debido a que estábamos viendo lo que pasaba en España, Italia, etc. Ya veníamos hablando de lo que pasaría cuando tuviéramos que tomar decisiones crueles como elegir a quien darle una habitación, un respirador, etc. ya que los recursos serían escasos. En esos días ya se hablaba de barbijos y otros insumos. Lo que recuerdo claramente es la angustia de nuestro Director Médico que mencionaba esto, y que él junto al equipo que formaba el comité de bioética, se preguntaban y cuestionaban que parámetros se iban a tomar, etc. Cuando lo mencionaba se le entrecortaba la voz. Yo volví angustiado luego de ver a ese médico tan angustiado por eso. Pensé que nuestro rol, desde RR.HH. sería acompañarlos (...) Frente a esta situación se decidió parar todo y trabajar en apoyar a quienes estarían en la primera línea, ser soporte de ellos.”</i>

Fuente: Elaboración propia sobre datos del SMD

En línea con esto, el Equipo de Contención también manifestó de forma predominante incertidumbre, angustia y luego preocupación por el personal del SMD (Tabla 2).

Tabla 2. La pandemia y su impacto en el equipo de contención

La pandemia y su impacto en el equipo de contención	
Jefa de Relaciones Laborales (RR.LL.)	<i>“Primero escepticismo, luego cuando empecé a ver que era real y escuchaba en el Sanatorio lo que manifestaban los médicos, empecé a sentir miedo e incertidumbre. Fue muy raro todo lo que pasó”.</i>
Coord. de Capacitación y Desarrollo	<i>“Incertidumbre, no sabía que iba a pasar en el futuro”</i>
Coord. de RR.LL.	<i>“Primero, miedo debido a todo lo que se veía en la tele. Hasta que un día nos dijeron nadie más puede salir de sus hogares. Yo si quería estar acá trabajando. Veía las calles vacías, sin gente de repente, donde hasta el día anterior todo estaba lleno. Era mucha incertidumbre. Participar de las primeras reuniones donde se hablaba acerca de si alcanzarían o no las camas. Eso para mí fue terrible, no lo olvido más, definir quien tomaría la decisión de a quien se le daría respirador y a quien no, yo no podía creerlo. Jamás en la vida pensé que íbamos a estar hablando de eso”.</i>
Coord. de Administración de Personal	<i>“Sentí incertidumbre, no sabía lo que estaba pasando. Mucha incertidumbre y de a poco fue darnos cuenta que estábamos en medio de una pandemia. También era difícil sostener la incertidumbre de la gente, había muchas preguntas y uno tenía que estar preparado para responder por lo que también, era un gran desafío. Nuestro trabajo era un desafío diario, teníamos que sostener a la gente. De a poco era empezar a encontrar cuál sería nuestro rol”.</i>

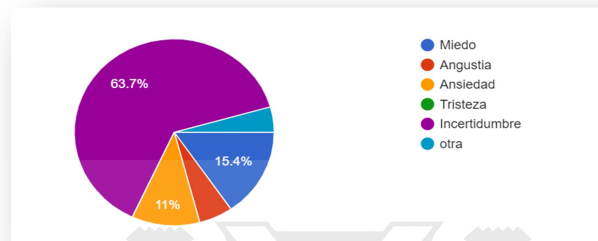
Psicóloga

“Es ese momento sentía mucha ansiedad e incertidumbre porque no sabía lo que iba a pasar. No solo por la pandemia, sino también a nivel laboral ”

Fuente: Elaboración propia sobre datos del SMD

En el caso de la encuesta realizada al personal del SMD, el 63,7% dijo haber sentido incertidumbre, el 15,4% miedo, el 11% ansiedad, el 5,5% angustia y el resto otras emociones, ninguno dijo haber sentido tristeza (Ilustración 7).

Ilustración 7 Emociones frente a la Pandemia



Fuente: Elaboración propia sobre datos del SMD

Como se puede observar en todos los casos se resaltó la incertidumbre, la angustia y el miedo, como emociones predominantes frente a la noticia de la pandemia¹⁷.

A lo largo de este apartado, se puede identificar que la pandemia trajo consigo emociones diversas y complejas, asociadas a aspectos negativos que poco podían colaborar con la actividad cotidiana del personal de salud. En este sentido, aparece la necesidad de buscar estrategias que acompañen al personal y atiendan el factor humano, durante esta etapa.

Tal como refiere Boyatzis (2008), el cambio deseado y sostenible se logra en equipo cuando se convierte en una visión compartida sobre el futuro de este grupo. En el SMD, se puede vislumbrar, en las entrevistas efectuadas, que los líderes (Directores y Gerentes) y el equipo de RR.HH., compartían una misma visión e idea acerca del acompañamiento y contención que necesitaba el personal de salud y los pacientes durante esta etapa tan crítica.

¹⁷ En la sección sobre los factores de riesgo psicosociales agudizados por la pandemia, se profundizarán estos aspectos y se desarrollará el impacto negativo que acarreo la pandemia para el personal de salud del SMD.

El SMD fue movido por razones ético-sociales, tal como lo menciona Rodríguez Garay (2009), basado en su sistema de creencias y valores. Esto lo condujo a identificar la necesidad de planificar e implementar el Programa de Contención por COVID-19.

3.2.1.2 **Planificación e implementación del programa de contención**

Con el objetivo de analizar la planificación e implementación del Programa de Contención, se les pidió a los líderes clave y al equipo de contención que relataran cuál fue el grado de involucramiento en el armado y planificación del mismo. La mayoría, manifestó haber estado involucrado en mayor o menor medida, fundamentalmente los líderes clave del SMD junto a RR.HH.

Sin embargo, en la implementación propiamente dicha estuvo involucrado RR.HH. liderando el equipo de contención, que ejecutó dicho programa. Este rol que asumió Recursos Humanos fue fundamental, ya que, tal como sostiene Boyatzis (2008), para que se produzca un cambio deseado y que este sea sostenible debe haber un claro liderazgo, un líder capaz y efectivo.

Al tratarse de una situación de crisis intempestiva e inesperada, no hubo tiempo para planificar estratégicamente. El camino escogido, fue el de entender que había una necesidad concreta, implementar el programa lo más rápido posible, para luego evaluar mejoras y cambios.

Así el Gerente de Recursos Humanos, lo relataba de la siguiente manera:

“El programa como muchas cosas que nacen en las crisis, no fue tan planificado. No recuerdo que se haya planificado estratégicamente tanto. Se lanzó y se fue acomodando sobre la marcha. Si, sabíamos que debíamos buscar psicólogos para esta función. Ya veníamos trabajando con una psicóloga que nos brindó su expertise haciendo intervenciones en dos casos conflictivos, pero debimos salir a buscar más psicólogos para apoyar a nuestro personal y armar un equipo. El Programa de Contención nace, primero acompañando al personal de salud y luego se aplicó también a pacientes y familiares...” (sic).

Cabe destacar que la cultura organizacional vigente del SMD facilitó el establecimiento de esta mecánica. Siguiendo a Schein (1988), quien considera funcional una cultura organizacional que contribuye a la integración interna de sus miembros y a la adaptación externa a los cambios contextuales y a Rodríguez Garay (2009), para el cual la cultura organizacional es funcional cuando está alineada con la estrategia y crea una identidad organizacional. Donde los valores aumentan la integración de las personas que forman parte de ella y, paralelamente crea una imagen positiva hacia la sociedad. Además debe ser flexible y estimular la motivación, el compromiso y la creatividad hacia los cambios necesarios para la adaptación de la organización a nuevas condiciones y desafíos del entorno

Tal como lo describen ambos autores, se considera que la cultura del SMD es funcional e hizo posible adaptarse a las nuevas necesidades que planteó la pandemia, dando respuestas claras y rápidas a esa nueva coyuntura.

En cuanto al equipo de contención, no todos estuvieron involucrados desde el primer momento en el armado del programa, sino que se fueron sumando con el correr del tiempo, aportando su *expertise* e ideas para hacer mejoras.

Así, la Coordinadora de RR.LL. recuerda que *“la primera idea que surgió fue que algunos de RR.HH. que tengan determinado perfil, un perfil más soft, van a ser parte del equipo de contención para contener a quienes iban quedando en aislamiento para hacerles un llamado y ver como estaban, como se sentían, que necesitaban. Ver cómo ayudarlos. Éramos cinco o seis personas de RR.HH. Era muy demandante porque teníamos varias personas con licencia especial por COVID-19. Debíamos redactar nuevos protocolos y hacer cambios. Después en abril, se armó el Programa de contención propiamente dicho, liderado por la Jefa de Transformación Cultural y se convocó a psicólogos para que trabajen con el personal del sanatorio”* (sic).

De acuerdo a lo planteado por Boyatzis (2008), en relación a los descubrimientos que se dan en cualquier proceso de cambio, se puede ver que en la planificación e implementación del Programa de Contención los cuatro descubrimientos se dieron de una manera muy rápida.

El primero al que hace referencia Boyatzis (2008), es la construcción del Yo Ideal. En el SMD, desde que comenzó la pandemia estuvo claro cuál era la línea que se quería seguir, acompañar y contener al personal, por un lado y a pacientes y sus familias, por el otro.

El segundo descubrimiento, está relacionado a la claridad de las fortalezas y áreas de mejora. En este caso el SMD tenía claridad de las mismas, gracias a al análisis FODA efectuado años anteriores.

En el tercer descubrimiento hace mención al aprendizaje para que las personas mejoren su rendimiento. En el SMD se desarrollaron protocolos y se brindó capacitación de los mismos. Además se brindaron capacitaciones relacionadas al abordaje de situaciones difíciles y sobre comunicación.

El cuarto descubrimiento, consiste en llevar a la práctica los cambios deseados y planificados. Esto se hizo concreto en la implementación y práctica del programa en su conjunto.

Finalmente, otro punto que señala Boyatzis (2008), como importante, es la presencia de un claro liderazgo. El Programa de Contención por COVID-19 fue liderado de punta a punta desde el área de Transformación cultural y Planificación de RR.HH.

3.2.1.3 *Dificultades y obstáculos en la planificación e implementación del Programa de Contención*

Para conocer y analizar las dificultades y obstáculos que se presentaron en la planificación e implementación del Programa de Contención, se les preguntó a los entrevistados que detallarán cuales fueron esas dificultades y obstáculos. Como respuesta se obtuvo que no todos los entrevistados estaban en conocimiento de los mismos, debido a que muchas de ellas fueron resueltas por Recursos Humanos. Por ejemplo, la Directora de Hermanas, en relación a esta pregunta dijo *“no sabría decirle porque era RR.HH. quien estaba en la organización de todos los detalles”* (sic).

En el caso de los médicos, tanto el Director Médico como su Adjunto estuvieron involucrados en la planificación, ya que llegar a los médicos con este programa era una tarea difícil. Ellos manifestaron que *“La principal dificultad fue lograr coordinar día y horario de tantos Jefes de Servicios (médicos), fue bastante complicado. Sin embargo, inmediatamente todos aceptaron y entendieron lo importante que era esto (...)”* (sic). *“Al principio costó que los médicos adhirieran, había que convencerlos de que era importante y necesario hacerlo. Luego se formó un grupo muy bueno que continuó trabajando junto, más allá de esos espacios de contención. Muchos estaban esperando ese momento. Tenían que probarlo y luego de probarlo se dieron cuenta que era necesario”* (sic).

En esta respuesta se ve claramente lo que Kievsky (2021) llama “barrera cognitiva”. Es decir, la forma habitual de pensar que pone de manifiesto los modelos mentales y paradigmas de las personas. Es importante conocerlos para saber cómo y de qué manera trabajarlos.

Desde RR.HH. se sabía que éste sería el público más difícil, por lo que involucrar al Director Médico y al Director Médico Adjunto en la planificación fue una muy buena estrategia a fin de poder llegar a los Jefes de los diferentes Servicios Médicos. Sin embargo, en un primer momento no se pudo llegar al resto de los médicos.

Otro de los obstáculos que apareció, fue que la gente confiara en lo genuino de querer acompañarlos. Por ejemplo, en el equipo de contención la Jefa de RR.LL. sostuvo que *“en la práctica era difícil comunicarse con las personas desde un rol distinto. Las personas sentían que se los llamaba para controlarlas y no para contenerlas, sobre todo cuando se llamaba desde RR.LL. El gran desafío fue contener sin saber hacerlo, sin haberlo hecho nunca y con la sensación de no saber si lo haría bien. Así mismo, cada uno de nosotros también estaba pasando un momento muy difícil a nivel personal”* (sic).

En este ejemplo se pueden ver las otras barreras a las que hace mención Kievsky (2021). La “barrera emocional” en el primer párrafo y la “barrera operativa” en el segundo párrafo. La primera hace referencia al impacto emocional que produce el cambio y que puede manifestarse a través de

diversas reacciones y/o comportamientos como el enojo, la ira, la frustración. La del segundo tipo, describe todo aquello que no se sabe pero que se puede aprender, aquellas competencias que se deben incorporar en todo proceso de cambio para que este sea efectivo.

Finalmente, tanto Kievsky (2021) como Melamed (2022) hacen mención a la importancia de la confianza para que cualquier cambio se produzca. Según Kievsky (2021), es la emoción primordial en las relaciones interpersonales y se sustenta en las actitudes y comportamientos de las personas. Para esto es necesario ser competente, consistente, creíble, considerado. Mientras que Melamed (2022), sostiene que la confianza se construye, no es algo que se gana por tener un nivel jerárquico determinado. Sugiere que si crea condiciones de confianza en los equipos de trabajo, esto generará mayor seguridad psicológica, lo que beneficiará a la inclusión, la colaboración, la creatividad e innovación. También, afirma que los líderes empáticos, capaces de escuchar y brindar apoyo a sus equipos, generando una confianza mutua, son los grandes ganadores de esta época (Melamed, 2022).

Un ejemplo de esta confianza se puede ver en la respuesta brindada por una de las psicólogas del equipo de contención, quién manifestó que: *“En esos espacios in situ (implementados a partir de diciembre de 2020), que eran nuevos, la mayor dificultad fue que la gente se sintiera en confianza para poder abrirse (...) que estaba ahí para escucharlos y ayudarlos en lo que les estaba pasando (...)”* (sic).

Además de las barreras mencionadas, *off the record* se manifestaron otros obstáculos. Por un lado, conseguir profesionales de la salud mental que en el 2020, luego de decretada la pandemia quisieran trabajar de manera presencial en el sanatorio, con todo lo que eso implicaba en ese momento de tanta incertidumbre y miedo. Y, por otro lado, que esos profesionales de la salud mental comulgaran con los valores y creencias del SMD. Tal como lo mencionó la Directora de Hermanas de María de Schönstatt, solo la Jefatura de Transformación Cultural y la Gerencia de RR.HH. estaban en conocimiento de estos detalles y de resolverlos.

3.2.1.4 **Lanzamiento e implementación del Programa de Contención**

Tal como se señaló en este trabajo, el Programa de Contención fue lanzado oficialmente el 1° de abril de 2020. Al indagar acerca de cómo fue vivenciado, los líderes sostuvieron que fue exitosa la implementación del Programa de Contención, poniendo de manifiesto los valores más profundos del SMD (Tabla 3).

Tabla 3. Implementación del Programa de Contención, según los líderes clave del SMD

Implementación del Programa de Contención, según líderes clave del SMD	
Director Médico	<i>“Fue exitosa, el lanzamiento fue efectivo. Sin embargo, era difícil que todos los médicos pudieran estar debido a las diferentes situaciones que se presentaban. Con el correr del tiempo, a raíz de un tema que surgió en uno de esos encuentros, se me ocurrió llevar algo para compartir (empanadas), sentí que era una forma de mimar, de compartir un momento y de contener de alguna manera. A partir de ahí todos los encuentros alguien llevaba algo para comer, respetando el protocolo de no bajarnos los barbijos todos juntos y de respetar la distancia social, nos turnábamos para comer. Tanto los encuentros como ese gesto nos acercó mucho como equipo”</i>
Directora de Hermanas de María de Schönstatt	<i>“Fue exitosa. Estuvo RR.HH a cargo de toda su implantación y desde mi lugar fue acompañar y apoyar cada decisión.”</i>
Director Médico Adjunto	<i>“Fue muy bueno. Muy adecuado para el momento...”</i>
Gerente de Enfermería	<i>“Fue muy positivo”.</i>
Gerente de Operaciones	<i>“Fue importantísimo.”</i>
Gerente de Recursos Humanos	<i>“Para la institución la implementación del programa fue un diferencial marcado, dejó en evidencia sus valores, el cuidado de la vida y la dignidad humana. De hecho, se publicó y fue copiado este protocolo por diversas instituciones y provincias. Salimos en muchos medios”.</i>

Fuente: Elaboración propia sobre datos del SMD

Dentro del equipo de contención, todos estuvieron de acuerdo que fue fundamental la implementación de dicho programa en ese momento, poniendo de manifiesto y haciendo vivo el lema del SMD, tal como lo expresa la Coordinadora de Capacitación y Desarrollo, *“fue fluida la implementación, surge de la necesidad de acompañar al otro y hacer vivo nuestro lema”* (sic).

Una de las psicólogas, describe con detalle el trasfondo de esa implementación *“Armamos agenda de encuentros para todos los turnos, la cual variaba de acuerdo a la respuesta y demanda de las personas, era una agenda muy dinámica. Teniendo la precaución de no agrupar tanta gente en un mismo*

espacio para respetar el distanciamiento social pero también para respetar la intimidad y espacio de ayuda mutua. El mensaje que manejábamos era que estábamos juntos en esto y que podríamos afrontarlo de esa manera. En esos espacios éramos proveedores de herramientas, pero también tomando los temas que aparecían y encauzarlo sobre todo cuando detectábamos que alguien necesitaba un abordaje individual” (sic).

De lo expuesto a lo largo de este apartado, queda en evidencia que no se trató de una planificación estratégica sino más bien intuitiva que ha intentado responder a la demanda y necesidades concretas que se presentaron con la realidad que interponía la pandemia. Sin embargo, la implementación fue exitosa debido a que la cultura organizacional vigente del SMD permitió que este dispositivo con las características del Programa de Contención por COVID-19 pudiera implementarse y llevarse a cabo dentro del sanatorio.

Así mismo, se puede observar que debido a lo mencionado por los entrevistados, RR.HH. jugó un papel muy importante tanto en la planificación y resolución de problemas como en su implementación. En el siguiente punto se analizará en detalle el rol de RR.HH. en el Programa de Contención.

3.2.2 El rol del Recursos Humanos en la formulación e implementación del programa de contención

En este apartado se analizará, a través de los resultados obtenidos de las entrevistas y de la encuesta, cuál fue el papel que jugó RR.HH. conteniendo al personal del SMD y liderando el Programa de Contención.

Los líderes manifestaron que el rol de RR.HH. fue fundamental. El Director Médico, por ejemplo, describe que Recursos Humanos *“tomó un rol que no sabíamos que podía tomar o que estaba preparado para hacer. Hasta ese momento para la gran mayoría RR.HH. era quien pagaba los sueldos, quién controlaba el ausentismo y seleccionaba el personal. A partir de su involucramiento en lo que le pasaba a cada uno, dando respuestas a varias preocupaciones hizo que se cambiara la imagen que se tenía de RR.HH.” (sic).* A su vez, la Directora de Hermanas de María de Schönstatt sostuvo que el rol

de RR.HH. *“fue fundamental, tanto en la planificación, como en la implementación del programa de contención. Como así también en la contención del personal, tomando contacto con cada uno que lo necesitaba. Una vez más fue un trabajo en equipo que con el apoyo de las direcciones del Sanatorio, se pudo llevar a cabo”* (sic).

El Gerente de Operaciones manifestó que *“RR.HH. fue todo, el impulsor del programa, el seguimiento, el manejo de estadísticas, informes claros. La gestión de cada caso no era un número más, ahí se vio la calidez. RR.HH. se manejó con los valores del SMD sellados a fuego, abordando la multidimensionalidad de lo que le estaba pasando a la persona. Transmitieron tranquilidad, bajaron la incertidumbre. Difícilmente otra gerencia podría haberlo abordado mejor”* (sic).

El equipo de contención también consideró que el rol de RR.HH fue muy importante. La Coordinadora de RR.LL. relató que *“Fue fundamental., RR.HH. estuvo desde un primer momento en todo, redactando protocolos, en las compras de EPP, fuimos los primeros en empezar a contener y ayudar a las personas. Estábamos en todos los temas de discusión del sanatorio. Terminamos en discusiones que ni siquiera sabíamos por qué, pero se escuchaba nuestra opinión. También ayudando a las Hermanas para contener a los pacientes y familiares por lo que nos ocupamos no solo de nuestro personal sino del servicio que se brindaba a pacientes y familiares. Atendiendo casos sociales. Por todo esto creo que RR.HH. ocupó un rol fundamental”* (sic).

Uno de los psicólogos también señaló que *“el papel de RR.HH. fue como un amortiguador gigantesco. Fue un trabajo infernal, respondiendo a todas las preguntas, gestionando licencias, estudiando los diferentes protocolos y estando actualizados para dar la mejor respuesta. Sin embargo, hoy se nota el cansancio en la gran mayoría (...)”* (sic).

Sin embargo, en la encuesta al personal del SMD aparecen respuestas disimiles respecto del papel que jugó RR.HH., en términos de contención durante la pandemia. Algunos, plantearon desconocer el papel de RR.HH. durante la pandemia. Por ejemplo, *“Lo desconozco”, “No me llego ninguna*

intervención”, “Realmente no utilicé el programa, desconozco los roles y acciones del equipo de RR.HH.”.

Otros, apreciaron de modo negativo el rol contenedor de RR.HH.: *“No sentí contención”, “No note ningún rol de esa área”, “creo que favoreció solo a los puestos no asistenciales (...)” “Pésimo. Apercibieron a los que tuvieron contacto con covid sin saber”.*

No obstante, debe señalarse que el 56% de los encuestados destacaron que se sintieron contenidos y acompañados por Recursos Humanos, durante este período. Algunos ejemplos de ello, lo resaltan frases tales como: *“Fundamental, conteniendo y generando contextos aptos para la comunicación abierta y la innovación”, “Muy importante, me sentí contenido y cuidado”, “Estuvo siempre presente de una u otra manera”.*

De lo expuesto se puede concluir que RR.HH. jugó un papel fundamental y central, liderando la planificación, la implementación y la ejecución del Programa de Contención. Esto, se pudo ver claramente en las respuestas brindadas tanto por los líderes como por el equipo de contención en las entrevistas efectuadas. En este proceso, los profesionales de RR.HH. cumplieron un papel primordial y crítico, siendo catalizadores, facilitadores y diseñadores del cambio, tal como lo describe Ulrich (1987).

En esa misma línea, siguiendo a Kievsky (2021), RR.HH. atendió las diferentes barreras del cambio que se presentaron en las personas.

3.2.3 Impacto de la pandemia por COVID-19 en el personal del SMD

En este apartado, se analizará el impacto de la pandemia en el personal del Sanatorio Mater Dei. También, se evaluará si los factores de riesgo psicosocial que caracterizan al personal de salud, que se vieron agudizados durante la pandemia.

3.2.3.1 ***Impacto de la pandemia en el personal del SMD, de acuerdo a la mirada del propio personal de salud.***

A través de la encuesta administrada, se pudieron recoger algunos datos, que dan cuenta del impacto de la pandemia en el personal de salud del SMD:

El 56% manifestó que sintió miedo a contagiarse de Sars-Cov-2. Sin embargo, el 90,1% sintió miedo de contagiar a un ser querido. El 76.9% sintió temor a morir por COVID-19, mientras que el 86.6% tuvo miedo por la muerte de algún familiar.

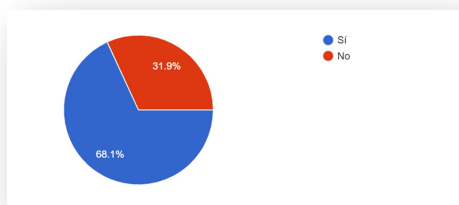
Esto se relaciona con lo mencionado por Padrón (2020), quien sostiene que con la llegada de la pandemia la situación del personal de salud se complejizó debido a que a la angustia diaria, se le sumó el miedo de estar en contacto con el virus, contagiarse y morir de COVID-19. Pero fundamentalmente lo que primó fue el miedo a provocarle daño a un ser querido, a “llevar” el virus a sus hogares, “vamos a llevarlo a nuestra casa, lo vamos a tener adentro, con nuestros padres, hijos, hermanos y familia” (p.126).

Más del 60% manifestó haber tenido cambios en sus relaciones interpersonales. Solo el 20,9% tuvo problemas en sus relaciones interpersonales.

Casi la mitad del personal (44%) sufrió somatizaciones, como: “*cansancio*”, “*estrés*”, “*dolor muscular*”, “*cefalea*”, “*taquicardia*”, “*insomnio*”, entre otros, como resultado de la situación que se estaba atravesando. Sin embargo, solo el 4,4% dijo haber recibido un diagnóstico de trastorno mental, principalmente “*ansiedad*”, “*depresión*”, “*estrés*”.

Más del 60% afirmó que se produjeron cambios en su trabajo diario, principalmente debido a la implementación de protocolos y al incremento del trabajo (Ilustración 8).

Ilustración 8 Cambios en los hábitos laborales



Fuente: Elaboración propia sobre datos del SMD

Tal como lo mencionó Henry (2020), como efecto de la pandemia se produjeron cambios en el mundo del trabajo. Esta autora mencionó tres de ellos que pueden verse en el personal del SMD. Como producto de padecer enfermedades crónicas o por la edad para algunas personas su trabajo directamente se detuvo. En el SMD, solo el personal administrativo pudo migrar sus trabajos a sus hogares, realizando trabajo remoto. El personal del SMD vio modificado la manera en que venía trabajando, ya que debieron aplicarse protocolos, uso de EPP, cambios en las dinámicas y modalidad de trabajo como producto de la pandemia.

3.2.3.2 **Impacto de la pandemia en el personal de salud de acuerdo a la mirada de líderes y equipo de contención.**

Al preguntar a los líderes y al equipo de contención, a través de las entrevistas individuales, cuáles fueron los principales interrogantes, preocupaciones o problemas que veían en el personal de salud, todos concluyeron que el miedo al contagio, principalmente a contagiar a un ser querido y la incertidumbre frente a todo el nuevo escenario eran los temas de preocupación que más surgió en el personal de salud.

Por ejemplo, la Jefa de RR.LL. respondió que el personal de salud sentía *“Mucho miedo al contagio, principalmente contagiar algún familiar sobre todo niños y adultos mayores (...)”* (sic). En la misma línea, uno de los psicólogos del equipo de contención, manifestó que *“El miedo era lo principal, fundamentalmente el miedo a contagiar a un familiar luego de trabajar, al volver a casa. La incertidumbre y confusión que generaban las diferentes*

informaciones. Ansiedad anticipatoria debido a estar esperando algo que no se sabía bien que era. Todo esto fue al principio y la gente lo exteriorizaba de diferentes maneras, muchas veces a través del ataque, de la negación en algunos con tinte paranoico por ejemplo, la idea de que esto está armado para controlarnos” (sic.).

Mientras que el Director Médico recordó que “En los encuentros todo el equipo de profesionales tenía el espacio para manifestar que estaba sintiendo. Surgieron muchas preocupaciones e interrogantes, por ejemplo ¿qué nos va a pasar?, ¿cuándo termina? El miedo al contagio, no tanto propio sino de un familiar. Creo que se discutían temas vitales científicos, tal vez preocupaciones propias disfrazadas de científicas como si habría vacuna. Creo que en el fondo era la necesidad de encontrar alguna solución a los que se estaba viviendo. Lamentablemente se murieron algunos colegas, la muerte de ellos recrudeció el miedo a la muerte propia que estaba oculta, nos hacía conscientes de que somos seres humanos” (sic.).

El Gerente de RR.HH. relató que “Primero, básicamente incertidumbre en todo sentido, van a servir las máscaras, tenemos suficiente EPP, etc. Desde lo disciplinario debíamos lograr que la gente tome conciencia y se cuide para evitar quedarnos sin personal. También había miedo, angustia, sumado a la incertidumbre, esto generó algunos conflictos. De marzo a junio/julio del 2020 no teníamos casos de pacientes. Luego de esa fecha si veíamos mayor estrés y algunas cosas contradictorias en la sociedad, por un lado aplaudía al personal de salud y por otro lado los discriminaban. Habían varias discusiones, la veracidad del virus y más tarde la veracidad de la vacuna. Hasta diciembre del 2020 los motivos de incertidumbre, temor y angustia fueron variando. Todo esto desgasto muchísimo a los equipos asistenciales” (sic).

3.2.3.3 Factores de riesgo psicosociales agudizados por la pandemia

En las entrevistas individuales realizadas a líderes y equipo de contención, se les preguntó si consideraban que los factores de riesgo se agudizaron durante la pandemia en el personal de salud. Tanto los líderes clave del SMD como el

equipo de contención estuvieron de acuerdo en que dichos factores se vieron intensificados y agudizados por la pandemia por COVID-19.

Así mismo, se les pidió que detallaran cuáles eran esos factores de riesgo que consideraban que se habían agudizado con la pandemia en el personal de salud del SMD.

El Director Médico Adjunto hace un relato muy detallado de todo lo que fue ocurriendo por lo que se transcribe tal cual, ya que en él se grafica los distintos momentos por lo que atravesó el personal de salud dentro del SMD. *“Creo que la pandemia trajo algo diferente, ya que esa primera etapa hasta que llegaron los primeros casos abundó la incertidumbre, esa espera generó en la gente mucha angustia pensando que estaríamos desbordados con gente en pasillos, que sería una catástrofe y eso generó una angustia terrible. Como no había mucho para hacer ya que teníamos una muy baja ocupación, la gente se la pasaba escuchando y leyendo cosas que aumentaba su ansiedad y angustia. Luego cuando llegaron los primeros casos se dieron cuenta que lo que leyeron no era tan así, se empezó a tener un marco de realidad. Se empezó a ver que entro y salgo de la habitación y si me cuido, no me pasa nada y que no es tan terrible como por ahí lo leímos y que contamos con todo para protegerse. Creo que ahí se empezaron a alinear todas esas incertidumbres para transformarlos en certezas, lo que llevó a que bajara la angustia. Pero para mí, esa primera ola no fue tan compleja porque no había tantos pacientes graves. Y cuando la gente pensó que íbamos a tener un verano tranquilo e íbamos a poder descansar y salir de esa pandemia, se vino la segunda ola. Comenzó fines de diciembre, yo la tomo como segunda ola hay gente que no la toma como segunda ola sino como el recrudecimiento de la primera. Fue algo inesperado. Sí, totalmente inesperada y abrupta, ahí empezamos a ver pacientes graves. Hacia febrero bajaron nuevamente los casos. No había todavía esa sensación de estoy protegido por la vacuna. Y cuando uno decía, bueno, estamos empezando un poco mejor porque ya estamos vacunados, se vino esa tercera, que para mí fue demoledora porque fue la que más trabajo nos dio, la más compleja y es la que realmente vivimos la posibilidad de tener que elegir quién moría y quien no moría, llegamos a tener el 100% de la terapia intensiva completa, con la carga emocional que les llevaba a la gente, que no había*

podido tener el descanso necesario. Esto provocó mucho estrés, cansancio, agotamiento crónico que aún persiste en todos. La cuarta ola fue mucho más leve por la vacunación, los únicos que trabajaron mucho fueron los profesionales de la guardia por la cantidad de pacientes que se acercaban con síntomas, que al ser leves no requerían internación” (sic).

En este relato tan detallado de todo lo que ocurrió a partir de marzo 2020, se pueden vislumbrar varios puntos de los visto en la teoría. Cuando el Director Médico Adjunto describe que la tercera ola fue la más demoledora porque en ese momento se debió elegir a quien salvar, se pone en evidencia, lo mencionado por Neffa (2017), cuando describe los seis factores de riesgo a los que está expuesto el personal de salud. Uno de ellos, hace referencia a los conflictos éticos que se produce cuando se debe realizar actividades que van en contra de la escala personal de valores. Este cuarto punto, se pone de manifiesto ante la idea de tener que elegir a quien se salva. Tema que surgió en los directores y en el personal de salud ni bien comenzó la pandemia, pero frente a la tercera ola se podía materializar. Lo que generaba mucha angustia, sumado al cansancio con el que ya contaba el personal del SMD.

También se hace mención a la intensidad del trabajo, que resulta de la duración, configuración del tiempo de trabajo, riesgos ambientales y demandas psicológicas, generando estrés. Todo esto se puede ver en la vivencia del personal de salud del SMD.

Otro de los puntos que menciona Neffa (2017), es el grado de la autonomía y de control del trabajador sobre el trabajo que lleva a cabo. También habla de las exigencias de controlar sus emociones, las de sus compañeros y de las personas con las que interactúa.

El quinto factor de riesgo mencionado por Neffa (2017), describe el clima laboral y la calidad de las relaciones sociales y de trabajo. Como vimos en los apartados anteriores, la calidad de las relaciones sociales y de trabajo se vio modificado para bien y para mal durante la pandemia, tanto con familiares como con compañeros de trabajo.

Finalmente, Neffa (2017) describe que el sexto factor de riesgo psicosocial está relacionado a las condiciones de estabilidad y seguridad en el trabajo, lo que durante la pandemia se vio totalmente alterado. Desde el SMD se intentó mantener la estabilidad laboral y la seguridad, tal como fue mencionado en las entrevistas, manteniendo los puestos de trabajo, pagando los sueldos, acordando con el sindicato un período de paz, proveyendo de EPP, entre otras acciones. Sin embargo, la incertidumbre y el temor en el personal de salud, sumado a lo que los medios de comunicación transmitían acrecentaban esta sensación de inestabilidad e inseguridad. A esto último, Henry (2020) lo llama bombardeo-infodémico.

A lo relatado por el Director Médico Adjunto, se suma lo que la Jefa de RR.LL. dice *“En nosotros (equipo de contención y personal de RR.HH.), también se incrementó el estrés ya que trabajábamos 24/7. Sin embargo, creo que el haber tenido el programa a tiempo ayudó mucho”* (sic).

Como puede constatarse, al riesgo de estar expuesto y el contacto permanente con el Sars-Cov-2, se le suma la gran carga de trabajo, los cambios en los modos de hacer el trabajo diario y las demandas psicoemocionales, constituyendo uno de los desafíos más grandes para el personal de salud, tal como lo menciona Juárez García (2020).

Una de las Psicóloga hace referencia a lo que hoy está ocurriendo como producto de la pandemia *“(...) en este último tiempo se empezaron a ver más las secuelas de lo que fue y es la pandemia. Es como que durante 2020 y 2021 se fue sembrando y ahora empezó a cosechar. Cuando todo el estrés y la ansiedad que había empezó a bajar empezaron a aparecer más trastornos emocionales como síntomas de ansiedad, hay muchas personas que atravesaron por primera vez ataques de pánico, muchos que están en duelo por que perdieron seres queridos. Aparece angustia porque la pandemia puso en jaque las prioridades y hoy la gente se lo pregunta, lo cual está bueno, pero genera todo un análisis existencial más profundo”* (sic). Esto último es a lo que Juárez García (2020) denominó la cuarta ola, el impacto de la pandemia en la salud mental del personal de salud.

A modo de síntesis, se puede comprobar a través de la encuesta administrada y a través de las entrevistas realizadas, que todos los factores de riesgo psicosociales se incrementaron en el personal de salud durante este período, tal como lo hubiera señalado Juárez García (2020). Además, se sumaron otros estresores propios de la situación de pandemia como: el temor al contagio propio y de un ser querido, el incremento del trabajo, el aumento de la demanda, el aislamiento social que produjo cambios y, en algunos casos, problemas en las relaciones interpersonales, llegando en caso más extremos a la discriminación y violencia. También se suma la incertidumbre y la falta de certezas.

Frente a lo expuesto, en el próximo apartado se analizará cuál fue el impacto que tuvo el Programa de Contención en el personal del SMD.

3.2.3.4 Impacto del Programa de Contención en el personal del SMD

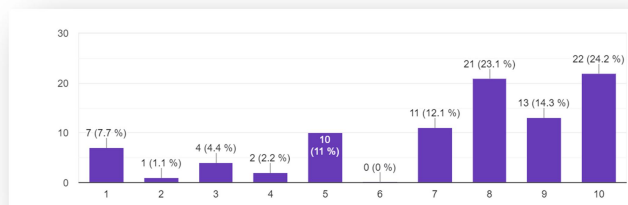
En este apartado se identificará, a través de las preguntas efectuadas tanto al personal del SMD como a los líderes clave, cuál fue el impacto que tuvo el programa de contención.

La principal información recogida, a través de la encuesta y de las entrevistas, es la siguiente:

El 78% del personal del SMD dijo haberse sentido contenido y acompañado, a través del Programa de Contención por COVID-19.

Así mismo, se le pidió al personal del SMD que evaluaran del 1 (nivel más bajo) al 10 (nivel más alto) la contención y acompañamiento recibido. Más del 70% de los encuestados puntuó la contención recibida por arriba de 7 (Ilustración 9).

Ilustración 9 Evaluación de la contención y acompañamiento recibido por el personal del SMD



Fuente: Elaboración propia sobre datos del SMD

Todos los líderes clave del SMD entrevistados consideró que su equipo tuvo la contención y el acompañamiento que necesitaban.

El 100% de los líderes clave del SMD afirmó haber recibido a través del programa de contención las herramientas necesarias para hacer frente a la situación que estaban viviendo. Al pedirle que explicitaran cuáles fueron esas herramientas, sus respuestas fueron variadas. Sin embargo, todos coinciden en que les permitió desarrollar más la empatía, ser más empáticos entre compañeros, con los pacientes y familiares. En relación a esto, Melamed (2022), dice que los líderes empáticos, capaces de escuchar y brindar apoyo a sus equipos, son los grandes ganadores de esta época.

La Directora de Hermanas de María de Schonstatt recordó que, cuando el equipo de contención se sentía muy abrumado, se contrató a principios del año 2021 una profesional (Psiquiatra), especializada en trabajo con grupos de profesionales de la salud mental y con residentes de psiquiatría. Quién brindó herramientas para continuar trabajando tanto con el personal como con los pacientes y familiares. Ella menciona que la herramientas que puedo incorporar fueron, principalmente la resiliencia y aprender a manejar situaciones de gran angustia en el personal.

Mientras que el Gerente de RR.HH. explicaba que el Programa de Contención "(...) trajo una mirada diferente a la hora de abordar casos, por ejemplo en los casos sociales. Yo tenía una mirada más de cómo lo abordaban los asistentes sociales, y esto le dio una mirada más integral. Otro aprendizaje fue empatizar y para proveer mucha información para las capacitaciones de los líderes.

Porque los líderes aprendieron a manejarse de una manera más humanística (...)" (sic).

Para finalizar, se les preguntó que aprendizajes obtuvieron de dicho dispositivo, que enseñanzas les dejó el Programa de Contención. Tanto los líderes clave como el equipo de contención concluyeron que, a partir del programa, obtuvieron muchos aprendizajes relativos al trato humano y empático con el otro.

Dentro del equipo de contención, la Jefa de RR.LL. señaló *"el principal aprendizaje es que la salud mental es vital. Que ayudar al otro también te enriquece y te ayuda a vos mismo. Me tocó acompañar a alguien que estaba lejos, se había quedado varada en otro país (Venezuela) justo cuando salió el decreto 297/2020, pude acompañarla y contenerla a la distancia. El Sanatorio publicó un libro llamado Historias donde reconoció a personas que aportaron su granito de arena en esos momentos difíciles y haber sido reconocida en ese libro por ese gesto fue más importante que cualquier otro reconocimiento en mi vida. Me enorgullece haber sido parte del programa y haber ayudado a las personas que lo necesitaban"* (sic).

En relación a los aprendizajes obtenidos del programa, la Coordinadora de Atención al Personal manifestó que *"fundamentalmente ser más empáticos, el no perder la sensibilidad. Lo importante de acompañar más, creo que esto lo voy a llevar siempre y toda mi vida como un gran aprendizaje"* (sic).

En el caso de los líderes, mantuvieron el mismo estilo de respuestas, reflexionando acerca de los aprendizajes obtenidos y concluyendo que el cuidado del otro y la empatía fueron los grandes aprendizajes.

En el caso del personal, en la encuesta administrada, también manifestaron diversos ejemplos de aprendizajes obtenidos a través de los espacios de escucha que tenían a disposición. Algunas de sus respuestas fueron: *"Muchas herramientas de afrontamiento resolución de problemas, formas de comunicación, buscar momentos de relajación, etc."*, *"El no callarse, a hablar si nos sentimos mal por diferentes motivos ya sea en el trabajo o motivos personales y familiares. RR.HH. siempre está presente con esos detalles*

fantásticos piensan en nosotros, los conozco a todos y son unas grandes personas de admirar. Porque siempre están escuchando todo lo que sentimos y nos pasa, lo observé cuando a un compañero atravesaba una situación muy delicada ellos actuaron de inmediato”.

Sintetizando este apartado, se puede concluir diciendo que, sin lugar a dudas, el Programa de Contención generó un impacto positivo en todo el personal del SMD, incluyendo líderes clave y equipo de contención. Les permitió incorporar nuevas herramientas y desarrollar nuevas habilidades, que ayudaron a sobrellevar la situación de pandemia.

No se puede medir o saber concretamente cual es la prevención que se hizo en término de salud mental dentro del SMD con la aplicación de este dispositivo. Sin embargo, siguiendo a Juárez García (2020), quien comenta que aquellos países que contaban con programas de salud mental previo a la pandemia, tuvieron un número de afectación en la salud mental del personal de salud significativamente inferior a aquellos países que no lo tenían. De esto se puede deducir que, además de la incorporación de herramientas y habilidades, se hizo un trabajo preventivo, lo que en salud se denomina atención primaria de la salud.

3.2.4 Impacto del Programa de Contención en el fortalecimiento de la cultura Mater Dei

En este apartado se analizará el impacto del Programa de Contención en la cultura del Sanatorio Mater Dei.

Se les preguntó a los líderes clave del SMD, al equipo de contención y al personal de la institución si consideraban que se produjeron cambios en la cultura del SMD a partir del lanzamiento del programa.

En el caso de los líderes, todos estuvieron de acuerdo que el Programa de Contención impactó en la cultura del SMD, produciendo importantes cambios. Al pedirles que ejemplificaran o especificaran esos cambios, surgieron diversas respuestas, nuevamente orientadas hacia el trato humano y empático.

La Directora de Hermanas de María de Schönstatt reflexionó diciendo que *“Creo que el programa inmerso en el todo, si llevó a importantes cambios. Hoy se está más alerta si el otro está bien o si necesita algún tipo de ayuda”* (sic).

La Gerente de Enfermería sostuvo que *“Siento que estamos en proceso. La gente percibe que el sanatorio está cambiando para bien. Hoy resurgió el trato humano que siempre caracterizó al sanatorio y que en un momento desapareció. Hay mayor apertura, mayor escucha, el diálogo es más abierto, se busca conversar para resolver problemas. Hay mayor acercamiento, lo que hace que los problemas se resuelvan. Todo esto surgió con y por el equipo de contención. Hoy se habla del cambio como algo positivo, como algo necesario y no como un peso”* (sic).

En el caso del equipo de contención, más del 80% manifiesto que se produjeron cambios en la cultura del SMD, mientras que el resto argumentó que no conoció la cultura previa ya que se incorporaron a trabajar al sanatorio con la creación del programa.

En aquellos que manifestaron que sí se produjeron cambios, al detallar en que veían esos cambios manifestaron lo siguiente:

La Jefa de RR.LL. decía, *“Considerar a la persona en general. Siempre en el Sanatorio se consideraba al paciente como centro, a partir del programa también se considera al personal del sanatorio. Entendemos que por el solo hecho de ser persona importamos. El actual plan de cultura tiene al amor al servicio como centro de todo lo que hacemos, ese plan surgió como consecuencia del programa de contención”* (sic).

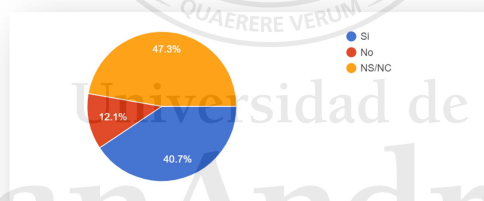
La Coordinadora de RR.LL. sostuvo *“Una, es que frente a situaciones complicadas con los pacientes y/o familiares recurren a las psicólogas que acompañan y contienen a los pacientes. Antes cuando se hablaba de psicólogos era como mala palabra, hoy se armó una complicidad entre los equipos de trabajo y cuando hay alguna situación recurren al equipo de contención. Hoy empezamos a hablar de contención y bienestar, no solo*

contención. Se está trabajando con los líderes para que acompañen esta transformación cultural, que comenzó por allá, por el 2017” (sic).

Una de las psicólogas manifestó “Hay personas que tomaron conciencia de su propio autocuidado. También hay personas que pudieron ver que el sanatorio tiene una preocupación genuina por lo que le pasa a las personas que trabajan ahí. Progresivamente las personas empezaron a pedir ayuda no solo para sí mismos, sino para otros. Esto me parece que es lo más interesante, prestar atención a lo que le pasa al otro, me preocupa mi compañero. Lo más significativo es que este programa decanta de los valores del sanatorio y de lo que promulgan las Hermanas” (sic).

Finalmente, en la encuesta los resultados fueron diferentes a los percibidos por líderes y equipo de contención. Solo el 40% consideró que si se produjeron cambios en la cultura del SMD, muchos manifestaron no saber y un pequeño grupo dijo que no se habían producidos cambios (Ilustración 10).

Ilustración 10 Cambios en la cultura del SMD



Fuente: Elaboración propia sobre datos del SMD

A quienes respondieron que sí, se les solicitó que especificaran en que ven esos cambios, algunas de las respuestas fueron: “El acompañamiento de manera más activa e interdisciplinaria a disposición de todos los colaboradores”, “Si un colaborador está transitando por alguna circunstancia que esté perjudicando su bienestar puede acudir a un profesional para ser ayudado”, “Obviamente que todo está relacionado pero personalmente comprobé que cuando contamos con un programa de escucha y acompañamiento uno se siente reconocido, alejado de la cosificación, y actúa como un gran estímulo en beneficio de la organización”, “Contención

psicológica al paciente y familia, esto ayudó mucho, ya que esta tarea sin estar paga la realizaba enfermería”

Como puede verse, el programa de contención orientado a pacientes y familiares también ayudó a descomprimir al personal de salud, principalmente a enfermeras y médicos ya que previo a esto era el médico y principalmente enfermería quién debía contener al paciente y al familiar, produciendo una sobrecarga emocional. Hoy gracias al equipo de psicólogos que trabaja con el paciente y la familia esto no ocurre.

A modo de cierre, se indagó sobre que significó para cada uno de los líderes entrevistados y para el sanatorio este programa. Todos los líderes concluyeron que el Programa de Contención fue de suma importancia durante la pandemia, conteniendo y acompañando al personal, produciendo cambios en la cultura del sanatorio y a su vez poniendo de manifiesto los valores más profundo y característicos del SMD.

En línea con esto, el Gerente de RR.HH. manifestó *“Fue patentizar algo que ya ocurría en el Sanatorio. En lo personal me gustan las crisis, me considero un conductor de crisis, me divierte lo nuevo, las nuevas herramientas, las novedades, las mejores prácticas. El orgullo de ver algo nuevo y de verlo caminar. Darle presencia, defenderlo, mostrando lo importancia de lo soft. Profesionalmente, si bien no estuve tanto en lo operativo y en la ejecución, si estuve en mostrarlo, imponerlo, abriendo camino. Me dio una gran satisfacción saber que hicimos algo diferente, ver como lo humano se impuso en un momento en que se necesitaba”* (sic).

Una de las psicólogas sostuvo que *“Primero la satisfacción de ser parte, de haber sido pionera en algo así, tan significativo. Valoro mucho el sentido preventivo que tuvo este dispositivo. No trabajamos sobre lo roto, sino antes de que se rompiera, aun sabiendo que había cosas que seguramente se romperían. Lo viví y lo vivo con mucho orgullo el ser parte de este proyecto”* (sic).

Como puede vislumbrarse a través de las respuestas brindadas tanto por los líderes como por el equipo de contención, psicólogos y personal de RR.HH., el

Programa de Contención fue muy importante y se transformó en una pieza clave en un momento crucial para una institución de salud como fue estar frente a una pandemia. A su vez trajo consigo un cambio en la cultura del SMD, fortaleciendo el trato humano.

Esto fue posible debido a que, como se dijo en apartados anteriores, la cultura organizacional vigente del SMD permitió la planificación e implementación del Programa de Contención, una muestra de esto fue el apoyo recibido por parte de Directores y Gerentes.



4. Conclusiones del análisis del problema abordado y diagnóstico

En base a los datos obtenidos a partir de los instrumentos aplicados, se puede concluir diciendo que en:

Al comenzar la pandemia hubo una necesidad y visión compartida (Boyatzis, 2008), que movidos por los valores y el sistema de creencias (Rodriguez Garay, 2009) del SMD fueron el ámbito propicio para el desarrollo del Programa de Contención.

A su vez, hubo un claro liderazgo de Recursos Humanos desde la planificación e implementación hasta el análisis y evaluación de los resultados, lo que condujo al cambio deseado (Boyatzis, 2008).

Siguiendo a Ulrich (1987) la implementación del programa fue exitosa debido a que hubo:

- liderazgo del cambio, a cargo de RR.HH., principalmente de la jefatura de Transformación Cultural y Planificación de RR.HH.
- una necesidad compartida, acompañar y contener al personal del SMD,
- una visión compartida, salir lo más ilesos posibles de la pandemia,
- movilizar el compromiso, se dejaron otros temas de lado para que todos trabajaran en forma conjunta para hacer frente a la pandemia,
- cambiar sistemas y estructuras, a través de protocolos se modificaron estructuras, circuitos y modos de hacer las cosas,

- controlar los avances, mensualmente se emitieron informes para que los líderes clave del SMD estuvieran en conocimiento acerca de cómo se encontraba el personal del SMD,
- hacer que perdure en el tiempo, el programa de contención, tal como lo mencionaron en las entrevistas, *“llegó para quedarse”*.

Sin embargo, de acuerdo a lo mencionado por Ulrich (1987) no hubo un cambio en la identidad del sanatorio sino más bien un fortalecimiento de la identidad, un fortalecimiento de la cultura Mater Dei. Es decir, que como muchos mencionaron el programa puso de manifiesto los valores más profundos del sanatorio, haciendo concreto y visible su lema “Comprometidos con la Vida, al Servicio de la Dignidad Humana.

El Sanatorio Mater Dei, con la implementación de este programa, no sólo hacia el personal sino también hacia pacientes y familiares, es un claro ejemplo de la humanización en el trabajo, (Melamed, 2022)¹⁸

Sin embargo, aún queda mucho por trabajar en línea con esto, por lo que en el siguiente apartado, se intentará realizar recomendaciones para llevar a cabo.

Universidad de
San Andrés

¹⁸ <https://www.lanacion.com.ar/ideas/a-la-busqueda-de-la-actividad-laboral-ideal-nid03092022/>

5. Recomendaciones para la acción

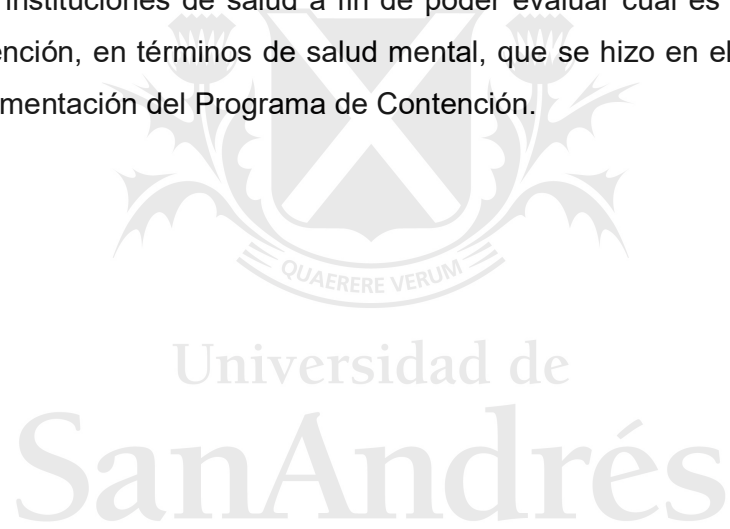
A partir de la investigación realizada, y habiendo hecho un recorrido desde la planificación, implementación y principales resultados del programa de contención, se sugiere emprender e implementar las siguientes iniciativas:

1. Conformar un comité de salud y bienestar: desarrollar junto a medicina laboral, seguridad e higiene y equipo de contención un comité que contemple la salud, seguridad y bienestar con una mirada integral. Donde pueda trabajarse en atención primaria, previniendo trastornos mentales, físicos, accidentes, entre otros y abordando los existentes de manera conjunta.
2. Contar con un espacio de escucha exclusivo para RR.HH.: siguiendo con el lema “cuidar al que cuida”, es importante que RR.HH. cuente con un espacio dónde poder trabajar y manifestar sus preocupaciones acerca del personal. Durante la pandemia RR.HH. se transformó en el centro de cuidado del personal, tal como manifestaron algunas personas en las entrevistas, sin tener todas la herramienta, conocimientos o capacidades no dudaron en acompañar y brindar contención, sin embargo esto llevó a un gran cansancio en el equipo de RR.HH.
3. Compartir la experiencia para ser replicada por otras instituciones de salud. El SMD logró trabajar en los tres de los niveles de intervención en *burnout* y salud mental ante el COVID-19, que nombra Juárez García (2020). Con el Programa de Contención se trabajó en el *nivel individual* (tratamiento cognitivos, conductuales, fisiológicos y de control de las emociones), en el *nivel grupal* (terapias grupales, grupos de reflexión, estrategias de autoayuda colectiva).

Sin embargo, aún se debe profundizar en el nivel Institucional (horarios y jornadas saludables) y falta trabajar el nivel Social/Macro (programas

nacionales de salud mental, normativas de riesgos psicosociales. Es decir, así como se compartió y se hizo público el programa de contención orientado a los pacientes y familiares, se sugiere compartir este programa orientado al personal del SMD, ya que como se mencionó en el apartado anterior, es un claro ejemplo de humanización en el trabajo. Es necesario impulsar la toma de conciencia respecto de lo importante que es proveer este tipo de acompañamiento en el personal de salud, entendiendo que la forma en como éste trabaja el personal de salud repercutirá directamente sobre la calidad de atención que se le brinda al paciente y sus seres queridos (Periago, 2005).

4. Llevar a cabo un trabajo de investigación que permita comparar con otras instituciones de salud a fin de poder evaluar cuál es el trabajo de prevención, en términos de salud mental, que se hizo en el SMD con la implementación del Programa de Contención.



6. Conclusiones generales del trabajo

A modo de conclusión del trabajo realizado, podemos sintetizar señalando que

- La cultura Mater Dei fue el escenario propicio para llevar a cabo un programa con las características del Programa de Contención, ya que sus valores (Compromiso, Vida, Servicio y Dignidad Humana) reflejados en su lema hicieron que pudiera desarrollarse. Esto se vio claramente en el apoyo que recibió de la Dirección General, la Dirección Médica y la Dirección de Hermanas de María de Schönstatt y también por las gerencias clave del SMD.

- En relación al Programa de Contención por COVID-19 propiamente dicho, si bien en la planificación participaron en mayor o menor medida los líderes clave del Sanatorio Mater Dei, principalmente la Dirección Médica, fue RR.HH. quién lo lideró de punta a punta. Siendo el actor principal tanto en la planificación, la implementación, la resolución de problemas y obstáculos como así también en la adaptación del programa de acuerdo a la demanda, la cual fue cambiando a lo largo del tiempo.

- Todos los factores de riesgo psicosociales característicos del personal de salud, se vieron agudizados por la pandemia en el personal. Además, se sumaron otros estresores como la incertidumbre, el miedo y la angustia frente a la alta demanda a la que estuvieron expuestos.

- Frente a este escenario, el Programa de Contención tuvo un impacto positivo proveyendo de un espacio para poder hablar de las diversas situaciones que se iban presentando. A su vez, promovió habilidades y herramientas para hacer frente a las mismas.

- El Programa de Contención impactó en el fortalecimiento de la cultura Mater Dei, poniendo de manifiesto y haciendo concreto el lema del sanatorio.

Desarrollando en el personal la mirada hacia el otro, estando atento a lo que le pasa, siendo empático, hablando de lo se siente y de lo que les pasa frente a las diferentes situaciones que deben sortear día a día.

Como cierre se considera importante citar a Melamed (2022)¹⁹, quien sostiene que la Pandemia por COVID-19 aceleró muchas transformaciones, dando la posibilidad de resetearse, de cambiar el sistema operativo, de reinventarse y de capitalizar cada una de las oportunidades que se presentaron. Hace hincapié en la humanización del trabajo y afirma que hoy el “propósito” se ha puesto en el centro de la escena. En la actualidad, tanto las empresas como las personas no solo buscan ganar dinero sino también hacer algo que trascienda, impactando positivamente tanto en las personas y las comunidades como en el medio ambiente.

Este autor, dice que aquellos que tienen la oportunidad de elegir dónde y cómo trabajar, elijen lugares donde cuyos propósitos estén alineados con los propios y trabajar.

Sin embargo, también afirma que lamentablemente, no todos se vieron transformados por la pandemia, ya que para muchos fue solo una pausa y consideran que todo debe regresar a la situación previa.

A través del trabajo de investigación realizado en el SMD, se considera que en dicha empresa se logró ese cambio hacia la humanización que menciona Melamed y eso ha sido destacado dentro del ambiente sanitario

¹⁹ <https://www.lanacion.com.ar/ideas/a-la-busqueda-de-la-actividad-laboral-ideal-nid03092022/>

7. Bibliografía

Boyatzis, R. E. (2008). *El cambio intencional desde la perspectiva de la complejidad*. © Emerald Group Publishing Limited US.

Cabanas, E. y Sanchez Gonzalez J.C. (2016). Inverting the pyramid of needs: Positive psychology's new order for labor success. Berlín, Alemania: Psicothema (Vol.28. N22, pp. 107-113).

Handy, C. (1995). *Gods of Management. The Changing Work of Organizations*. Oxford, New York: Oxford University Press.

Henry, M., Malleville, S. (2020). Salud y proceso de trabajo en actividades de servicios: Los riesgos psicosociales en una Clínica de Medicina Privada. Universidad Nacional de la Plata, Argentina: Memoria académica, compartimos lo que sabemos. UNLP. FahCE.

Jimenez Paneque, R., Pavés Carbajal, J.R. (2015). *Enfermedades y riesgos laborales en trabajadores de servicios de urgencia: revisión de la literatura y acercamiento a Chile*. Santiago, Chile: Medwave Estudios Limitada.

Juárez García, A. (Septiembre, 2020). "Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental". *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>

Melamed,A. (2017). *El trabajo del futuro y el futuro del trabajo (2° ed)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Planeta

Moss Kanter, R. (2012). Ten Reasons People Resist Change. HBR September 25, 2012 (Nota docente).

Neffa, J.C. (2016). Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio. Universidad de Moreno, Argentina.

Neffa, J.C.; Henry, M.L. (2017). ¿Quién cuida a los que cuida? Los riesgos psicosociales en el trabajo en los establecimientos de salud. Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Neffa, J.L.; Kohen, J.A.; Henry, M.L.; Korinfeld, S; Lualdi, C.; Padrón, R. (2020). Pandemia y Factores psicosociales en el trabajo. Una mirada interdisciplinaria y la experiencia sindical (1° edición). Rosario, Santa Fe, Argentina: Homo Sapiens Ediciones.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2016). *Estrés en el trabajo. Un reto colectivo*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005). Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud: Manual para gerentes y administradores. Washington, DC: OPS

Rodríguez Garay, R. (2009). La cultura organizacional. Un potencial activo estratégico desde la perspectiva de la administración (vol. 12, núm. 22, pp. 67-92). Universidad del Centro Educativo Latinoamericano, Rosario, Argentina: Invenio.

Sanchez, J. C. (1995). *Cultura y Recursos Humanos: Consideraciones desde un estudio piloto*. Universidad de Salamanca.

Sarsosa-Prowesk, K; Charria-Ortiz, VH; Arenas-Ortiz, F. (2014). Caracterización de los riesgos intralaborales en jefes asistenciales de cinco clínicas de nivel III de Santiago de Calí (Colombia). Bogotá, Colombia.

Schein, E. (1988). *La cultura empresarial y el liderazgo. Una visión dinámica*. Plaza & Janes Editores. P.

Suárez Correa, E. Institución Universitaria CEIPA

Ulrich, D. (1997). *HR Champion. Convertirse en un agente de cambio*. Granica Ediciones.

Warr, P. (2013). Fuentes de felicidad e infelicidad en el trabajo: una perspectiva combinada. University of Sheffield, Reino Unido: *Journal of Work and Organizational Psychology*.

Wlosko, M. (2014). Malestar y sufrimiento en el trabajo: el frágil equilibrio. En: *Transformaciones del trabajo, subjetividades e identidades* (pp. 343-367). Universidad Nacional de Lanús, Argentina.



8. Anexos

Anexo 1: Consejo consultivo de Dirección



El Consejo Consultivo de Dirección es un órgano *ad-honorem*, representativo y consultivo, que se reúne mensualmente con el Director General. Son alguna de sus funciones más destacadas:

- Seleccionar y designar, en consenso con la Comisión Directiva de la *Asociación Civil Mater Dei*, al ocupante del cargo de la Dirección General.
- Seleccionar y designar, en consenso con la Dirección General, a los ocupantes de cargos directivos y gerenciales del Sanatorio.
- Dictar los reglamentos necesarios para su propio funcionamiento.
- Ser custodios de los intereses y del riguroso cumplimiento de los valores, misión, visión y objetivos institucionales del Sanatorio, representando de manera consultiva a la Comisión Directiva de la *Asociación Civil Mater Dei*.
- Desarrollar, en conjunto con la Dirección General, temas de estrategia general

del Sanatorio.

- Asesorar a la Dirección General sobre aspectos económicos y financieros sobre la marcha de la operación en el Sanatorio, evaluando y aprobando la gestión administrativa, los presupuestos económicos y financieros, los diferentes proyectos de inversión y los cambios estructurales y de nómina que se sometan a su análisis.
- Asesorar a la Dirección General sobre procesos y mejores prácticas de negocios.
- Considerar y evaluar los indicadores periódicos presentados por la Dirección General, sobre la labor realizada, el estado de avance de los proyectos estratégicos y las necesidades del Sanatorio.
- Reunirse con la Dirección General y su cuerpo directivo y gerencial, con una frecuencia mensual, o cuando las circunstancias lo demanden, para tratar todos los asuntos que requieran de su supervisión y consulta, redactando al cierre de cada reunión las respectivas minutas, las que podrán ser consideradas por la Comisión Directiva de la Asociación Civil Mater Dei para ser registradas en el libro de actas de la Asociación.
- Evaluar el desempeño anual del Director General y sus reportes.



Universidad de
San Andrés

Anexo 2: Presentación del trabajo de investigación vía mail al SMD.

Estimados, buen día:

Actualmente estoy finalizando la Maestría de Dirección de Recursos Humanos de la Universidad de San Andrés.

Como parte de mi trabajo final de graduación estoy realizando una investigación que intentará responder como incidió el Programa de Contención en el fortalecimiento de la cultural del Sanatorio Mater Dei y cuál fue el impacto que tuvo este programa en el personal de salud del SMD en tiempos de pandemia.

A su vez se explorará cuáles fueron los factores psicosociales que se agudizaron durante la pandemia en el personal de salud.

El período a analizar será desde la declaración de la pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 11 de marzo del 2020 a diciembre del 2021.

Para esto, realizaré una entrevista a los líderes clave del Sanatorio Mater Dei y al equipo de contención y una encuesta al personal de salud.

Los datos obtenidos tienen una finalidad académica y son confidenciales.

Desde ya muchas gracias por su colaboración

Lic. Mariela Oviedo.-