

Percepciones en torno al clima y cultura organizacional en centros asistenciales de CABA y PBA en el marco de la pandemia por Covid-19

Equipo de investigación

Docentes: Ivana Giselle González, Gustavo Blutman, María Paula Esquivel

Investigadoras y becarias de investigación: María Eugenia Debiassi, Gisela Hilbe, Alicia Szybisz, Candela Balague, Natalia García

Introducción

La pandemia por COVID-19 y el contexto de emergencia sanitaria marcaron un punto de inflexión que puso sobre la mesa el debate en torno al funcionamiento y la prestación de servicios en el sector salud.

Se volvió a debatir sobre el rol del Estado, su gasto y financiamiento, el rol de los actores privados, su articulación con el sector público, su planificación y gestión entre otras cuestiones.

Ivana Giselle González es Lic. en Ciencia Política, Magister en Alta Dirección Pública. Investigadora del Centro de Investigaciones en Administración Pública de la Facultad de Ciencias Económicas (UBA). Profesora de Estado y Políticas Públicas (Universidad ISALUD).

Blutman Gustavo es Lic. Ciencia Política y en Sociología, Magister en Administración Pública. Doctor y Pos Doctor en Ciencias Económicas. Secretario Académico del Centro de Investigaciones en Administración Pública de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires. Profesor titular de Administración Pública FCE (UBA).

María Paula Esquivel es Lic. en Sociología (UBA) Docente Universitaria (Universidad ISALUD). Coordinadora de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Universidad ISALUD).

Alicia Szybisz es Médica Generalista. Jefa Servicio Área Programática y de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer. Coordinadora de la Residencia Medicina General y/o Familiar Htal Nac. Dr. B. Sommer. Docente de la Cátedra de Medicina Familiar UDH-Htal Sommer (UBA).

María Eugenia Debiassi Bogao es Farmacéutica (UBA). Posgrado en Asuntos Regulatorios de Medicamentos en la Argentina para la Industria Farmacéutica (UBA). Diplomada en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Aspectos Regulatorios de Acceso al Mercado (Universidad ISALUD). Coordinadora del Área de Farmacia en la Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación.

Candela Balagué es Lic. en Psicología (UNMDP). Diplomada en Abordaje Integral de los consumos problemáticos (UNMDP y SEDRONAR). Maestrante en Sistemas de Salud y Seguridad Social y Becaria de Investigación Beca Astorquiza Universidad ISALUD.

Gisela Hilbe es Odontóloga (UNR). Diplomada en Salud Pública UCES. Diplomada Internacional en Administración de Hospitales y Centros de Salud ISALUD. Posgrado en Epidemiología y Control de Infecciones UBA. Estudiante de Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social ISALUD. Becaria de Investigación Beca Astorquiza Universidad ISALUD.

Natalia Lorena García es Lic. en Psicología (UBA). Posgrado interdisciplinario en Cuidados Paliativos Flacso. FUNDACION FEMEBA. Directora del Centro de Asistencial de desarrollo Emocional CADE SALUD . Directora del servicio de Internación Domiciliaria y Cuidados Paliativos INTERDOS SALUD.

Entendemos que la crisis sanitaria atraviesa transversalmente al conjunto de las organizaciones, pero en particular a las que integran el sistema de salud pública y privada, lo que genera un escenario atendible para el estudio de problemáticas asociadas con la mejora de su capacidad organizacional.

En este marco, nos proponemos indagar sobre el clima y la cultura organizacional en centros asistenciales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires, a partir de las percepciones del personal que allí desarrolla sus tareas.

Puede que en tales organizaciones existan diversos presupuestos en torno a la organización, así como diversas dinámicas y liderazgos que inciden necesariamente en el resultado y funcionamiento organizacional. Por ello, y dado que los equipos de salud desempeñan un papel fundamental a la hora de moderar el impacto de una pandemia, prevenir y gestionar las emergencias sanitarias, es necesario conocer sus percepciones.

Afrontar una emergencia requiere una fuerza laboral de salud adecuada bien distribuida, motivada y apoyada, y entendemos que una aproximación desde la perspectiva del clima y la cultura organizacional puede generar aporte al diagnóstico sobre el funcionamiento del sistema.

La construcción del estado del arte y marco teórico de la investigación

La construcción del estado del arte y marco teórico de una investigación consiste en desarrollar un conjunto de antecedentes, investigaciones previas y consideraciones teóricas que permitan sustentar el análisis, y a su vez permite entender la relevancia de estudiar la cultura y el clima organizacional en las organizaciones del sistema de salud. En el caso de esta investigación se partió de de una caracterización del sistema de salud argentino, en tanto modelo organizativo complejo que busca responder a los problemas de salud de la población, donde coexisten instituciones asistenciales de cobertura pública, de seguro social y de privados.

Dicha complejidad determina la convivencia de distintos subsistemas: público, de la seguridad social (obras sociales) y privado que nace como una alternativa para expandir

la cobertura, aunque al mismo tiempo persisten problemas de funcionamiento y eficacia debido a la gran heterogeneidad y fragmentación que produce su falta de integración y al interior de los mismos.

Siguiendo a Sttancatti (2010), podemos afirmar que, si se observa el sistema desde la perspectiva de su lógica de financiamiento, para los sectores de baja renta hay un sistema de atención médica gratuita, financiado con recursos fiscales, los sectores medios que se integran al mercado formal de trabajo cuentan con cobertura del seguro social obligatorio y aportan solidariamente según su nivel salarial, mientras que los grupos de mayores ingresos pueden proveerse de servicios a través de la compra directa de los mismos en el mercado, o de la contratación de seguros privados. Es importante señalar que esta heterogeneidad y fragmentación hace que muchas veces no sea suficientemente eficaz o superponga coberturas.

Asimismo, desde el punto de vista de su organización, los servicios dirigidos al cuidado de la salud constituyen un sistema continuo, distinguiéndose la existencia dos niveles de atención:

Los servicios del primer planteados como la puerta de entrada al sistema, están ubicados en las cercanías de los domicilios de las personas, y son responsables de la cobertura del total de la población (concurran o no a los servicios).

De acuerdo a su nivel de resolución, pueden distinguirse tres tipos de establecimientos de salud sin internación:

- 1) Centros de salud con atención en consultorios externos algunos días de la semana.
- 2) Centros de salud con atención en consultorios externos todos los días de la semana, pero sin atención de urgencias.
- 3) Centros de salud con servicio de atención de urgencias, las 24hs. del día, los 365 días del año.

En la Provincia de Buenos Aires el Primer Nivel de Atención (PNA) lo constituyen los Centros de Atención Primarios de la Salud (CAPS), Postas de Salud o centros comunitarios en su mayoría de dependencia Municipal. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) son los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) dependientes de las áreas programáticas de los hospitales y Centros Médicos Barriales.

En este primer nivel de atención se realizan las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diag-

nóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias, la generación de espacios comunitarios que favorecen a la salud integral de la población a cargo, y un trabajo en red que se realiza en conjunto con las instituciones y organizaciones barriales. Los servicios del segundo nivel de atención corresponden a establecimientos asistenciales con internación. De acuerdo a las respuestas que dan los hospitales ante las diversas patologías que asisten, se distinguen (categorizan), tres niveles de hospitales:

- Hospitales de nivel I de resolución (baja complejidad).
- Hospitales de nivel II de resolución (mediana complejidad).
- Hospitales de nivel III de resolución (alta complejidad).

El segundo nivel en AMBA está compuesto por hospitales de Municipales, Provinciales y Nacionales

En este modelo de organización de la oferta se observan tres supuestos:

- Adecuación de la cobertura a las necesidades y demanda de la población.
- Resolución en el nivel adecuado y articulación de los niveles de atención.
- Continuidad de la atención.

En el segundo nivel de atención se realizan las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y su internación. Y las acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica siendo el último nivel de referencia.

El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con los siguientes efectores:

- 14 Hospitales Generales de Agudos (Álvarez, Argerich, Durand, Fernández, Cecilia Gierson, Penna, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Tornú, Vélez Sarsfield, Zubizarreta)
- 2 Hospitales Generales de Niños (Elizalde, Gutiérrez)
- 19 Hospitales Especiales (Alvear, Borda, Moyano, Tobar García, Talleres de rehabilitación en salud mental, Dueñas, Carrillo, Infantil Quinquela Martín, Sardá, Udaondo, Muñiz, Oncología María Curie, Quemados, María Ferrer, IREP, Rocca, Santa Lucía, Lagleyze, Zoonosis L. Pasteur)
- 45 Centros de Salud Nivel 1 (CeSAC)
- 31 Centros Médicos Barriales
- 2 Centros de Salud Mental
- 2 Centros Odontológicos Infantiles

La Ciudad de Buenos Aires sancionó a partir de su autonomía una importante legislación relacionada con su or-

ganización política institucional y con el desarrollo de las políticas sociales. Algunas de esas normas inciden sobre el sistema de salud y su relación con el territorio urbano.

En ese sentido, son de especial interés la Constitución de la Ciudad, en lo relativo a la creación de las Comunas, y la Ley Básica de Salud, en cuanto a la creación de las Áreas de Salud, sin embargo no se puede dejar de señalar que la salud es una competencia exclusiva de la autoridad de aplicación del Área que es el Ministerio de Salud, lo cual garantiza un proyecto común y la compensación de desigualdades regionales.

Finalmente, y a modo de corolario, no se puede dejar de señalar la escasa prioridad que han tenido hasta la fecha los acuerdos para una planificación y el trabajo conjunto en la región Metropolitana, entre la CABA, la Provincia de Buenos Aires y los municipios del conurbano, lo que ha dificultado la prestación para el acceso universal, equitativo y oportuno a la salud de la población.

Por otra parte, el estudio de la cultura y el clima organizacional constituye una de las herramientas estratégicas para el mejoramiento continuo de las organizaciones, puesto que permite identificar elementos clave para elevar la calidad de vida laboral de sus trabajadores y de los servicios que se prestan en el sistema de salud.

Si bien los estudios culturales pueden ser clasificados a partir de distintos abordajes, una primera aproximación teórica al concepto de cultura organizacional, nos permite definirla siguiendo a Schein:

Un modelo de presunciones básicas -inventadas, descubiertas o desarrolladas por un grupo dado, el que al ir aprendiendo a enfrentarse con sus problemas de adaptación externa e integración interna-, ejercen suficiente influencia como para ser consideradas válidas y, en consecuencia, ser enseñadas a los nuevos miembros como el modo correcto de percibir, pensar y sentir los problemas de la organización” (1984: 56).

En este mismo sentido, podríamos decir que estudiar la cultura organizacional implica analizar el sistema de creencias y de significados que los miembros de una organización comparten. La cultura organizacional no es estática, cambia con el tiempo, y permite analizar las prioridades y preferencias que orientan los actos.

Desde el punto de vista de este autor, dicha variable es analizable en 3 dimensiones: los valores culturales, el clima

organizacional y un nivel menos visible, pero no por ello menos importante, de presunciones básicas de los integrantes de la organización.

Si bien la cultura ha sido considerada un factor contingente, existe una creciente opinión que la considera como una variable immanente e indispensable (Allaire & Firsirotu, 1992). En este mismo sentido, el planteo de metáforas de Morgan, tiene cierta relación con los estudios transculturales (Hofstede, 1992; Hofstede, Hofstede & Minkov, 2010), en los que se marca la permeabilidad de la cultura nacional en la organización.

El trabajo de Hofstede merece una referencia en particular. A lo largo de sus investigaciones, logró utilizando un esquema metodológico muy afinado y sofisticado identificar 4 dimensiones de la cultura organizacional que podríamos asimilar a las presunciones básicas de Schein.

Elas son: el *power distance* (distancia de poder que separa a los jefes de sus subordinados), *uncertainty avoidance* (tendencia de la gente eludir/preferir situaciones de incertidumbre), individualismo (describe la relación que predomina entre el individuo y la colectividad en una determinada sociedad) y *masculinity* (tendencia que existe en grupos humanos a socializar a sus miembros componentes en forma “asertiva” en torno a carrera, ingresos, cuidado de las relaciones interpersonales, calidad de la interacción con otros, cuidado del entorno físico).

Hofstede (1980) agrega que los estilos administrativos nunca van a converger, y que la nacionalidad tiene influencia sobre la Administración por su contextualización y dinámica histórica, porque las organizaciones informales se basan en la cultura, y porque los factores psicológicos y modos de pensar son particularmente influenciados por factores culturales que difieren de país en país.

Hood (1998) por su parte afirma que, la perspectiva cultural permite captar una nueva dimensión del análisis de la administración pública y la visión moderna del gerenciamiento público.

En este mismo sentido, Felcman, Blutman y Velázquez (2013), sostienen que la cultura organizacional en el ámbito público influye en diferentes aspectos: qué valora la gente y cómo se comporta dentro de la organización; el tipo de comportamiento que se alienta y se castiga; el grado de compromiso con la organización; el funcionamiento de la organización, operando de manera invisible sobre los

métodos y técnicas de gestión y administración; cómo se enfrentan los problemas y se piensan las soluciones; la percepción de la realidad organizacional por parte de los que pertenecen a la organización en cuestión y la actitud frente al cambio.

Finalmente, Carrada Bravo sostiene que la cultura organizacional en los sistemas de salud es una mezcla compleja de saberes, conductas, relatos, símbolos, creencias, suposiciones, metáforas y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten, por ejemplo: las normas, los valores, las actitudes, los estilos de vida, el lenguaje técnico-científico y la terminología propia de las disciplinas biomédicas y sociales (2001: 204).

El autor señala que se trata de un sistema de conocimientos profesionales, expectativas, creencias y supuestos inconscientes, descubiertos o aceptados por los equipos de trabajo interdisciplinario, fuertemente influidos por la estructura, la tecnología y el ambiente laboral.

Dado que el presente trabajo se propone relevar de manera diferenciada la cultura del clima en organizaciones de la salud, vale la pena hacer una referencia teórica al concepto de clima organizacional

¿Qué es el clima organizacional?

Como sucede con el caso de la cultura no existe una definición única, están quienes lo definen como la percepción que se obtiene de un conjunto de atributos de una organización los cuales ejercen influencia entre otras cosas, sobre los comportamientos, el rendimiento y la satisfacción de los individuos (Góngora, Nobile, Cicatelli & Alcínada, 2012), otros autores como (Blutman, et al, 2009:3) señalan que hablar de clima implica una referencia al “conjunto de sensaciones de bienestar y malestar que la gente tiene con la organización a la que pertenece”. Desde una mirada interna a nivel organizacional también se sostiene la influencia del contexto en el clima por la entrada y salida constante de información (Segredo & Reyes, 2004).

El trabajo revisionista de Vega, Arévalo, Sandoval Aguilar y Giraldo (2006), permite concluir que las diversas definiciones coinciden en el hecho de que el clima organizacional es un factor que influye en el comportamiento de los individuos que componen la organización.

Para entenderlo un poco más gráficamente, y recurriendo al recurso metafórico utilizado por Góngora (2012), se puede

decir que el clima es la “sensación térmica” o el “estado de ánimo” de la organización, las sensaciones o percepciones de los individuos sobre su “estar” en ella.

Segredo y Reyes (2004), señalan que el clima organizacional en el sector salud, es de gran importancia, se trata de un elemento esencial en el desarrollo de su estrategia organizacional planificada, es decir, posibilita al directivo una visión futura de la organización, es un elemento diagnóstico de la realidad cambiante del entorno, permite identificar necesidades reales en función de un futuro deseado y trazar acciones que deben iniciarse en el presente para alcanzar el futuro deseado.

Para construir este desarrollo se realizó una búsqueda bibliográfica en base a una estrategia de saturación teórica y se elaboraron fichas bibliográficas que facilitaron la sistematización de la información.

Las decisiones metodológicas del proceso de investigación y la construcción de los instrumentos de recolección de datos del proyecto

El objetivo general fue analizar la cultura y el clima organizacional en centros sanitarios de la región AMBA en el marco de la pandemia por COVID 19.

En el diseño inicial se propusieron un conjunto de objetivos específicos a saber:

- Identificar las percepciones que el personal de la salud tiene sobre las prácticas corrientes, valores y condiciones de trabajo de su organización en el periodo estudiado.
- Realizar un análisis comparado e identificar los principales factores culturales, tipos culturales y estilos de gestión predominantes y correlacionar culturas y estilos.
- Determinar en qué medida el clima y cultura organizacional están alineados con los objetivos organizacionales de las instituciones analizadas.

Desde el punto de vista del alcance de investigación, se propuso un estudio descriptivo, transversal y analítico, con basamento empírico a partir de la aplicación de técnicas de recolección de datos que permitan combinar el abordaje cuantitativo y cualitativo, destinado a la realización de diagnósticos de clima y cultura organizacional en centros de atención sanitaria de la región AMBA, que serían seleccionados como unidad de muestreo en base a criterios específicos.

Entre ellos podemos mencionar:

- Ámbito geográfico de cobertura, considerando la ubicación de los establecimientos y alcance efectivo de los servicios a la población del área de influencia.
- Cantidad y características de los equipos que integran la organización considerando directivos, profesionales de la salud y personal administrativo y operativo.
- Complejidad de la infraestructura de los centros sanitarios y características y condiciones de trabajo de quienes integran la organización.

Desde el punto de vista de la población en estudio, la misma estaría compuesta por profesionales de las diversas disciplinas, personal operativo y administrativo, personal directivo y profesionales y auxiliares de la enfermería.

Para ello, se diseñó un único instrumento de medición de indicadores de la cultura y el clima organizacional sobre la base de un cuestionario estandarizado y estructurado, con el objetivo de obtener respuestas que permitieran operacionalizar dimensiones relativas a cada una de estas variables. Finalmente en torno al tamaño y tipo de muestra, la misma sería intencional, definida en base a la capacidad operativa de recolección y análisis, es decir, el número de casos que fuera posible obtener de acuerdo a los recursos otorgados, la accesibilidad a los encuestados dado que preveíamos que pudieran generarse resistencias a la aplicación del instrumento de recolección de datos, y finalmente la tasa de respuesta al cuestionario, el que debía ser respondido individualmente, considerando la cantidad de preguntas que preveía el mismo. Asimismo, se consideraría diversas variables tales como: género, edad, nivel socioeconómico, nivel de instrucción y jerarquía, dependencia y escalafón para dar cuenta de las características sociodemográficas de la muestra.

La delimitación geográfica se definió en la región AMBA, entendiendo ésta de manera genérica como la zona común que conforman la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires¹.

¹ Almirante Brown, Avellaneda, Berazatagui, Berisso, Brandsen, Campana, Cañuelas, Ensenada, Escobar, Esteban Echeverría, Exaltación de la Cruz, Ezeiza, Florencio Varela, General Las Heras, General Rodríguez, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, La Plata, Lomas de Zamora, Luján, Marcos Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, Merlo, Morón, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López, y Zárate.

Establecido este diseño, lo cierto es que el contexto de emergencia sanitaria, dificultó el acceso a instituciones específicas, lo cual condicionó e implicó cambios respecto al diseño original.

En función de ello, se tomaron varias decisiones metodológicas: Se definió no limitar el análisis a la población de una institución en particular, y se optó por aplicar en una lógica de *bola de nieve* dos instrumentos en lugar de uno, a fin de influir positivamente en las poblaciones relevadas: profesionales de la salud, profesionales y personal de enfermería, auxiliares médicos y personal administrativo y operativos y cuyas unidades de análisis son cada una de las personas que responde al cuestionario.

Cada uno de los instrumentos mencionado se compone de un conjunto de datos de clasificación comunes a saber:

- Principal centro de atención donde trabaja, considerando que en el caso del sector salud existe una alta tasa de multiempleo.
- Jurisdicción en que se encuentra su lugar principal de trabajo: Ciudad de Buenos Aires, Conurbano Bonaerense, Interior de la Provincia de Buenos Aires.
- Subsistema al que pertenece la institución (Público/Privado de obras sociales).
- Edad, género, nivel máximo educativo alcanzado.
- Situación laboral actual considerando las siguientes funciones (profesionales de la salud, profesionales y personal de enfermería, auxiliares médicos, personal administrativo y operativo), función considerando si ejerce o no funciones de gestión o si realiza trabajo operativo administrativo, modalidad contractual.
- Antigüedad en la institución
- Cantidad de horas que trabaja en la organización.
- Nivel de satisfacción con su pertenencia a la misma.

Cada instrumento se conforma apartados con preguntas cerradas y bloqueadas destinadas a relevar dimensiones de cada una de las variables, elaboradas a partir de las siguientes consideraciones teóricas:

Para el análisis de cultura se consideraron los niveles y clasificación que realiza Schein, el cual distingue tres niveles de la cultura organizacional:

1) un nivel manifiesto o visible integrado por artefactos (objetos, normas escritas, rituales, símbolos) y, por

extensión, todas las manifestaciones de malestar y bienestar que los miembros de una organización pueden tener con su vida laboral dentro de ella (clima laboral);

- 2) un segundo nivel integrado por valores, que son las preferencias que miembros de una organización tienen respecto de ciertas cuestiones organizacionales por encima de otras (remuneraciones, beneficios sociales, tiempo libre, interacción con otros miembros de la organización, satisfacción con la tarea que realiza, compromiso, autorrealización, progreso);
- 3) un tercer nivel denominado presunciones básicas, que son las creencias más profundas e “invisibles” y constituyen el “inconsciente colectivo organizacional” (distancia de poder, evitar la incertidumbre, individualismo, orientación al futuro)

Para el análisis de clima organizacional, y teniendo en cuenta los factores que tienen impacto en el comportamiento de las personas, Segredo y Reyes (2004) mencionan que, se destaca la técnica de Litwin y Stringer (1968), que mide nueve dimensiones que guardan relación con ciertas propiedades de las organizaciones.

Estas nueve dimensiones son: estructura, responsabilidad, recompensa, desafío, relaciones, cooperación, estándares, conflictos e identidad.

Para el caso de este proyecto, y considerando estas dimensiones y aportes como el de Hofstede (1992) y se agruparon en cuatro grandes categorías:

- 1) las expectativas personales: dentro de esta categoría hay distintas variables:
- El desarrollo y la capacitación, haciendo foco en la capacitación recibida y si existe promociones por mérito y desempeño.
 - Reconocimiento y recompensas: si hay satisfacción con la remuneración recibida, si hay recompensas monetarias ante un trabajo bien hecho, si cuentan con beneficios no monetarios como pueden ser días de estudio, licencias, obra social, etc.
 - Calidad de vida: se evalúa si se trabaja con presión y también la cantidad de horas para ver si existe equilibrio entre la vida personal y laboral.
 - La estabilidad laboral.
 - La empleabilidad, en referencia a que si trabajar en esa organización da un prestigio en el mercado laboral;

- 2) las características del puesto que ocupa, y dentro de ella, tres divisiones, por un lado, la organización del trabajo: el grado de autonomía, la satisfacción en las tareas, si los objetivos son claros, si se cuenta con los recursos necesarios para desarrollar la tarea y si hay normas, reglas y procedimientos que las faciliten. Por otra parte, se evalúan las comunicaciones: si hay acceso a la información para poder realizar las tareas, si existe comunicación entre pares, con superiores y si existe la comunicación informal “radio pasillo”. Por último, se analiza si hay trabajo en equipo y si existe colaboración entre distintas áreas dentro de la organización;
- 3) Relación entre niveles jerárquicos: en esta categoría se evalúa el estilo jerárquico, si hay temor a expresar desacuerdos con los superiores, si hay claridad respecto del rumbo de los servicios, la postura del jefe,

Tabla 1
Características de la muestra

1. Edad	CABA	PBA	Suma total
30 o menos	13,04%		6,38%
31 a 40	30,43%	25,00%	27,66%
41 a 50	13,04%	33,33%	23,40%
51 a 60	34,78%	33,33%	34,04%
61 o más	8,70%	8,33%	8,51%
Suma total	100,00%	100,00%	100,00%
2. Género	CABA	PBA	Suma total
Femenino	65,22%	85,71%	76,47%
Masculino	34,78%	14,29%	23,53%
Suma total	100,00%	100,00%	100,00%
3. Máximo su nivel máximo educativo alcanzado	Territorio		
Postgrado (Maestría, Doctorado, Postdoctorado)	43,48%	28,57%	35,29%
Secundaria completa	13,04%	3,57%	7,84%
Terciario completo	8,70%	14,29%	11,76%
Universitario completo	34,78%	53,57%	45,10%
Suma total	100,00%	100,00%	100,00%
4. Situación laboral actual	CABA	PBA	Suma total
Auxiliares médicos	4,35%		1,96%
Personal administrativo y operativo	17,39%	3,57%	9,80%
Profesionales de la salud (médicos, psicólogos, kinesiólogos, odontólogos, etc.)	65,22%	78,57%	72,55%
Profesionales y personal de enfermería	13,04%	17,86%	15,69%
5. Clasificación según funciones	CABA	PBA	Suma total
Administrativo / Operativo	34,78%	10,71%	21,57%
Profesional con funciones de gestión	43,48%	60,71%	52,94%
Profesional sin funciones de gestión	21,74%	28,57%	25,49%
Suma total	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia

si existe respeto, si escucha a los demás, si brinda ayuda, orientación y entrenamiento, si reconoce los logros, si promueve el trabajo en equipo, entre otras cosas; y, por último,

- 4) Aspectos institucionales: dentro de este punto se evalúa la calidad, la ética, la imagen de la organización, incluyendo en ésta si tiene compromiso social con la comunidad, la equidad entre hombres y mujeres respecto de las posibilidades de desarrollo y la opinión de usuarios y ciudadanos.

Sumado a ello y con el fin de conocer la opinión de estas poblaciones en torno a condiciones y preocupaciones en el contexto de emergencia sanitaria, se incluyó en el instrumento de clima un apartado elaborado en base al trabajo realizado por Zulma (2020), que incluye preguntas vinculadas a las siguientes dimensiones: liderazgo, gestión y cohesión de conflictos, comunicación, recursos institucionales, capacitación y preocupaciones en el contexto de pandemia. A continuación, se presenta como avance preliminar una caracterización de la muestra obtenida al momento y re-

sultados en torno a la dimensión de liderazgo y las preocupaciones ante el contexto de pandemia.

Análisis descriptivo de la muestra y resultados parciales obtenidos en torno al cuestionario de clima organizacional.

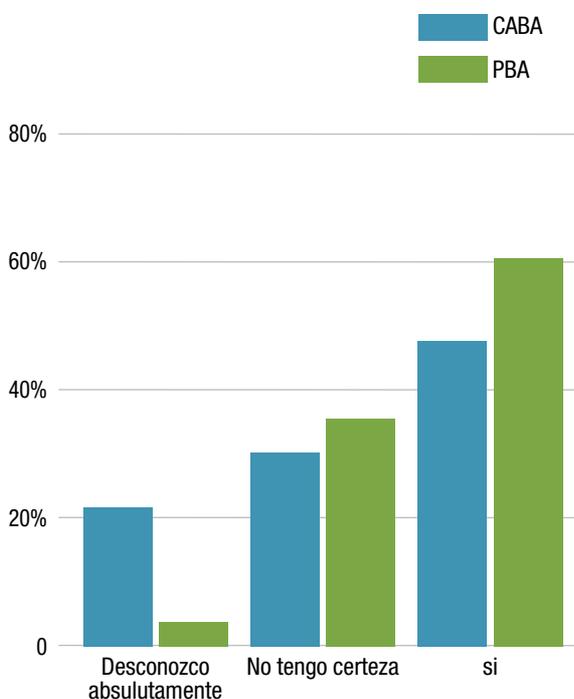
Del total de respuestas, que al momento son 36, la mayoría de las personas que respondieron el cuestionario corresponden a un rango etario que van de los 31 años hasta los 60, con una predominancia de quienes poseen entre 51 a 60 años.

De ese total, el 76,00% corresponde a mujeres, mientras que solo el 24% corresponde a varones. Mayoritariamente se trata de profesionales de la salud, con funciones de gestión representativos de casi el 53% de la muestra, mientras que las respuestas restantes se reparten en partes iguales entre personal sin funciones de gestión y personal que realiza tareas operativas y administrativas.

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas y laborales de los participantes descriptas previamente.

**Gráfico 1:
Comités de crisis**

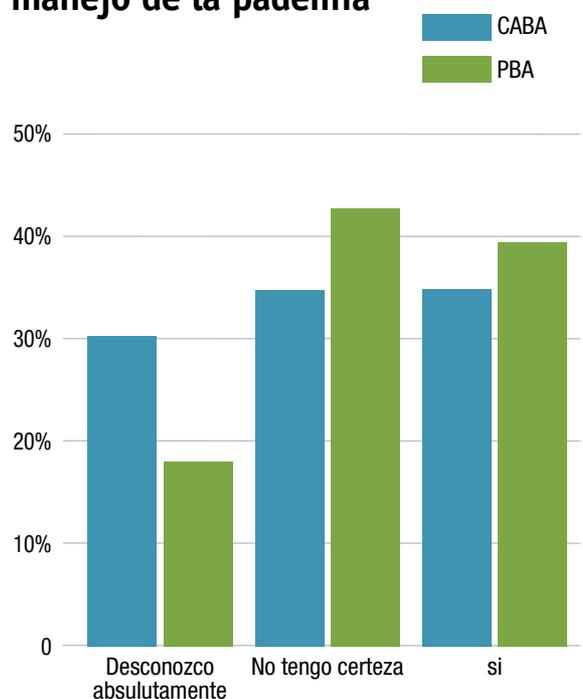
Existe un comité de crisis para el manejo de la pandemia



Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 2
Coordinación de comités**

Sé quién/quienes lideran el comité de crisis para el manejo de la pandemia



Fuente: Elaboración propia

Ante la pregunta de si existe un comité de crisis de la gestión de la pandemia, la respuesta es mayoritariamente positiva en ambas jurisdicciones.

Ahora bien, ante la pregunta sobre el conocimiento de quienes lideran dichos comités, aquí la respuesta cambia y se reparte en proporciones similares entre respuestas afirmativas y quienes manifiestan no conocerlo con certeza.

Finalmente, es interesante observar que ante la pregunta en torno al rol y expectativas en el actual contexto, las personas encuestadas manifiestan en mayor proporción estar seguros de este rol en el caso de la Ciudad de Buenos Aires que en el caso de quienes trabajan en instituciones de la Provincia.

Finalmente, entre las principales preocupaciones ante la pandemia, podemos observar que en ambas jurisdicciones y mayoritariamente, mismas se relacionan con la posibilidad de contagiarse y/o poner en riesgo a su familia, mientras que aquellas respuestas vinculadas con la disponibilidad de recursos de insumos y de equipos de protección es marcadamente menor.

Conclusiones Preliminares

A lo largo del presente trabajo nos hemos propuesto revisar los principales supuestos teóricos que hacen a la importancia del estudio de la cultura y el clima organizacional, en particular en el caso de las instituciones de la salud, y hemos observado la relevancia de estas variables para la calidad de los servicios que presta el sistema.

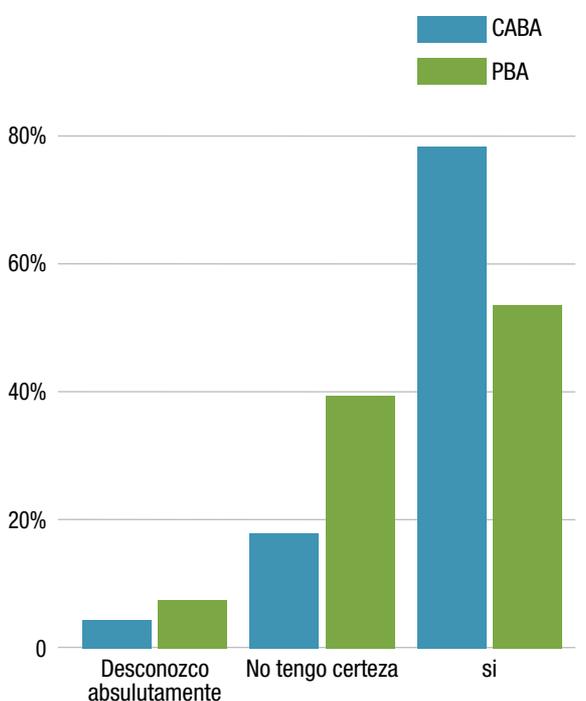
Hemos repasado las principales dimensiones teóricas que han permitido desarrollar los instrumentos de recolección de datos, considerando las categorías y dimensiones de análisis presentada por la bibliografía más relevante.

No es menor en este primer repaso, revisar las decisiones y limitaciones que implica una práctica investigativa en un contexto como el actual, lo cual ha significado un desafío para el conjunto del equipo.

Desde el punto de vista de la formación de recursos humanos, el proyecto enmarca el trabajo de dos becarias de investigación que se encuentran en proceso de elaboración de sus diseños de tesis, ello ha implicado varias instancias

Gráfico 3
Roles

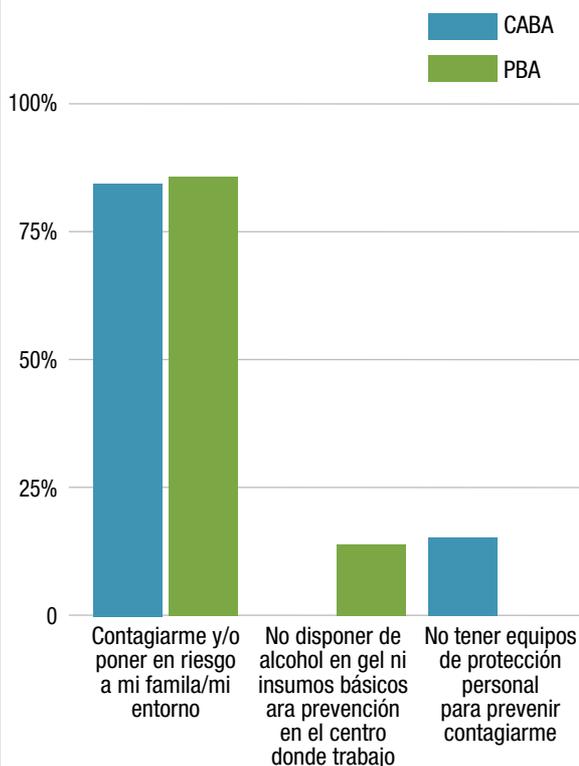
Tengo claro mi rol y lo que se espera de mí en este contexto



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4
Pandemia

Preocupación por la pandemia



Fuente: Elaboración propia

