

El factor humano como activo intangible: Creación de valor a partir de la informalidad en la implementación del Modelo de Cuidados Progresivos en el Hospital Dgo. Mercante en 2026.

Fernanda Segovia Harlos

RESUMEN

El Plan Quinquenal de Salud (2023-2027) de la Provincia de Buenos Aires promueve la transición hacia un Modelo de Gestión por Cuidados Progresivos para garantizar la accesibilidad y equidad en el sistema sanitario. No obstante, la viabilidad de estas políticas públicas suele verse tensionada por la brecha entre el diseño normativo formal y la dinámica organizacional real. Bajo un enfoque cualitativo con anclaje en la Sociología de las Organizaciones y la Administración Pública, este artículo analiza el rol de los aspectos informales del personal de salud (trayectorias previas, principios y valores) entendidos como activos intangibles y componentes clave de la capacidad de gobierno de los actores.

Se realizó un estudio descriptivo y exploratorio en el Hospital Gobernador Domingo Mercante de José C. Paz, enfocado en servicios estratégicos como Clínica Médica, y en las Unidades correspondientes a las Salas de Gestión del Usuario, a la Sala de Cuidados Ambulatorios y Hospital de Día, y a la Sala de Internación, todas dependientes del Servicio de Admisión Centralizada. La recolección de datos primarios se estructuró mediante observaciones *in situ* y entrevistas semiestructuradas a informantes clave, y procesadas mediante análisis de contenido con el software ATLAS.ti.

Los hallazgos preliminares evidencian que el factor humano opera como un capital social determinante: sus habilidades blandas y ciertos rasgos culturales actúan como potentes facilitadores de la transversalidad institucional, mientras que ciertos anclajes de carrera configuran resistencias culturales. Se concluye que para la sostenibilidad de reformas sanitarias innovadoras es imperativo integrar y valorar estratégicamente estos activos invisibles dentro de la planificación pública organizacional.

Palabras clave: Cuidados Progresivos; Aspectos Informales; Activos Intangibles; Capacidad de Gobierno.

Abstract: The Health Quinquennial Plan (2023-2027) of the Province of Buenos Aires promotes the transition towards a Progressive Care Management Model to guarantee accessibility and equity in the healthcare system. However, the viability of these public policies is often strained by the gap between

formal regulatory design and real organizational dynamics. Under a qualitative approach rooted in the Sociology of Organizations and Public Administration, this article analyzes the role of the health personnel's informal aspects (previous backgrounds, principles, and values) understood as intangible assets and key components of the actors' government capacity.

A descriptive and exploratory study was conducted at the Hospital Gobernador Domingo Mercante in José C. Paz (2026-2027 period), focusing on strategic services such as Internal Medicine, User Management, and Centralized Admission. Primary data collection was structured through *in situ* observations and semi-structured interviews with key informants, processed through content analysis using ATLAS.ti software.

Preliminary findings show that the human factor operates as a crucial social capital: their soft skills and informal leaderships act as powerful facilitators of institutional transversality, while certain career anchors shape cultural resistances. It concludes that for the sustainability of innovative healthcare reforms, it is imperative to strategically integrate and value these invisible assets within organizational public planning.

Keywords: Progressive Care; Informal Aspects; Intangible Assets; Government Capacity.

INTRODUCCIÓN

Considerar a los hospitales con una mirada de derecho implica ponerse los anteojos de la accesibilidad, entendiendo tal concepto en salud como el acceso de los ciudadanos a los servicios de atención sanitaria de manera equitativa. Cuestión que se ha puesto de manifiesto en el mundo en contexto de la pandemia de COVID-19, cuando el sistema sanitario demostró su robustez, pero también exhibió sus flaquezas ante la demanda emergente de la población.

En este escenario las interseccionalidades¹, en tanto factores estructurales que operan de manera conjunta y posicionan a las personas y grupos en diferentes situaciones que condicionan su acceso al sistema de salud, agravan el problema, configurando barreras de acceso a sus derechos a la atención y al cuidado. En este contexto, y con un Estado argentino como garante del derecho constitucional a la salud², desde la provincia de Buenos Aires, en abril de 2023, se ha establecido como política sanitaria para el presente quinquenio el

¹ Se entiende interseccionalidad en salud como el resultado de diversas aspectos de los individuos que los condicionan en el acceso a la salud, Sen, Iyer y Mukherjee la vinculan “... con los determinantes sociales de la salud, debido a los componentes que se conjuntan para influir en el estado de salud de forma diferenciada para diversos grupos la población, por condiciones de género, clase, raza y etnia”. (2009)

² Mención de la salud como derecho en la Constitución Nacional Argentina, artículo 42° y artículo 75° inciso 22. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

*Plan Quinquenal de Salud de la Provincia de Buenos Aires - 2023-2027*³. Éste introduce como eje principal la integración de un sistema sanitario, que apunte a lograr un acceso equitativo de la población al sistema sanitario y garantizar un acceso -digno, universal y equitativo- a los servicios de salud. Esto, a través de una red de sistemas de atención en que los hospitales trabajen de manera articulada e integral.

Con esta perspectiva, uno de los ejes estratégicos de este Plan incluye la implementación en los hospitales bonaerenses de un Modelo de Atención por Cuidados Progresivos⁴, *centrada en fases de complejidad “...garantizando la accesibilidad, eficiencia del sistema de salud y asegurando el nivel de atención adecuado que cada paciente requiere, en contexto transdisciplinario como modelo superador de los contextos cerrados por servicios a un modelo en red articulado entre sectores...”*⁵ desde una mirada integral del paciente. Pasar de un sistema verticalista -administrativa y gerencialmente- a otro más funcional horizontal y/o transversal, equivale a pasar a un modelo que incluye procesos: de asistencia directa, de gestión de pacientes para mejora de la accesibilidad, de gestión de recursos humanos y financieros eficientes, y de trabajo en redes con el fin de propiciar el trabajo interdisciplinar y la articulación en redes institucionales, optimizando así el talento humano.

Los hospitales, como cualquier organización, se componen de “modos de hacer las cosas” ya establecidos, que se conforman -por un lado- por aspectos formales: las estructuras, los organigramas, las normativas, etc.; y -por otro lado- por aspectos informales. Los aspectos informales son las cuestiones que se producen por fuera de lo formal, en el ámbito de las interacciones entre los agentes que componen los servicios, por características personales, grupales, y por características referenciales (valores, cultura, educación, creencias, partidismos, vínculos, recursos, etc.), de las cuales el individuo no puede separarse al ingresar a la organización y que -por el contrario- suelen tener incidencia en su accionar.

Estos dos grandes aspectos de las organizaciones -“formal-informal”- se ponen en juego a la hora de poner en marcha estos cambios, expresando su flexibilidad y su capacidad de adaptación ante nuevas propuestas y/u oportunidades. En este sentido, la implementación del Modelo de Cuidados Progresivos incluye cambios contundentes respecto del actual modelo de atención, los cuales deben desarrollarse en servicios compuestos por agentes decisorios con cierto poder de influencia sobre los procesos, por lo que resulta

³ Plan Quinquenal de Salud de la Provincia de Buenos Aires - 2023-2027

<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/wp-content/uploads/sites/244/2023/04/Resumen-Ejecutivo-Plan-Quinquenal-de-Salud.pdf>

⁴ Manual de Modelo de Atención por Cuidados Progresivos
<https://es.scribd.com/document/766249397/Manual-Cuidados-Progresivos-Digital>

⁵ “Modelo de Gestión por Cuidados Progresivos: del Modelo de Atención Centrado en el Servicio al Modelo de Atención Centrado en Niveles de Cuidados DNCSSyRS”.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/03/6_programa_curso_cuidados_progresivos.pdf

menester atender las cuestiones informales que se involucran en el trabajo diario de los trabajadores, como las trayectorias previas del personal y sus principios y valores.

Esta investigación, que tuvo como fin analizar el rol que juegan los aspectos informales en la implementación del Modelo de Gestión por Cuidados Progresivos en el Hospital Gdor. Domingo Mercante, ofrece un marco de lectura indispensable para la planificación pública contemporánea, permitiendo diagnosticar de manera temprana las resistencias culturales intrahospitalarias antes de que se tornen obstáculos insalvables, y aportando evidencia empírica sobre cómo el factor humano opera como motor y mecanismo de compensación organizacional, absorbiendo las flaquezas del sistema formal, e intentando transformar el derecho a la salud en una práctica de accesibilidad más real frente a las demandas complejas de la población.

La relevancia de este trabajo para el campo de la Administración y las Políticas Públicas radica en su capacidad para trascender el análisis técnico-formal de las reformas organizacionales en el ámbito público, introduciendo la dimensión informal como un componente estratégico y analítico central para la viabilidad de los planes productos de políticas públicas mejoradoras. En un escenario donde el Plan Quinquenal de Salud (2023-2027) de la Provincia de Buenos Aires prescribe un cambio estructural importante -transicionando de esquemas verticales cerrados hacia un modelo horizontal en red de Cuidados Progresivos-, este estudio demuestra que la sostenibilidad de las políticas innovadoras no se agota en el diseño normativo ni descansa en la implementación detallada, sino que en un centro de salud pública, las trayectorias previas, principios y valores del personal son determinantes de la Capacidad de Gobierno de los actores.

MARCO TEÓRICO

El concepto de relaciones informales en las organizaciones es analizado históricamente como las interacciones sociales que se dan espontáneamente entre las personas en un ambiente laboral, es decir, sin estar previamente planificadas. Hernández Santana, menciona al respecto que dentro de las organizaciones existen dos sistemas, “... *uno formal, dado por las relaciones propiamente laborales, preestablecido en su estructura y dinámica por la propia Organización. Y otro informal, proporcionado por las relaciones personales entre los miembros, que funciona de forma autónoma o espontánea*”. (1997, p. 6)

En este trabajo, se define relaciones informales como aquellas relaciones y dinámicas que surgen entre los individuos dentro de la organización, como un entramado relacional donde intervienen componentes que

los caracterizan, y de los cuales los individuos no pueden desprenderse fácilmente al ingresar a la organización, sino más bien conforman el conjunto de referencias externas que constituyen la especificidad de cada uno, y pueden tener incidencia -o no- en este entramado organizacional.

Desde este punto, y tomando las referencias externas como clave en el análisis relacional, se retomará un trabajo anterior, donde se plantean estas referencias externas como “... *instrumentos que se han generado por fuera de la estructura formal, previos, consciente o inadvertidamente (conocimientos, experiencias, creencias) que las personas trasladan consigo a la organización*” que son puestos en práctica, y completan y movilizan los aspectos normalizados. (Segovia Harlos, 2023: p.9)

Así, mirar las trayectorias, valores y creencias previas de los agentes que componen los grupos en ámbitos laborales ha sido puntual en trabajos previos, donde se los ha determinado como herramientas relevantes puestas en juego en distintos aspectos de las organizaciones, como por ejemplo, los procesos. Entiéndase trayectorias previas como aquellas experiencias pasadas (sociales, educativas y laborales) que generan una serie de disposiciones internas que el trabajador lleva consigo, concepto que Pierre Bourdieu (1990) desarrolla desde la sociología, en base a lo que él llama *habitus* o capital cultural como el origen social que dicta el comportamiento laboral del sujeto desde una construcción subjetiva.

Al respecto, Crojethovich (2012) argumenta que, aunque las organizaciones públicas de salud se caracterizan por un amplio marco normativo y procedimental, en la cotidianeidad hay factores exógenos (cambios y condiciones económicas, sociales y políticas) que afectan su estabilidad, impactan en su desarrollo y modifican la dinámica funcional. En este ámbito, los aspectos informales, según la autora, se entretajan con lo formal de diferentes maneras, haciéndolo en particular en las organizaciones de salud pública.

En esta primera aproximación las postulaciones sitúan al trabajador como portador de determinantes externos, a lo que le sumaremos una mirada que surge del trabajador desde “quién es” y “en qué cree”, es decir como portador de determinantes internos, que mentaremos valores y creencias. Al respecto Schein (1978) profundiza en los conceptos de cultura organizacional y los elementos que la componen, además de su concepto de “anclaje de carrera”, mediante el que explica que a lo largo de su trayectoria, el personal desarrolla ciertos valores “no negociables” que anclan su carrera (autonomía, seguridad, desafío técnico, servicio a una causa). Estos anclajes son el resultado de los éxitos y fracasos previos.

Al respecto, Geert Hofstede menciona desde la administración transcultural que las personas traen a las organizaciones “programación mental” basada en sus valores culturales de origen (distancia al poder,

individualismo vs. colectivismo), idea que ayuda a entender por qué un trabajador tiene creencias respecto del poder y otros aspectos de las dinámicas de las organizaciones debido a su trayectoria, y por ende acciona consciente e inconscientemente en sus procesos de trabajo. Esta contribución coloca sobre la mesa el debate de hasta dónde estos aspectos influyen, y cómo lo hacen en la dinámica hospitalaria.

Es menester mencionar que en el ámbito de las políticas sanitarias últimamente se ha planteado un cambio de paradigma, que parte de la visión de salud en términos de derecho y de salud personalizada. Esto apunta al sistema de salud y su alcance, poniendo en juego cuestiones críticas de accesibilidad de parte de la población, y haciendo foco en el sistema sanitario como gestor del proceso salud-enfermedad, por un lado, y, en el Estado como responsable de la resolución de las potenciales barreras que limitan este proceso, por el otro. En este contexto, la accesibilidad es planteada por algunos autores como el enlace entre el derecho a la salud y su efectivo cumplimiento; cuando este enlace se corta porque una persona no pueda acceder a la atención de salud, se vulnera su derecho. (Argañaraz, 2021)

Como una línea del nuevo Plan Quinquenal de Salud de la Provincia de Buenos Aires para 2023-2027, y con la intención de promover un modelo de atención centrado en las personas, las familias y la comunidad, y con una perspectiva de derechos e interseccional, se plantea el establecimiento en los hospitales bonaerenses de un nuevo modelo de atención de la salud, el Modelo de Cuidados Progresivos, que apunta a trasladar el foco de atención del cuidado de la salud puesto en la enfermedad y en el servicio para colocarlo en la persona y en los niveles de cuidados que precisa en su paso por el sistema de salud.

Al respecto, la Organización Panamericana de Salud (OPS, 1973) plantea que el Modelo de Atención por Cuidados Progresivos organiza los servicios de cuidado según el grado requerido por el paciente, en el momento que lo necesita y en el espacio del hospital más apropiado para tal fin y según su estado clínico, independientemente de la especialidad médica por la que recurre.

Partiendo de algunos estudios precedentes y del concepto de aspectos informales en las organizaciones, específicamente trayectorias previas y valores de las personas, se contemplarán aquellos aspectos puestos en juego en la implementación del Modelo de Cuidados Progresivos. Teniendo en cuenta que este Modelo se encuentra en pleno proceso de implementación en el Hospital Mercante, se considera de importancia el carácter de cambio que implica para el personal, a la vez que las posibles modificaciones que pueda implicar en la trayectoria del mismo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A partir del análisis de contenido, del discurso de las entrevistas y de las notas de observación realizadas en el Hospital Gdor. Domingo Mercante, se procedió al procesamiento de la información, que permitió identificar que los aspectos informales del personal de salud no operan como elementos residuales de la organización, sino como verdaderos activos intangibles que moldean la viabilidad real del Modelo de Gestión por Cuidados Progresivos. Siguiendo una perspectiva sociológica se determina que los hallazgos se estructuran en función de los siguientes activos: aquellos factores que emergen como facilitadores, las configuraciones subjetivas que operan como resistencias culturales ante el cambio de paradigma institucional y las habilidades blandas de los agentes que accionan frente a situaciones complejas.

1. ACTIVOS FACILITADORES: TRAYECTORIAS PREVIAS Y REDES DE COLABORACIÓN

La evidencia empírica recolectada en en las Unidades correspondientes a las Salas de Gestión del Usuario (en adelante SGU), de Cuidados Ambulatorios y Hospital de Día, y en la Sala de Internación del Servicio de Admisión Centralizada, demuestra que existen tres grandes grupos de factores que actúan como motor de transversalidad en la transición del modelo, que se distinguen en: las experiencias previas de los agentes que se ponen en práctica en los procesos diarios, el 'saber hacer' acumulado por los agentes, y en algunos rasgos comunes de cultura compartida, que es el principal motor de transversalidad en la etapa de cambio.

A) Experiencias previas en acción:

Se han desprendido de las entrevistas diversas experiencias y conocimientos adquiridos por los agentes previamente a esta etapa de implementación que han tenido relevancia en su modo de interactuar con los pacientes, y en la búsqueda de alcanzar los objetivos que plantean los lineamientos del Modelo de Gestión por Cuidados Progresivos, a la vez que poniendo al paciente en un lugar central y su bienestar integral. Entre estas existen prácticas de militancia política, trabajo en salud comunitaria, vivencias en otros países, capacitaciones y posgrados, y participación en campaña de vacunación de Covid-19, entre otros.

Al respecto, un integrante del personal de enfermería menciona: *“Yo tengo muchos años de militancia peronista. Trabajé en comedores y merenderos, apoyo escolar, varias actividades con la gente, y eso me dio experiencia en un montón de cosas. Pero principalmente me encargaba del Movimiento de Salud, de la promoción de salud en los barrios. Eso me ayudó a ver otras realidades. No juzgar a otras personas.”*

El agente menciona que estas cuestiones hoy forman parte de su comportamiento en el hospital, lo cual se pudo detectar en las observaciones como parte de su llegada a los pacientes, quienes le confían diferentes cuestiones y esgrimen sus necesidades para que las traslade al resto de los servicios o profesionales.

Otro agente comenta su experiencia previa al hospital como catequista y todo aquello que esta actividad le sumó a su actual rol de referente: *“Con el tiempo me fui dando cuenta de que mucho de lo aprendido como catequista me sirvió para manejar la relación y trato con las personas de mi equipo. Me ayuda con la paciencia ponerle.”*

B) El 'saber hacer' acumulado por los agentes:

En los profesionales médicos y enfermeros -principalmente- se percibe la incorporación de experiencia práctica y de las reglas del hospital a lo largo de sus años de carrera (*habitus* profesional), que se han convertido en facilitadores de resoluciones adaptativas en los procesos asistenciales y en la determinación de nivel de complejidad y necesidad de atención. Estas estructuras mentales y esquemas de acción que los profesionales suelen internalizar de tal forma que actúan de manera automática o "natural" es en sí un saber acumulado, lo que Pierre Bourdieu (1990) considera un activo intangible fundamental, y los Cuidados Progresivos exigen clasificar al paciente según su estado clínico y no bajo esquemas rígidos.

En un hospital público inserto en un contexto de alta vulnerabilidad como es el Hospital Dgo. Mercante, el *habitus* profesional incluye un "saber hacer" adaptativo y la capacidad de resolver problemas de salud complejos con recursos limitados ante problemas de complejidad creciente. Este saber acumulado es fundamental, ya que los Cuidados Progresivos exigen clasificar al paciente según su estado clínico específico y no bajo esquemas rígidos. Un agente, al respecto, cuenta haber trabajado muchos años en otro hospital cercano antes de ingresar en el hospital, en el que se desempeñaba como referente en su servicio, y del cual menciona haber aprendido muchas cosas que luego intentó, y aún lo intenta, incorporar a las formas de trabajo del Hospital Mercante.

Otro agente de comenta que su experiencia en el exterior le ha dado herramientas de acción adaptativas de rol activo en la resolución de situaciones complejas y lo sostiene de la siguiente manera: *“Allá (en referencia al país donde se vivió un tiempo antes) el rol del enfermero es distinto al de acá, el enfermero tiene un rol más activo, y mucho más valorado, con más autonomía. De hecho puede indicar medicación y dispensar. Eso me dio una mirada distinta a la que hay acá, más de colaboración.”*

C) Algunos rasgos comunes de cultura compartida:

Los hallazgos demuestran que el trabajo en un entorno de vulnerabilidad social no solo condiciona la demanda asistencial, sino que moldea hábitos institucionales específicos en los agentes del Hospital. La convivencia diaria con estas complejidades territoriales ha tendido a una predisposición resolutoria de emergencia y a una arraigada cultura de ayuda mutua y servicio comunitario. Esta matriz de valores compartidos, consustancial a la identidad de la organización pública de salud, opera como un potente activo intangible que conjuga con los principios éticos del nuevo modelo de atención, convirtiéndose en el principal motor subjetivo para viabilizar sus objetivos de equidad y accesibilidad universal.

Testimonio de esto lo da una agente administrativa, que cuenta haberse incorporado al equipo de trabajo y haberse sorprendido del trabajo de los profesionales y personal no médico: *“Si hay algo que me sorprendió es la forma de trabajar en equipo que tienen en la Guardia. Que es sorprendente cómo todos trabajan unidos, para resolver las emergencias. Como que ya lo tienen incorporado.”* Conservar y potenciar estos recursos es imperante en la implementación del nuevo modelo, así como del alcance de sus objetivos.

2. LOS ACTIVOS EN CONFLICTO: RESISTENCIAS CULTURALES

Se han detectado algunas resistencias culturales que chocan con la transversalidad que exige el nuevo modelo. Por un lado, las costumbres del anterior modelo verticalista, y por otro lo que Schein llama “anclajes de carrera”. El autor explica que las personas, a lo largo de su vida laboral, desarrollan un “anclaje de carrera”, un conjunto de valores, motivos y necesidades autoperceptivas que consideran no negociables y que guían todas sus decisiones profesionales que los “ancla” a su forma de trabajar. Estos anclajes configuran resistencias culturales, y generan tensión cuando el nuevo modelo le exige al personal cambiar una dinámica a la que están profundamente aferrados por su historia y su identidad profesional. En este sentido, en el Hospital Dgo. Mercante esto se traduce en ejemplos muy concretos:

A. La pérdida de autonomía: El modelo tradicional hospitalario funciona de manera vertical y compartimentada, donde los servicios consideran que poseen poder decisorio sobre el uso de las camas y de los cambios que en estas se generan. Mientras que el Modelo de Cuidados Progresivos exige transversalidad, articulación en red entre servicios y especialidades, y que las camas se gestionen de manera centralizada según la necesidad del paciente, y no de la especialidad médica. Esto, para un profesional cuyo anclaje de carrera es el control total de su servicio, implica una pérdida de autonomía que percibe como una amenaza, y genera una resistencia cultural a cooperar con los nuevos métodos.

Al respecto, un agente entrevistado de la Sala de gestión de Usuario comenta: *“Y... se torna difícil un poco el trabajo con algunos, porque quieren seguir trabajando como lo venían haciendo desde siempre, y se nota la resistencia. Pero bueno, no es algo que se va a lograr de golpe, sino que se va trabajando de a poco. Y explicando siempre cuáles son los objetivos. Pero cuesta.”*

B. El arraigo a la especialización técnica: La identidad que los profesionales forman en base a su saber médico-asistencial, así como funciona como un activo facilitador para el cambio, también actúa como un anclaje, ya que se torna una resistencia a las demandas que estos agentes consideran *“no les corresponde hacer”*. Es decir, que si el nuevo modelo exige desarrollar habilidades blandas, o gestión de pacientes y trabajo interdisciplinario, y el agente siente que estas tareas administrativas o de coordinación *“no son su trabajo”* o devalúan su rol técnico, se resistirá al cambio, prefiriendo al viejo modelo.

C. La búsqueda de previsibilidad: Este tipo de resistencia se ha observado en aquellos agentes que no están informados -o muy poco- acerca de las implicancias del nuevo modelo, o quienes entendieron el modelo venidero pero que aún no entienden en qué se verá afectado su rol. El personal en este tipo de organizaciones tiene un fuerte anclaje en la estabilidad, y ve la transición como un factor de incertidumbre o desorden, que altera su *“modo de hacer las cosas”*, por lo que tienden a apegarse a la burocracia anterior para no salir de su estabilidad, de su zona de confort, respondiendo con rigidez al nuevo paradigma.

En algunas observaciones, esto se ha identificado en la falta de respuesta de algunos agentes a los nuevos roles designados en la estructura, los cuales tienden a desestimar estos roles y sus funciones; desatendiendo sus pedidos y persistiendo en métodos que venían llevando a cabo previamente. Se pudo identificar en una de las observaciones la siguiente respuesta ante un pedido de información: *“Yo se lo voy a alcanzar a ... (refiriéndose a su jefe directo) como vengo haciendo desde siempre”*. Esto define además un anclaje en la búsqueda de estabilidad en la cadena de mando que representa una resistencia al nuevo modelo.

Cabe aclarar que la resistencia al modelo de Cuidados Progresivos no suele deberse a malas voluntades, o por pereza del personal, sino que el nuevo modelo altera la identidad profesional (los anclajes de carrera) que los trabajadores construyeron durante años. Al procesar las entrevistas, se han detectado frases como *“acá las cosas siempre se hicieron así”* o *“enfermería/médicos no tendríamos por qué encargarnos de coordinar esto”*, en lo que ponen sobre la mesa precisamente cómo esos anclajes individuales se vuelven colectivos y forman una resistencia cultural.

HABILIDADES BLANDAS COMO CAPACIDAD DE GOBIERNO

En los hospitales públicos, la estructura formal está diseñada para un flujo de trabajo ideal. Sin embargo, la realidad hospitalaria en contextos complejos está llena de imprevistos, contingencias y vacíos normativos. Y cuando la estructura formal no basta, los procesos del nuevo modelo no se detienen gracias -en gran parte- a que el personal activa sus habilidades blandas como una herramienta de gestión política y operativa. Eso es, en palabras de Matus (1987), y su teoría del “Triángulo de Gobierno” la capacidad de gobierno de los actores; es decir, la acumulación de pericia, habilidades relacionales, conocimientos prácticos y competencias blandas que posee el trabajador para resolver problemas complejos y decisiones acertadas en tiempo real, especialmente ante situaciones de incertidumbre o vacíos de la estructura formal.

EVIDENCIAS PRÁCTICAS DEL ROL DE LAS HABILIDADES BLANDAS:

1. La Empatía Situacional como Amortiguador del Conflicto y Barreras de Acceso

El sistema de asignación de turnos o de derivación a camas de internación puede ser rígido o sufrir demoras burocráticas, y frente a la demanda emergente de una población vulnerable (que muchas veces llega con situaciones de interseccionalidad complejas: barreras idiomáticas, falta de recursos para el transporte, desinformación), la norma formal tiende a excluir ("*vuelva mañana*", "*no hay sistema*"). En estas circunstancias, los agentes de la Unidad de Atención a la Comunidad, dependiente de la SGU, utilizan la empatía y la escucha activa como un activo para contener la angustia del paciente y decodificar su necesidad real más allá del trámite.

Según el relato de uno de los entrevistados de la Unidad: "*Se podría decir que intentamos hacerles más llevadera la estadía. Porque nadie viene al Hospital porque tiene ganas, al contrario, la gente ya tiene suficientes problemas*". La empatía actúa aquí como un "puente de accesibilidad". El agente de la Unidad, en estos casos recibe al paciente, lo escucha, lo informa, le explica el nuevo funcionamiento y el rol del nuevo área con lenguaje claro, (enseñando inclusive a usar la aplicación de turnos en su dispositivo móvil), y de esta manera desarma la resistencia del usuario ante la burocracia. La empatía así deja de ser un mero rasgo de personalidad; se convierte en una competencia relacional de la Capacidad de Gobierno que evita que el Triángulo de Gobierno se desmorone por conflictos de gobernabilidad con la comunidad.

2. La comunicación asertiva e intersectorial frente a los vacíos del circuito

En plena transición de modelo de atención y la implementación de una gestión transversal de los pacientes, los canales de comunicación formales entre los servicios hospitalarios suelen ser difusos o estar en proceso

de ajuste, y las órdenes escritas o los sistemas informáticos a veces no reflejan la urgencia del movimiento de un paciente. Sino más bien generan diversidad de posturas, fricciones y tensión. Al respecto, se han observado acciones resolutivas por parte de algunos agentes, activando canales informales de comunicación asertiva (reuniones rápidas espontáneas, llamadas directas, acuerdos de palabra, generación de herramientas didácticas de trabajos, etc.) para coordinar el traslado de un paciente según su nivel de complejidad clínica. La habilidad para comunicar con claridad, negociar de manera horizontal con otros servicios y generar consensos rápidos en el pasillo es lo que mantiene la continuidad del cuidado. Los agentes utilizan su comunicación informal -consciente o inconsciente- para controlar aquellas "zonas de incertidumbre" de la organización, que Crozier y Friedberg (1977) consideran la fuente de poder.

3. La pericia acumulada para la flexibilización operativa

La estructura formal del hospital tradicional tiende a paralizarse cuando un recurso falta o cuando un servicio se satura porque está acostumbrada al trabajo vertical por compartimentos cerrados. Sin embargo, los profesionales con mayor trayectoria en el Hospital poseen una pericia acumulada que les permite anticiparse a los cuellos de botella. Por ejemplo, un médico que detecta que una cama se va a liberar puede no esperar a que el circuito administrativo lo detecte, sino usar su conocimiento de la dinámica hospitalaria para alertar tempranamente a la Unidad de Gestión de Turnos o a los referentes de Gestión del Cuidado del Paciente (espacio comprendido por agentes que se encargan de definir mediante herramientas de categorización la complejidad del paciente). Esta pericia puede ser detectada y utilizada para volver los procesos más dinámicos, aunque es necesario que estas acciones no sean rechazadas, ya que la pericia acumulada puede tender a generar el efecto contrario y rechazar los cambios del nuevo modelo.

En observaciones se vio que esta pericia fue aplicada y se volvió un activo de gran valor, demostrando que la viabilidad del plan de Cuidados Progresivos depende directamente de la acumulación de pericia relacional del agente sanitario. Matus (1987) explica que el éxito de los cambios no reside en la norma, sino en la capacidad de Gobierno de sus actores, y esa acumulación de pericia y habilidades relacionales que permite resolver problemas en tiempo real. Las habilidades blandas son el componente principal de la capacidad de gobierno, sin ellas, el "Triángulo de Gobierno" se desmorona porque el actor (trabajador de salud) no tiene las herramientas para ejecutar el plan en un entorno resistente.

CONCLUSIÓN

Al analizar la dimensión operativa del Modelo de Cuidados Progresivos, los datos revelan que las habilidades blandas del equipo de salud configuran la verdadera capacidad de gobierno de la organización ante la demanda emergente. Frente a los vacíos propios de una estructura formal en proceso de transición, atributos como la empatía situacional, las experiencias previas, los valores y creencias compartidas, entre otros, actúan como mecanismos de compensación que garantizan la continuidad asistencial y posibilitan el desarrollo de las nuevas formas y estructura. Al recuperar y potenciar estos factores como competencias blandas no solo facilitamos la operatividad interna, sino que transformamos el capital humano en activos intangibles de alto valor, a la vez que ofrece una hoja de ruta para integrar al factor humano en la planificación estratégica, para potenciar los aspectos facilitadores y reconocer las resistencias culturales antes de que se conviertan en obstáculos insalvables para el cambio de modelo.

Hacer foco en estos subgrupos de activos no formales podría traducirse en mejoras de la calidad del servicio público de salud. En primer lugar porque apunta a una humanización del cambio organizacional, generando que el nuevo modelo sea percibido como una evolución natural hacia una atención más centrada en la necesidad del paciente y no como una imposición, impactando en el trato al usuario. En segundo lugar, porque puede contribuir a potenciar liderazgos informales y redes de colaboración que optimicen la atención y logro de objetivos institucionales en un sistema de complejidad creciente, generando valor social y aprendizaje colectivo. Y por último, porque puede establecer un precedente en la consideración de que para que el Modelo de Cuidados Progresivos alcance sus objetivos (eficiencia, equidad y oportunidad) es imperativo valorar el capital social de quienes lo operan.

A través de este trabajo se evidenció que mientras el Modelo de Cuidados Progresivos se implementa desde la normativa, su ejecución real depende -en gran parte- de los agentes, por lo que analizar las trayectorias previas y los valores compartidos e individuales del personal permite identificar el "saber hacer" acumulado que la estructura formal suele ignorar. Las organizaciones hospitalarias tienen una necesidad estratégica de integrar las habilidades blandas como motores de los procesos transformadores y del alcance de los objetivos de este modelo y de otras políticas innovadoras, ya que la sostenibilidad de estas políticas depende de la alineación entre los objetivos institucionales y la cultura organizacional informal.

Por esto, se debe contemplar en la mediatez la importancia de reconocer y desarrollar un enfoque estratégico hacia el perfil de los agentes en estos procesos, así como su capacidad de influir en la implementación del nuevo modelo. Y se debe comprender que los cambios institucionales no son meramente burocráticos y estructurales, sino procesos complejos, altamente sociales y de gran potencial de aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

Argañaraz, M. 2023. Reflexiones desde la práctica profesional. Crisis de Accesibilidad en la Salud Pública en Tiempos de Pos Pandemia. Escenarios, Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Núm. 37.

Bourdieu, Pierre. 1990. Espacio social y génesis de las clases en: Bourdieu Pierre, Sociología y cultura, México.

Crojethovic, A. 2012 El aspecto informal de las organizaciones públicas: instrumento de dominación y estrategia para el cambio. Cuadernos del Cendes, año 29, N° 7. Enero-abril 2012.

Crojethovic, A. 2010. El efecto de la informalidad en la dinámica organizacional. El análisis de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires. VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología. La Plata.

Crozier, M. y Friedberg E. 1977. El actor y el sistema. las restricciones de la acción colectiva. Alianza Editorial Mexicana. Versión en español.

Díaz, Carlos Alberto. 2021. Gestión Hospitalaria por Cuidado Progresivo 3. Tomado de salud y díaz. <https://saludbydiaz.com/2021/05/17/gestion-hospitalaria-por-cuidado-progresivo-3/>

Hernández, Alba. 1997. El tejido interactivo de la Organización laboral. La dualidad formal-informal. CIPS, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). La Habana. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona.

Matus, Carlos. 1978. Adiós, señor presidente. Universidad Nacional de Lanús. Ediciones de la Unla. [https://faud.unsj.edu.ar/descargas/blogs/libro-de-carlos-matus-adios-senor-presidente_MATUS_Adi os_Senor_Presidente%20\(1\).pdf](https://faud.unsj.edu.ar/descargas/blogs/libro-de-carlos-matus-adios-senor-presidente_MATUS_Adi os_Senor_Presidente%20(1).pdf)

Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. 2023. Directrices de Organización y Funcionamiento de Gestión de Enfermería y marco de de los Cuidados Progresivos.

Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. 2024. Los Cuidados Progresivos como estrategia para la transformación del modelo de atención. Manual de funciones y procesos del Servicio de Admisión Centralizada. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. OMS. 2016.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria (DNCSSyRS) del Ministerio de Salud de la Nación. “Modelo de Gestión por Cuidados Progresivos: del Modelo de Atención Centrado en el Servicio al Modelo de Atención Centrado en Niveles de Cuidados DNCSSyRS”.

Plan Quinquenal de Salud de la Provincia de Buenos Aires - 2023-2027.

Schein, Edgar. 1988. La cultura empresarial y el liderazgo. Una visión dinámica. Barcelona: Plaza & Janes Editores.

Organización Panamericana de la Salud. (1973). Unidades de cuidado intensivo para la América Latina: hacia la atención progresiva del paciente. [Publications]. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/45903>