

Internación por cuidados progresivos: Propuesta metodológica para su implementación en un hospital general de agudos

Miguel Ángel Schiavone,¹ Pedro Mazza,² Laura Cordero³

¹ Director Escuela de Salud Pública. Fac de Medicina. Universidad Católica Argentina – Director del Curso de Auditoría y Gerenciamiento de Organizaciones Sanitarias. Asociación Médica Argentina.

² Director Curso de Gerenciamiento de Organizaciones Sanitarias.

³ Subdirectora Médica del Hospital Álvarez - Jefa TP Curso Auditoría de la AMA

Resumen

Implementar un sistema de cuidados progresivos y atención interdisciplinaria en los hospitales generales del subsector público representa un desafío para el sistema de atención de la salud. El modelo, ya presente en un importante número de establecimientos del subsector privado y de la seguridad social, ubica a los pacientes en sectores de internación según sus necesidades de cuidado y dependencia, y no según las especialidades médicas tradicionales. En el presente artículo se presenta el marco conceptual y una propuesta metodológica para su efectiva implementación en un hospital público venciendo las naturales resistencias al cambio.

Progressive patient care

Summary

Implementation of progressive care patients and interdisciplinary care models in General Hospitals has been challenging for Public Health Care Systems. The model actually present in some Social Security and Private Hospitals place the patients in areas or units on the basis of their needs for care as determined by the degree of illness rather than on the basis of a medical specialty. This article describes the model, its theory and how it is possible to implement in a Public General Hospital despite of the natural resistance to change.

Introducción

El hospital moderno debe asumir nuevas responsabilidades y ampliar sus acciones asistenciales hacia las socio-sanitarias. Las mismas no se limitan a su rol tradicional de restaurar la salud, deben

además protegerla y promoverla; así como también preocuparse por los problemas económico-sociales de la población tomando decisiones costo-efectivas. Deberá, además, reformular su participación en la docencia e investigación, orientando sus acciones hacia la formación de un recurso humano apto para el nuevo modelo y una investigación que supere a la clásica epidemiología clínica. En el área de gestión la transformación es más profunda, por lo que deberá contar una estructura organizacional que incorpore nuevas disciplinas y un régimen administrativo acorde con su nueva complejidad. Finalmente, la atención integrada e integral de la salud brindada por este nuevo modelo de hospital requiere de su integración en redes de servicios actuando en estrecha coordinación con las actividades de los demás establecimientos de salud. **En este hospital moderno las barreras entre la Medicina Clínica y la Salud Pública están desapareciendo. La Salud Pública necesita de la Medicina Clínica, y ésta a su vez de una comunidad:** en otras palabras, el ejercicio de la medicina hospitalaria no debe reducirse a una función puramente curativa; la participación del hospital tiene que estar orientada a los programas integrales de salud, en perfecta concordancia con las aspiraciones de una comunidad en permanente renovación que anhela alcanzar un completo bienestar físico, mental y social al que tiene derecho.

Como puede verse, todas estas modificaciones del hospital no se reducen a cambios en cuanto a su proyección dentro de la comunidad, sino que **el hospital como elemento dinámico debe modificar sus estructuras internas, transformando conceptos y creando nuevos servicios, que obedecen al deseo de que se dé una mejor utilización y rendimiento de los recursos que dispone, así como una mayor calidad de los servicios orientados al paciente.** Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos están cambiando, se adiciona tecnología, aumenta la información disponible y los recursos volcados al tratamiento,

Correspondencia: Schiavone Miguel Angel
E-mail: schiavonema@yahoo.com.ar

tanto en el aspecto farmacológico como de técnicas mínimamente invasivas, como así también de recuperación postoperatorias, desarrollo de modalidades alternativas de atención (Hospital de día, Unidades de Rápido diagnóstico, Cirugía ambulatoria, Internación breve, Atención domiciliaria e Internación domiciliaria). Con ello caen los promedios de permanencia y aumenta el giro cama pero concomitantemente aumenta la demanda de servicios. **Pero la gestión hospitalaria no ha seguido ese ritmo innovativo que acompaña los cambios profundos del sistema**, de las exigencias centradas en el aumento de la expectativa de vida, el impulso del desarrollo humano, de los cambios demográficos y de las nuevas patologías. El hospital público actual debe considerar cinco elementos claves para su transformación: **el factor humano, el presupuesto, los costos, las camas y la productividad de la organización.**

La incorporación de nuevas tecnologías y las reformas edilicias, sin modificación en la gestión ni cambios en los paradigmas y en su cultura, nunca llegarán efectivamente a los usuarios. **El personal en contacto con modelos que solo cambian en su cosmética nunca comprenderá su función y tampoco la incorporará a sus competencias; será solo una parte del conocimiento ilustrado.** No entenderá tampoco cómo se realizan las acciones cotidianas desde lo operativo para cumplir con las metas institucionales que hacen al control de la producción hospitalaria y al cumplimiento de la estrategia, estrategia que debe estar radicada en mejorar la eficiencia, aumentar la efectividad y la satisfacción del usuario, con un gerenciamiento profesional, descentralización selectiva y aumento del *empowerment* del cliente interno.

Los gerentes del hospital moderno deben resolver cuatro problemas:

1. Aceptación política de los cambios en toda la organización.
2. Falta de gestión de la productividad del factor humano.
3. Hospitalización innecesaria de los pacientes. Pacientes internados en forma prolongada. Pacientes internados en lugares inadecuados para su cuidado.
4. Flujo de fondos presupuestarios.

Centrándonos en la tercera dificultad, entendemos que el problema de la hospitalización innecesaria de los pacientes se gestiona mejorando la atención en la emergencia, con médicos de experiencia, con salas de observación y diagnóstico rápido, mientras que las internaciones prolongadas se acortan con la mejora de los procesos y con el cuidado progresivo en la gestión de camas.

Continuando con la estrategia de APS en donde se reorganiza el sistema en niveles crecientes de complejidad, surge el concepto del hospital como una institución destinada a proporcionar "cuida-

dos progresivos". Según este concepto, los servicios hospitalarios se organizan para satisfacer las necesidades de los pacientes; necesidades que se satisfacen con el suministro de atención médica y de enfermería en diversos grados, en el sitio más adecuado, en el momento más oportuno y en las condiciones más apropiadas para cada paciente. En la atención progresiva se interrelacionan las "necesidad" del paciente con el grado de "atención clínica" requerida para satisfacer dichas necesidades.

Cuidados progresivos es el término mediante el cual se expresa un procedimiento cuya finalidad inmediata es mejorar e incrementar la atención directa al paciente, mediante su selección y ubicación conveniente, de manera que los cuidados que reciba estén de acuerdo a la gravedad y a sus propias condiciones físicas y funcionales. El objetivo principal que se persigue en el cuidado progresivo del paciente es el de proporcionar el mejor tratamiento y la óptima atención, gracias a la adaptación del servicio hospitalario y a la adecuada organización de los recursos médicos y de enfermería alrededor del paciente.

Para ello, deben considerarse algunos detalles importantes relacionados con aspectos de la operación hospitalaria, procedimientos y estructura física, así como otros concernientes a criterios en la selección de pacientes para cada unidad, los servicios que serán ofrecidos, requisitos especiales para las enfermeras, etc.

La actual estructuración de los servicios de hospitalización tiene como elemento fundamental al paciente, pero en relación a su enfermedad o condición clínica, en base a lo cual se lleva a cabo su selección y ubicación en los servicios de hospitalización. **Este concepto se mantiene desde hace muchísimos años, predominando el interés médico en detrimento de los requerimientos directos del paciente en lo relativo a cuidados y atención.** Por tal razón los pacientes se ubican en un mismo servicio por presentar iguales características clínicas sin tomar en cuenta la magnitud de sus necesidades de atención y servicios a satisfacer de acuerdo a la gravedad, severidad y demás condiciones físicas y funcionales. En cambio, con el procedimiento de cuidados progresivos se tiene como finalidad dar prioridad a las necesidades o requerimientos de atención por parte de los pacientes. Esto es más humano y funcional, prodigando una atención más eficiente, oportuna y de mayor calidad.

Este proceso de desarrollo integral de las instituciones debe producir cambios en la Cultura Organizacional, así como también el desarrollo de un gerenciamiento que cumpla con un plan estratégico acorde, el aumento de la competencia del factor humano, interacción de los equipos técnicos con el personal y la comunidad.

Modelo tradicional de cuidados del paciente en un hospital

Tradicionalmente los hospitales organizaron la

atención de los enfermos nucleando médicos y enfermeras por especialidades, creando servicios diferentes tanto en lo humano como en lo estructural, teniendo como ventaja el entrenamiento del personal y la estructura organizativa diferenciada de acuerdo a la patología predominante. Esto implica una diferenciación en gama de servicios. Pero los hospitales tradicionales o modernos, con alto nivel de producción y de demanda, requieren que los cuidados y los recursos estén en función del requerimiento integral de la persona.

El inconveniente de compartimentalizar la atención es, entonces, la utilización inapropiada de los recursos y tener camas ociosas. La organización actual de la mayoría de los hospitales responde, en consecuencia, al modelo tradicional de distribución de camas por servicio, cada uno con gestión independiente, con criterios diferentes, con normas distintas, que dificultan el desarrollo de la cadena de medios a fines de producción asistencial, tanto en lo que significa la mejora del giro cama como en los tiempos de estancia media, como así también en la evaluación integral del paciente, en falta de interacciones adecuadas en tiempo, oportunidad y espacio, de encontramos con inadecuada utilización de recursos tecnológicos, físicos y profesionales; escasa integración y desarrollo de interdependencia entre los servicios de los hospitales.

Se observa que en ocasiones, a pesar de no ser alto el porcentaje de ocupación de camas hospitalarias, o sea, índices generales inferiores al 75%, igualmente faltan camas. En realidad están ocupadas las camas de algunos servicios como terapia intensiva y neonatología. Experimenta así el proceso de producción asistencial un verdadero cuello de botella que impide la utilización correcta del recurso cama hospitalario, como así también el retraso en las interconsultas y en la utilización no adecuada del recurso de enfermería en relación con el nivel de cuidados requeridos por los pacientes. El factor crítico más importante está relacionado con la deficiencia en la gestión de camas.

El hecho de contar con camas compartimentalizadas por servicios ocasiona un inevitable desaprovechamiento al no ser asignadas éstas por criterios de necesidad, de acuerdo a una evaluación integral de los pacientes. Los servicios muchas veces desarrollan estrategias defensivas respecto de sus camas, prolongando la estadía de los pacientes hasta que pueda ser ocupada esa cama por un nuevo ingreso.

Tópicos a modificar en el modelo asistencial tradicional:

1. Privilegio de la oferta de servicios por sobre la demanda y/o necesidad de los usuarios.
2. Diferenciación en gama de productos.
3. Gestión de camas fragmentada por servicios.
4. Desigual porcentaje ocupacional de cada uno de los servicios.

5. Muchos hospitales dentro de otros.
6. Organización compartimentalizada y formalizada en sus procesos.
7. Proceso médico-asistencial centrado en productos finales.
8. Débil criterio de clasificación de procedimientos y productos hospitalarios.
9. Recursos duplicados en los distintos servicios del hospital.

El hospital, empresa de servicios con rédito social

La significación de considerar al hospital como una empresa sanitaria, empresa peculiar cuyo objetivo deberá ser el rédito social, superó ya los debates y los fantasmas sanitarios de la autogestión referidos a los temores de que se vulnera la misión social del hospital, produciendo la ruptura de su visión y la posterior alteración de los objetivos.

El hospital es una empresa integral de servicios de salud. Es una organización socio cultural, con influencias políticas muy fuertes, donde su emergente, el producto, no es el resultado lineal de la programación de las conductas de sus participantes o de sus servicios. El producto hospitalario es el resultado de la interacción de un equipo de salud, con factores que son utilizados como insumos en los procesos, con las influencias de los pacientes, de las familias, las restricciones presupuestarias, la exigencia del usuario y su propia capacidad.

Los hospitales son empresas de servicios, empresas del conocimiento y de las relaciones humanas. Esto nos obliga a desarrollar todos los mecanismos de aprendizaje organizacional. Cuando los hospitales eran dirigidos por médicos con alta consideración clínica y espíritu altruista, el presupuesto se podía vulnerar por la expansión del gasto, la tecnología médica no era costosa y la demanda de servicios era inferior. Pero el incremento de la demanda y de los costos, la necesidad de introducir racionalidad en el manejo presupuestario con financiación sustentable, la introducción de técnicas modernas de gestión, la generación de políticas de personal para aumentar la productividad y la creación de sistemas de información para la toma de decisiones **evidencia la imperiosa necesidad de una gestión profesional.**

La quinta generación de hospital, es el hospital empresa que forma parte de una partida presupuestaria responsable, una organización jerarquizada, con integración comunitaria e imagen corporativa, con acciones a extramuros e integración en red externa y organización matricial para las respuestas dinámicas que exige el entorno. Al mismo tiempo tiene como objetivo la unidad asistencial en todos los niveles y en todas las acciones, en lo preventivo, en la promoción, en lo asistencial y en la rehabilitación de manera conjunta y simultánea. Este hospital

con su poderío técnico amplía su ámbito de influencia hasta la comunidad representada por su área programática.

La base de su organización es la forma en que sus sistemas se interrelacionan. Estas son las relaciones dinámicas que se encadenan en una secuencia prescriptor, proveedor, cliente interno y cliente externo, donde deben imperar los principios de la eficiencia, la justicia y la equidad. Si entendemos estos principios, estableceremos las necesidades de la gestión del hospital, que es básicamente la construcción de una misión y el logro de una visión compartida desde la cual se generan los valores que forjarán los objetivos; objetivos que una vez consensuados, son participados y convertidos en las metas institucionales. Sobre esta base luego se pueden ordenar los procesos, controlar los costos ocultos de la ineficiencia, buscar la excelencia y la efectividad, formalizar los procesos, descentralizar la toma de decisiones, implementar la gestión clínica, aumentar la competencia del recurso humano, desarrollar la tarea en equipos y construir un correcto control de gestión.

Funciones a recuperar por el hospital público en el nuevo modelo de atención:

1. Referencia académica en el campo de la docencia e investigación.
2. Modelo indicativo en los procesos técnicos y organizacionales.
3. Factor alternativo de ponderación y equilibrio en la oferta de servicios.

Recomendaciones para la transformación de los hospitales:

1. Descentralización efectiva de los hospitales.
2. Capacitación del recurso humano.
3. Integración del hospital en un "modelo" de atención de la salud.
4. Desarrollar esquemas de acreditación.
5. Rescate de la capacidad instalada actual.
6. Desarrollo de estrategias de APS.
7. Internación por cuidados progresivos.
8. Implementar técnicas de gestión clínica.
9. Incorporación de tecnología apropiada.
10. Utilización de mecanismos de inversión conjunta con el área privada.

Internación por cuidados progresivos

La coordinación progresiva y la continuidad de los cuidados son una exigencia terapéutica y de eficiencia hospitalaria. Los cambios epidemiológicos, demográficos, tecnológicos y las nuevas terapéuticas con abordajes multidisciplinarios exigen de los profesionales conocimientos que exceden sus especialidades, con la concepción de no tratar enfermedades, sino personas, no desempeñarse solo en lo asistencial, sino también en la gestión del cuidado. Esos cambios exigen unidades funcionales que deben ac-

tuar matricialmente.

El hospital público tiene varios factores limitantes: El factor humano, el presupuesto, los costos, las camas y la productividad de su organización. Mejorar la productividad de las organizaciones hospitalarias como lo impone el aumento de la demanda propone el desafío de cambios fundamentales. **Esos cambios deben apuntar a dos pilares fundamentales: la gestión del factor humano con políticas de motivación, incentivos y capacitación y la gestión de las camas. El cuidado progresivo involucra ambos aspectos.**

Quien define el nivel de cuidado es el médico que interna al paciente y la supervisión de enfermería basándose en el nivel de cuidado que requiere el paciente, tanto en la enfermería como el médico, definiendo en forma clara el médico de emergencia o quien decide su internación donde se internará el paciente. Para ello es evidente que en las indicaciones médicas debe precisar el sitio de internación del hospital, en cuidado mínimo, medio, intermedio e intensivo.

Los pacientes de emergencias no deben ser internados prematuramente, deben ser estabilizados en la guardia porque si no rotarán por los niveles de cuidado prematuramente. Tenemos que darle tiempo suficiente al control, la estabilización, las medidas diagnósticas iniciales y la terapéutica. Un paciente agudo, en general, altera las rutinas asistenciales, por ello es necesario darles suficiente tiempo de control en las salas de observación y emergencia.

Un modelo asistencial por cuidado progresivo permite establecer la internación de acuerdo a la disponibilidad real de camas, complejidad de cuidado de enfermería, y la concepción epidemiológica e infectológica institucional. Es una internación definida por cuidado de enfermería, que es el nivel de cuidado exigido por el paciente y su patología sindrómica para una correcta asignación de horas de trabajo del personal.

Los lugares donde se internará al paciente se definen, entonces, como niveles de cuidado y no como servicios tradicionales. Los servicios existen pero sin áreas de internación definidas. Entonces, un paciente se internará por un servicio como asistencia principal, pero en el sector correspondiente al cuidado que se le debe brindar inicialmente y en el transcurso de la internación. El tamaño de esos niveles de cuidado es dinámico, no es fijo puede, además, modificarse de acuerdo a las características epidemiológicas de la población que requiere de este hospital y disponibilidad de enfermería.

Esta forma de cuidado permite establecer, dimensionar y optimizar la distribución del recurso humano médico, de enfermería y de insumos como lo imponga la demanda porque es posible determinar los requerimientos de cada paciente independientemente de la especialidad que efectúe la asistencia de cabecera y que están determinados por el grado de pér-

dida de autonomía. En general los tiempos variables son las horas de cuidado de enfermería que requiere cada paciente y esto no es tan difícil de estimar en la práctica. Siendo una tarea que debe ser conocida por el médico de guardia, por los integrantes de la admisión, por los que efectúan la asignación de camas en los pisos y fundamentalmente por las enfermeras, facilita la estimación de los consumos por paciente o por proceso, como también la asignación a una metodología de costos por centro de costos.

Este modelo prestacional, como cualquier otro modelo de gestión asistencial, requiere de la participación de los médicos y la enfermería, pero lo que debe mejorar sustancialmente, y sobre lo cual hay que trazar un objetivo general, es la interacción entre los servicios finales y los intermedios, cómo éstos utilicen, empleen y realicen la utilización de los recursos asistenciales. Si éstos no están convencidos, su implementación será infructuosa. ***Si no se entiende que los pacientes deben ser evaluados integralmente o que el servicio de enfermería debe participar activamente, no se puede ejecutar este proceso.*** Esta evaluación integral debe sustanciarse en la urgencia luego de su estabilización, en la tipificación de los casos de cirugía programada en relación a la recuperación, las comorbilidades y las patologías de base. También, sin duda, y como los hospitales son empresas del conocimiento, requiere formación, capacitación y adiestramiento a los responsables de los niveles de cuidado, en la enfermería, en los clínicos y las especialidades quirúrgicas.

En este modelo se agrega un rol mayor a la enfermería y en segundo término a la medicina interna, como eje central del pensamiento holístico del cuidado progresivo que va evidentemente en contra del modelo hegemónico médico súper especializado. ***Por ello lo más complejo resultarán las resistencias y las oposiciones de los médicos, que primero opinarán que no sirve para nada.*** Es muy complejo que lo entiendan los médicos, que en general prefieren tener la tarea facilitada en un determinado sector, haciendo su servicio algo personal, bloqueado y difícil de acceder, el famoso feudo, donde pueden establecer leyes propias y hasta regímenes asistenciales diferentes. Entonces las camas dejan de ser del hospital para pasar al servicio.

Este sistema tiene la racionalidad de buscar una correcta relación entre la cantidad de enfermeras y los pacientes internados que tienen que atender, entre insumos para cada sector y requerimientos, equipamiento, instalaciones y necesidades de los pacientes.

Ventajas de la internación por cuidados progresivos:

1. Aumenta la accesibilidad al sistema.
2. Flexibiliza la utilización de los recursos físicos.
3. Racionaliza la utilización del recurso humano de enfermería.

4. Favorece el uso adecuado de la tecnología.
5. Mejora en la calidad de atención.
6. Estimula el trabajo en equipo.
7. El paciente es considerado un todo biopsicosocial.
8. Racionaliza tiempos de internación.
9. Toma de decisiones costo-efectivas.
10. Mejora la confección de la historia clínica.
11. Se integra dentro de la estrategia de APS.

Requisitos para desarrollar un sistema de internación por cuidados progresivos:

1. Sistema de información ágil, confiable y válido para identificar los pacientes, sus diagnósticos y camas.
2. Normatización de los criterios de internación.
3. Médicos de cabecera suficientes en cantidad y formación de excelencia.
4. Secretaria de sala y registros médicos acordes al nuevo modelo.
5. Vencer la resistencia al cambio.

Cómo vencer la resistencia al cambio:

1. Formar un núcleo motor de cambio.
2. Lograr consenso.
3. Explicar, explicar y explicar el sistema.

Objetivo general del proyecto

El objetivo del proyecto es transformar el modelo actual de atención médica de un hospital general de agudos basado en una estructura compartimentada por servicios y especialidades y transformarlo en un nuevo modelo flexible, eficiente y de calidad basado en el cuidado progresivo del paciente según sus necesidades.

Objetivos específicos

- d. Constituir un núcleo motor de cambio en el ámbito del propio hospital.
- e. Transferir los conocimientos necesarios a este grupo en relación al nuevo modelo de gestión hospitalaria.
- f. Búsqueda de consenso dentro de los hospitales.
- g. Generar los elementos instrumentales necesarios para el proceso de cambio.
- h. Elaborar indicadores y un tablero de gestión que permitan monitorear el proceso y evaluar su impacto.
- i. Elaborar una guía metodológica y un manual de procedimientos que será utilizado por el hospital.
- j. Implementación del modelo por el grupo capacitado en ambos hospitales.

Metodología

La metodología para alcanzar el objetivo general y específico comprende siete etapas:

1. **Generar la necesidad de cambio hacia el mo-**

delo de cuidados progresivos:

Se pretende crear una "plataforma ardiente" para iniciar el proceso de transformación, identificando elementos que demuestren que el modelo actual de internación por servicios requiere un cambio urgente, y que el único camino posible es el cambio hacia el modelo de cuidados progresivos.

-Identificando indicadores del hospital que aporten la información necesaria para detectar la necesidad de cambio (internaciones prolongadas, pacientes internados en áreas no acordes a su complejidad, indicadores cualitativos).

-Aprovechar la información aportada por integrantes del equipo de salud para detectar situaciones que orienten a la necesidad de incorporar el modelo de cuidados progresivos (relatos personales, historias de pacientes).

-Recurrir a la presentación de experiencias exitosas tanto a nivel nacional como internacional que sirvan como modelos a seguir.

-Difundir la necesidad de cambio entre los miembros del equipo de salud.

2. Formar una coalición de liderazgo y cambio:

Con el objeto de provocar un *efecto "bola de nieve"* se constituirá el *equipo motor de cambio*.

-Integración del equipo con profesionales de enfermería y médico seleccionados.

-Identificar aliados en la estructura formal del hospital.

-Involucrar a la autoridad (Director) del hospital.

3. Capacitar al recurso humano responsable de la implementación:

El núcleo motor de cambio y el Director del hospital deben tener la máxima capacitación para poder tener éxito en la implementación del nuevo modelo, tanto en los aspectos técnicos específicos como en temas de liderazgo, motivación, negociación y emponderamiento.

- Seminarios y talleres dirigidos al núcleo motor de cambio.

4. Implementar una estrategia de programación local participativa:

A través de esta estrategia se diseñará el modelo de cuidados progresivos adaptándolo a la realidad demográfica, epidemiológica, cultural y social de la población que demanda servicios en el hospital a reconvertir, así como también a la realidad tecnológica, organizacional, edilicia, financiera y de recursos humanos de la institución. *El grupo debe, en esta etapa, establecer su visión*, la cual debe reflejar cómo le gustaría que fuera el hospital luego de implementar el modelo.

-Recopilar y analizar la información necesaria para conocer la situación actual (dotación de camas, utilización, rendimiento, estructura organizacional, recursos humanos, sistemas de información).

-Definir la visión.

-Definir de forma clara los objetivos que se pre-

tenden alcanzar.

-Detallar las actividades que se van a llevar a cabo, así como todas aquellas relativas a los factores estructurales, de recursos humanos, tecnológicos, informáticos y culturales para que apoyen el cambio hacia el nuevo modelo.

-Diseño del modelo de cuidados progresivos: estrategias organizativas y operativas (plan operativo, recursos necesarios, estructura organizativa, definición de responsabilidades, cronograma específico, adaptación de los sistemas de información, definición de medidas transitorias que permitan la coexistencia de los dos sistemas de trabajo, si fuera necesario).

-Materializar esta etapa en un documento que realmente sea tomado como base del cambio.

5. Generar una situación de adaptación y convencimiento:

Luego de la fase situacional y de sensibilización, es fundamental el convencimiento dentro de la institución de que el cambio hacia el modelo de cuidados progresivos es necesario y posible. Cada persona del núcleo motor de cambio utilizará todos los medios de comunicación que tenga a su alcance para difundir el nuevo modelo (revistas, reuniones científicas, reuniones de equipos de trabajo, periodismo).

-Comunicando la visión.

-Establecer un clima de confianza y de entendimiento.

-Gestión de grupos de resistencia.

-Analizar y cuidar las excepciones.

-Pruebas piloto y técnicas de simulación en sectores específicos del hospital.

6. Implementación del nuevo modelo:

A partir de las estrategias organizativas y operativas transmitidas al grupo motor de cambio, éste iniciará la implementación del nuevo modelo.

-Llevar a cabo la implantación prevista, así como aquellas actuaciones relativas al resto de los factores que favorezcan el éxito del cambio, ya que ayudarán a determinar y resolver los posibles problemas de rigidez que en determinadas ocasiones aportan los factores culturales, estructurales y de personas.

-Simultáneamente a la implantación la conducción del hospital irá recopilando la información que se va generando como fruto de dicha implantación. Esta información es muy útil para poder llevar a cabo una correcta evaluación y control del cambio, así como para futuros cambios que se puedan planificar en la organización.

7. Evaluación y seguimiento del impacto y resultados alcanzados:

El equipo de trabajo elaborará instrumentos de evaluación y seguimiento de la implementación:

-Para conseguir una buena evaluación y control del cambio hacia el modelo de cuidados progresivos es importante disponer de sistemas de información eficaces que recojan a tiempo los resultados que la implantación del cambio va produciendo.

-Esta información se ha de referir a todos los factores del cambio, no solo al que lo ha originado.

Bibliografía

1. Asenjo MA. Sistemas hospitalarios eficientes. En Gestión diaria del Hospital. Asenjo MA y col, Editorial Masson. 2da Edición, Barcelona, 2001.
2. Fernández Pérez Iñigo. Política de camas ingresos y egresos. En: Un modelo de hospital. Fernández Pérez Iñigo y col, Editorial Ars Médica Barcelona, 2001.
3. Bouzan Carames y col. Alternativas a la hospitalización convencional. En: Gestión Hospitalaria. Temes JL., Mengibar M y col, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 4ta Edición Madrid, 2007
4. Antunes E, Infante A, López Acuña D y col. La gestión del cambio Insitucional. En: La transformación de la gestión de Hospitales en América Latina y Caribe. OPS, División de Desarrollo de sistemas y Servicios de Salud, Washington 2001.
5. Errasti Francisco. El hospital como empresa de servicios. En: Principios de Gestión Sanitaria, Editorial Díaz de Santos, Madrid, 1997.
6. Val Pardo Isabel, Corella José María. Innovación en la Dirección y Gestión de los Servicios. En: Dirección y Gestión Hospitalaria de Vanguardia. Editorial Díaz de Santos, Madrid, 2005.
7. Gene J y Contel JC. La gestión del cambio como palanca transformadora de la realidad. En: Gestión en Atención Primaria, Editorial Masson, Barcelona, 2001.
8. Asenjo MA. Planificación y Gestión Hospitalaria. En: Las claves de la Gestión Hospitalaria, Editorial Gestión 2000, Barcelona, 2002
9. Morici P, Tonietto A y col. Cuidados Progresivos del Paciente, un modelo de atención. En: Gerenciamiento de Servicios de Salud. Editorial Martínez E G, Editorial Rivolin, Bs As.
10. Etkin J. La dualidad en las Organizaciones: organizaciones simples vs organizaciones complejas. En: El Hospital en la reforma. Ediciones Isalud, Bs As, 1998.
11. Mazza A. Los hospitales Argentinos ante el siglo XXI. En: III Encuentro Nacional de Hospitales, Ediciones Isalud, Bs As, 1998.
12. Schiavone Miguel Ángel. El paciente eje del accionar del Hospital Público. Revista de la Sociedad Argentina de Administración de Organizaciones de Atención de la Salud y Salud Pública de la Asociación Médica Argentina. AMA, Vol 1 N° 1 (Pags. 63-68) - Año 1998.
13. Schiavone Miguel Ángel. Gestión clínica y gestión estratégica de los procesos. Expomedical 14to. Seminario de Gerenciamiento Hospitalario 11 de Septiembre de 2009, Centro Costa Salguero.