



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Andrea Peve

Modelo de atención en internación por cuidados progresivos en el hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

Director de Tesis

Carlos Ventura

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Peve, Andrea. (2013). Modelo de atención en internación por cuidados progresivos en el hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/034154_Peve.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
8ª COHORTE 2005-2007

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración.

AUTORA

Médica Andrea Peve

DIRECTOR DE TESIS

Mg. Carlos Ventura

FECHA DE ENTREGA

27/02/13

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

8ª COHORTE 2005-2007

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital
Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus
trabajadores a 13 años de su inauguración.

AUTORA

Médica Andrea Peve

DIRECTOR DE TESIS

Mgr. Carlos Ventura

MIEMBROS DEL JURADO

Mgr. Arnaldo Medina

Médico, UNLP

Magíster en Economía de la Salud, ISALUD

Director Ejecutivo del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” de Florencio Varela

Mgr. Lucrecia Raffo

Médica, UBA

Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, UNLa

Directora Ejecutiva del Hospital Nacional Alejandro Posadas

Mgr. Leonardo Federico

Médico, Universidad Nacional de Rosario

Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, UNLa

Docente investigador de la UNLa

CALIFICACIÓN

Distinguido: 9 (nueve) puntos.

Dedico este trabajo con respeto y humildad a la comunidad hospitalaria, mis colegas del HHH, que me enseñan tanto en la gestión como en lo asistencial, sobre todo a los pediatras, por su apoyo incondicional.
a la memoria de mi padre, con su mirada melancólica y su sonrisa eterna...
a la persona que más admiro, Adrián, mi compañero tanto en la gestión como en la vida, tan lleno de saberes e intuiciones, quien me alentó permanentemente, sobre todo en mis momentos más críticos.
a Male, Luli y Benja, mis hermosos y bondadosos hijos, que debieron muchas veces suspender plaza o bicicleteada...
a Osvaldo y Ricardo, quienes me animaron a la gestión, y ya “no hubo vuelta atrás”.
y a los incansables, generosos trabajadores de los cuidados progresivos, ya que sin su trabajo diario, no me habría formulado “la pregunta”.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que participaron en el proceso de mi tesis, principalmente a Claudia Baffo, gran amiga y colaboradora que me apoyó en todo momento, y quien además realizó grandes aportes teóricos y prácticos. A Mariana Paulin, con sus duras pero muy esperadas correcciones, que contribuyó a mi crecimiento como tesista. A Carlos Ventura, por todas sus opiniones técnicas y prácticas y haber aceptado ser Director de mi Tesis. A mis compañeros de MEGyPS, por tantos momentos compartidos. A Ricardo Santoni, por su gran contribución teórica, Gualberto Mendez Valdemarín por su recreación histórica, Adrián Lammel por sus correcciones y contribuciones y a mis amigos de primera, Marian Conterno, Javi Santanera, Sandry Santos, Marce Sotomayor, que me apoyaron y me alentaron siempre y me demostraron que nunca estamos solos...somos un equipo.

...el saber-todos los diferentes saberes del hombre-que
funda el progreso de la humanidad,
es un bien inmaterial y colectivo,
que no puede ser acumulado más que
a condición
de ser transmitido
en el tiempo y en el espacio.

Costa Joan (1999, p.56)

RESUMEN

Nos propusimos investigar la internación por cuidados progresivos de pacientes desde la mirada de los trabajadores asistenciales y gestores de un Hospital General de Agudos, el Hospital Dr. Horacio Heller de la Provincia del Neuquén. Producto de procesos de reformas de salud en contextos históricos particulares, es el único hospital de la provincia que hasta el momento adoptó esta modalidad de atención. Como parte de los objetivos, buscamos verificar cuáles eran las características distintivas del modelo y cómo se interpretaban de acuerdo al rol que cada trabajador asistencial o gestor ocupa. El abordaje de esta investigación es de tipo cualitativo descriptivo. Se utilizó el estudio de caso, a través de entrevistas grupales e individuales basándonos en el enfoque sistémico, mientras que para el momento del análisis se aplicó el análisis de contenido. Entre los resultados de la investigación destacamos diferentes características distintivas del modelo, la interpretación que los trabajadores hacen del mismo, tanto desde el saber conceptual como desde el saber-hacer, su cultura organizacional, el modelo de gestión matricial y las diferencias con los modelos tradicionales de atención. Verificamos que existen diferencias en la interpretación del modelo según el rol del profesional. Lo encontrado durante la investigación nos permitió observar las diferentes tensiones que se viven en el día a día cuando se pone en marcha un proceso de atención diferente a los modelos preestablecidos en las formaciones académicas. Pretendimos reconocer las diferentes perspectivas de los trabajadores, considerándolas como diversas lecturas de una realidad compleja. A partir de los resultados obtenidos, esperamos se enriquezca el proceso de trabajo en el Hospital Dr. Horacio Heller, y se abran nuevas reflexiones acerca del modelo de internación por cuidados progresivos.

PALABRAS CLAVE: cuidados progresivos de pacientes; reformas de salud; atención centrada en el usuario; modelos de atención; organización matricial.

ABSTRACT

We set out to investigate the model of Progressive Patient Care (PPC) from the perspective of health workers and managers, in Dr Horacio Heller Hospital, a General Care Hospital in Neuquén province. As a result of processes of change in the Health System in specific historical moments, this hospital is the only one in the province that has adopted this concept of care so far. As part of the objectives, we intend to verify which the distinctive characteristics of the model were and how they were interpreted according to the role each health worker or manager has. The approach of this research is descriptive qualitative. Case study was used through individual and group interviews based on a systemic perspective, while for the analysis, a content analysis was applied. Among the results of this research we highlight different distinctive characteristics of the model, the workers' interpretation of it, both from the theory and practice, its organizational culture, the matrix management model and the differences from the traditional models of care. We have verified that there are differences in the interpretation of the model depending on the role of each professional. The findings in the investigation led us to observe different tensions that are lived day to day when a different model of care from the pre-established in academic background is set. We intended to recognize the workers' perspectives considering them as different interpretations of a complex reality. From the findings obtained, we hope to enrich the work process in the Hospital Dr. Horacio Heller, and open up new insights about Progressive Patient Care model.

KEY WORDS: Progressive Patient Care – Health Sector Reform – User-centered care – Health Care Delivery Models – Matrix management

ABREVIATURAS

AG	Atención Gerenciada.
CP	Cuidados Progresivos.
EMC	Equipo Médico de Cabecera.
HCP	Hospital por Cuidados Progresivos.
HCR	Hospital Dr. Castro Rendón.
HHH	Hospital Dr. Horacio Heller.
HPA	Hospitales Públicos de Autogestión.
MMH	Modelo Médico Hegemónico.
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos.
UPE	Unidades de Producción de Enfermería.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	12
1.2. <i>Presentación de los contenidos</i>	15
2. PRESENTACIÓN DE NUESTRO AMBITO DE ESTUDIO	17
2.1. <i>Principales características de la Provincia del Neuquén</i>	17
2.2. <i>Características del SubSistema de Salud Público de la Provincia del Neuquén</i>	18
2.3. <i>Hospital Dr. Horacio Heller. Presentación</i>	22
2.4. <i>Hospital Dr. Horacio Heller. Características Generales</i>	23
3. LOS CUIDADOS PROGRESIVOS DE PACIENTES. MARCO TEORICO-REFERENCIAL	
3.1. <i>Haciendo Historia. El surgimiento de los Cuidados Progresivos</i> ...	27
3.1.1. <i>El proceso de reforma en Latinoamérica</i>	28
3.1.2. <i>La atención gerenciada como eje de la reforma</i>	30
3.1.3. <i>Acercándonos a otras propuestas</i>	32
3.1.4. <i>Proceso de reforma en Argentina. Hospitales de Autogestión</i>	34
3.1.5. <i>Resistencias en Neuquén</i>	37
3.2. <i>Los Cuidados Progresivos como Modelo de Atención. Propuestas y Experiencias</i>	40
3.2.1. <i>Introducción</i>	40
3.2.2. <i>Experiencias en Latinoamérica y en Argentina</i>	41
3.2.3. <i>Modelo de Atención. El cambio hacia progresivos</i>	44
3.2.3.1. <i>Ventajas y Desventajas del modelo de Cuidados Progresivos</i>	47
3.2.3.2. <i>Modelo de Gestión Matricial</i>	49
3.2.4. <i>Modelo de Internación por Cuidados Progresivos del Hospital Dr. Horacio Heller. Propuesta teórica</i>	51
3.2.4.1. <i>Organización General</i>	51
3.2.4.2. <i>Categorización de los pacientes según Cuidados</i>	53
3.2.4.3. <i>Rotación de enfermería</i>	54
3.2.4.4. <i>Modelo de gestión matricial</i>	55
3.2.4.5. <i>Memoria de cuatro años</i>	56
4. OBJETIVOS	59
4.1. <i>Objetivo General</i>	59
4.2. <i>Objetivos Específicos</i>	59

5. MATERIAL Y METODOS	60
5.1. <i>Introducción</i>	60
5.2. <i>Enfoque sistémico</i>	61
5.3. <i>Nuestro Objeto de estudio</i>	63
5.3.1. ¿Cuál es la posición del Investigador?	64
5.3.2. Los sujetos	65
5.4. <i>Estrategia de Abordaje</i>	66
5.4.1. Muestreo	67
5.4.2. La técnica de recolección de datos	70
5.4.2.1. <i>Fuentes secundarias</i>	72
5.4.2.2. <i>La guía</i>	73
5.5. <i>La Dinámica</i>	73
5.6. <i>Análisis de los datos</i>	75
6. PRESENTACION DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	77
6.1. <i>Introducción</i>	77
6.2. <i>Características distintivas. Ventajas y desventajas</i>	78
6.2.1 Las camas son de los pacientes. Concepto de internación por Cuidados	78
Progresivos	
6.2.2. Poniendo en marcha el concepto: Proceso de Atención en Internación.	84
Cuando el Todo es más que la suma de las Partes	
6.2.2.1. <i>Normas y Procedimientos</i>	85
6.2.2.2. <i>Pases de sectores</i>	92
6.2.2.2.1. Introducción	92
6.2.2.2.2. La decisión	94
6.2.2.2.3. Organización interna	98
6.2.2.2.4. Otras situaciones intra e intersector	101
6.2.2.3. <i>Rotación de enfermería</i>	107
6.2.3. Superando las dificultades. El trabajo en Equipo	112
6.2.4. Modelo de Gestión Matricial. ¿Autonomía responsable o dilución del	119
poder?	
6.2.5. Diferencias con el Modelo Tradicional. Cuando los feudos pierden	125
territorio	
6.2.6. Comprendiendo la cultura organizacional del Hospital Dr. Horacio	132
Heller. Adeptos versus resistentes	
6.2.6.1. <i>Los mitos: ¿La “niña bonita del sistema” o “la mosca en la leche”?</i>	141
6.2.6.2. <i>Rumores de la Cultura Organizacional ¿es necesario el cambio de</i>	143
<i>complejidad?</i>	

7. CONSIDERACIONES FINALES	145
7.1 <i>Características distintivas de los cuidados progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller</i>	146
7.2. <i>Tensiones permanentes con las cuales convive el trabajador en la internación</i>	155
7.3. <i>Sugerencias a futuro</i>	156
7.4. <i>A modo de reflexión final</i>	159
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	161
9. APÉNDICES	170
10. ANEXOS	177

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

1. INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo de tesis, realizado en el marco de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús, fue resultado de experiencias profesionales de la tesista en el Hospital Dr. Horacio Heller, mientras se desempeña como médica pediatra en la actualidad, así como el hecho de haber ocupado espacios de gestión hasta el año 2011.

Partimos conceptualmente de la idea que los hospitales son fruto de un contexto social, político y económico y se desarrollan acompañando los cambios sociales imperantes. Luego, por estar conformados por personas que atienden a otras personas y cuya finalidad es la de producir salud. A pesar de estar basados en grandes lineamientos de políticas de salud del lugar y época donde se conforman, cada una de las instituciones hospitalarias adopta una impronta que los caracteriza y que a su vez los distingue de otros hospitales. El caso del Hospital Dr. Horacio Heller, (en adelante HHH), es un ejemplo de esta circunstancia.

A lo largo de la historia, todas las Instituciones Hospitalarias han experimentado y experimentan permanentes cambios respecto de su organización. Como producto de los cambios sociales, las instituciones deben adaptarse y cambiar. Especialmente en los últimos cuarenta años, en Argentina al igual que en los demás países latinoamericanos, y en el mundo entero, los cambios profundos dentro del sector salud, acompañaron cambios conceptuales sobre la salud como parte del proceso-salud- enfermedad-atención.

Ante las cambiantes necesidades de salud de las personas y sus comunidades, se generaron en los hospitales nuevas expectativas y diversas culturas entre los usuarios de los servicios de salud. Las nuevas tecnologías tanto clínicas como de administración, los nuevos modelos de gestión y financiamiento, y la creciente complejidad de las instituciones, devinieron en la búsqueda de soluciones y en la construcción de diversos modelos innovadores como forma de encontrar solución a las crisis emergentes de los factores mencionados.

En Argentina, muchas instituciones experimentaron cambios en sus modelos de gestión, financiamiento y atención intentando responder a las necesidades de la sociedad que les es contemporánea.

La Provincia del Neuquén, no fue ajena a estos cambios. El Sistema de Salud de la Provincia siempre fue considerado un modelo sanitario paradigmático dentro del país y de Sudamérica. El modelo neuquino se orientó a la maximización del impacto en sus principales

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

indicadores sanitarios. A pesar de que la necesidad de cambios afectó a la Provincia del Neuquén mas tardíamente que al resto del país dado el fuerte peso de su sistema sanitario, también debió adoptar medidas para la optimización de los recursos en tiempos de ajuste y de crisis.

En el contexto de la búsqueda de formas organizacionales más acordes a las necesidades imperantes, es que el Hospital Dr. Horacio Heller fue inaugurado en la Ciudad de Neuquén, el 23 de marzo de 1999 como un Hospital General de Agudos de nivel de complejidad VI dentro de una red de atención por complejidades.

Situado en la Zona Oeste de Neuquén Capital, sobre una superficie de 11000m², la incorporación del mismo a la Red Provincial, “significó un hecho de gran trascendencia tanto para la comunidad a la que asiste, como para el Sistema de salud”, (Santoni, 2004 p.19). La ubicación geográfica estratégica marcó un importante cambio para el área de influencia ya que acercaba una oferta de servicios a la población que históricamente debía recorrer una larga distancia para acceder a los servicios de salud. Inaugurado bajo las premisas de equidad, eficacia y eficiencia, con aporte financiero del Banco Interamericano de Desarrollo, pretendía constituir un

[...] servicio de Salud Provincial polivalente, brindando atención integral sin limitaciones horarias ni discriminación de ningún tipo de la población cubierta, eliminando las barreras de cualquier naturaleza que limiten la accesibilidad, brindando un trato personalizado y una atención que satisfaga permanente las expectativas de los usuarios. (Santoni, 2004 p.21).

Dicho Hospital fue concebido como *diferente* tanto en su sistema de gestión como de atención, respecto de los Hospitales ya instaurados en la Provincia. En lo que concierne a la internación, la modalidad de atención procuraba brindar tres modalidades: hospital de día, internación domiciliaria e internación por cuidados progresivos. Esta modalidad de internación por cuidados progresivos, (en adelante CP), diferente al resto de los hospitales de la provincia, nunca fue reproducida en otros hospitales ni en ocasiones de inauguración de nuevas instituciones o ampliación de las ya existentes.

Dada la diferencia con los modelos tradicionales de atención, los trabajadores de salud que fueron incorporándose al plantel del hospital debieron internalizar una nueva modalidad de atención, que proponía tomar al paciente en un sentido integral, que el cuidado estuviera

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

centrado en él, tratando de morigerar la puja de poder que se genera en los servicios tradicionales de internación.

Respecto del modelo de gestión, el Hospital posee un sistema matricial, basado en la incorporación de equipos de trabajo que actúan en forma coordinada entre sí teniendo en cuenta la complejidad que las organizaciones actuales presentan.

Pertenecer al Hospital Dr. Horacio Heller implicó para la cultura organizacional del hospital, sobre todo en lo que respecta a modalidad de atención en internación y a su modelo de gestión, un cambio en el modelo conceptual así como en la práctica respecto de los modelos tradicionales que cada uno de sus integrantes traía consigo al ingreso al Hospital.

Considerando estos aspectos, nos preguntamos qué opinan los actores que trabajan día a día con la modalidad de CP, ¿cuáles son a su entender las características que distinguen a este modelo de otros? ¿Cuáles son sus logros y dificultades? Se considera que la importancia de conocer estos tópicos radica en la necesidad de producir mayor conocimiento sobre el modelo de CP para los mismos trabajadores involucrados en el momento de reflexión y para el resto del sistema de salud.

Hasta que nos propusimos abordar este problema de investigación, se conocían sobre el modelo de CP implementado en el HHH los aportes teóricos del Dr. Ricardo Santoni, integrante del staff que trabajó un año previo a la apertura del Hospital, y que luego fue director del Hospital desde el año 1999 hasta el 2008, pero no se habían escuchado hasta el momento las diferentes *voces* de quienes en el día a día trabajan y *vivencian* este modelo.

Por lo tanto se pretendió que al destacar las voces de los trabajadores y reflexionar respecto del modelo de atención en su práctica diaria, se favorecieran cambios positivos en los procesos de trabajo.

La reflexión del propio espacio de trabajo, el momento en que el grupo analiza y reflexiona sobre el valor de uso que produce, es un momento importante para la constitución de la identidad y de la cohesión grupal.(Onocko Campos, 2007 p93).

Además, dicho conocimiento, podría ser beneficioso a futuro, para otras instituciones hospitalarias de la provincia que puedan evaluar posibilidades de cambio en el modelo de atención tradicional sobre la base de la experiencia aquí estudiada.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Se realizó una revisión de la bibliografía desde 1973, año en que la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS), define dichos cuidados, verificándose cuáles han sido los motivos, según la bibliografía, para que diferentes hospitales con modelos de atención tradicionales instaurados durante años, cambien su modelo, y qué opinan los diferentes autores, para posteriormente evaluar, mediante un estudio cualitativo, las percepciones que gestores y profesionales tienen de la atención de internación por cuidados progresivos del Hospital Horacio Heller.

Basándonos en los conceptos de cuidado del Profesor Emerson Merhy, (2006) se hizo un recorrido dentro del modelo de atención en el Hospital Heller. Partimos de la micropolítica del trabajo vivo en acto entendiéndolo como el escenario de distintas fuerzas instituyentes en disputa: desde los modos de producción, hasta las que se presentan en los procesos imaginarios y de deseo, y en el campo del conocimiento que los distintos hombres en acción constituyen (Merhy, 2006).

Preferimos el término “delimitar un objeto” tal como lo plantea Minayo, para diferenciarlo de la expresión recorte. Esta distinción nos da la posibilidad de entender la delimitación como “parte de un *momento* de la investigación, ya que con la misma se podrían relacionar nuevas líneas de pensamiento y construcción de futuros análisis e interrogantes”. (Minayo, 2009, p.151). En este proceso de delimitación del objeto de esta investigación sabemos que han quedado fuera diversas voces y elementos, uno de ellos es la mirada del usuario sobre el modelo de CP.

1.2 Presentación de los contenidos.

Esta tesis fue desarrollada y organizada según se menciona a continuación: en el capítulo I, realizaremos la introducción, en el capítulo II, presentamos nuestro ámbito de estudio, ubicándolo en su contexto, tanto geográfico como en la inserción dentro de las políticas de salud de la provincia así como también con sus características principales como hospital efector de acuerdo a su complejidad de atención. Posteriormente, en el capítulo III, presentamos el marco teórico-referencial, con el contexto histórico de los movimientos de reforma que se produjeron en la década de los años 1960 al 1990 en el cual se adopta un modelo de atención denominado por cuidados progresivos de pacientes, para posteriormente

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

adentrarnos en el contexto de la Provincia del Neuquén con sus particularidades respecto de la aceptación de Políticas de Salud impulsadas desde el Gobierno Nacional. Se hará luego hincapié en algunos precedentes históricos de los cuidados progresivos de pacientes en países de Latinoamérica y de Argentina, explicitando el concepto y el funcionamiento del modelo, para culminar el apartado con la descripción teórica del modelo del Hospital Dr. Horacio Heller.

En el capítulo IV, presentamos el objetivo general y los objetivos específicos introduciéndonos a la metodología de estudio de caso, desde un enfoque sistémico, en el capítulo V.

En el capítulo VI desarrollaremos los resultados del trabajo de campo y el análisis realizado, para finalizar con las consideraciones finales junto a un apartado de sugerencias en el capítulo VII.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

2. PRESENTACION DE NUESTRO AMBITO DE ESTUDIO.

2.1. Principales características de la Provincia del Neuquén¹.

A partir del 28 de junio de 1955, el antiguo territorio del Neuquén fue transformado en Provincia a través de la promulgación de la ley Nacional N° 14.408. Ubicada al noroeste de la Patagonia Argentina, tiene una superficie de 94.078 km². Al norte limita con la Provincia de Mendoza hasta la intersección con el meridiano 68° 15' de longitud oeste; al este continúa con el mismo meridiano hasta el Río Neuquén y Limay, punto de diferenciación de la Provincia de Río Negro; por último, el límite oeste lo constituye la Cordillera de los Andes. Se encuentra dividida en 16 departamentos: Aluminé, Añelo, Catan Lil, Collón Cura, Confluencia, Huiliches, Lácar, Los Lagos, Chos Malal, Loncopué, Minas, Pehuenches, Picunches, Picún Leufú, y Zapala.

El censo nacional de población del año 2010² registró para la Provincia del Neuquén un total de 551.266 habitantes, repartidos de manera heterogénea en los dieciséis departamentos, con una densidad de población de 5.9 habitantes/km². La población se distribuye de manera poco uniforme, el Departamento de Confluencia, que incluye la Ciudad de Neuquén, Capital Provincial, junto con Cutral-Có y la ciudad de Zapala, concentran aproximadamente el 63% de la población.

La característica que destaca a la provincia es su acelerado crecimiento, dado que desde 1985 en que se registró el primer censo, con 14.517 personas al censo del 2010, la cantidad se multiplicó 38 veces. Este hecho adquiere significado cuando se lo compara con el crecimiento nacional que fue de sólo 8 veces.

La tasa de crecimiento anual medio de la población es de 17 por 1000 habitantes. Este crecimiento se debe a que los tres componentes demográficos básicos,- mortalidad general, natalidad y migración - tienen un diseño particular y diferente al promedio nacional y del resto de las provincias patagónicas.

La provincia presenta un acelerado proceso de urbanización, donde el 92% de los habitantes viven en áreas urbanas, las que corresponden al 4% de la superficie del territorio

¹ Aportes de Santoni R. 2004.

² http://www.saludnqn.gob.ar/saladesituacion/archivos/publicaciones/Indicadores_Nqn_2012mayo.pdf

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

provincial. Este patrón de asentamiento descrito está directamente vinculado con la dinámica económica y social. Económicamente la provincia ha experimentado un gran crecimiento durante los últimos cuarenta años, basado principalmente en las actividades de explotación de sus recursos energéticos y otras conexas a éstos, como son la construcción y los servicios. Su Producto Bruto Geográfico (PBG), actual, es veinticinco veces mayor al que promediaba en 1960, lo que implica un crecimiento anual para ese período del 8,2%.

Por último, vemos que los indicadores socioeconómicos en general se asemejan bastante a los registrados para el total del país, así vemos que el porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (en adelante NBI) para la Provincia es del 12.4%, mientras que para el país es del 12.5%. El 2.3% de la población de ambos sexos de más de 10 años está en condiciones de analfabetismo, (en el país, 1.9%) contando con un 94% de los hogares con agua corriente.

2.2. Características del SubSistema de Salud Público de la Provincia del Neuquén³.

A comienzos de la década del 70', la provincia del Neuquén definió políticas operativas en materia de salud, acordes con el Plan General de Gobierno, y con el compromiso asumido por el Estado provincial al establecer claramente estos principios en la Constitución Provincial. (Taranda, 2008). Este plan, fue concebido ante la urgente situación que presentaban en la provincia algunos indicadores, tales como altas tasas de mortalidad general e infantil, con un 25% de los partos domiciliarios y embarazos sin controles, el alto crecimiento poblacional por altas tasas de natalidad y de migración, la alta incidencia de enfermedades inmunoprevenibles, respiratorias y diarreicas, una tasa de mortalidad por TBC que superaba al doble del promedio del país, y un elevado número de muertes sin atención (aproximadamente un 50%) y por causas mal definidas. (Ansolabehere, 2001).

Un contexto apoyaba estos indicadores: servicios de salud escasos o inexistentes en muchas áreas del interior de la provincia, falta de personal calificado (250 enfermeras de las cuales más del 80% no tenían formación profesional), la ausencia de normas de atención,

³ Datos extraídos de página oficial de la SubSecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén, [citado el 08 de abril 2012] http://www.saludneuquen.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=80&Itemid=197 y del documento 55 del Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

supervisión y evaluación, y una falta de integración entre los efectores y de éstos con el nivel central. (Ansolabehere, 2001).

Para contener esta situación, el Plan se fundamentó en una estrategia fuertemente normativa. Con el objetivo de lograr un alto grado de accesibilidad de servicios de salud a toda la población se organizaron los efectores según niveles de complejidad creciente y se les asignaron áreas programáticas donde desarrollar sus actividades. (Ansolabehere, 2001). Se ampliaron y crearon hospitales (el sector oficial era el único efector en el 86% del territorio con 30 establecimientos, de los cuales 19 eran con internación), se los equipó adecuadamente y se desarrollaron programas de capacitación.

También fue importante impulsar una fuerte formación de recurso humano priorizando dos disciplinas, por un lado la especialidad en Medicina General (a través de una residencia que funciona desde 1974), y por otro la formación de enfermeros (con la creación de la Escuela Superior en Enfermería en el año 1985) sumándose además la figura de agentes sanitarios. En conjunto con lo anterior se estableció la dedicación de tiempo completo del personal médico al subsector público. Estas formaciones luego continuaron y posteriormente en 1988, se continuó con la incorporación de otras residencias como Clínica Médica, Cirugía y Pediatría, para luego ir incorporando el resto de las especialidades hasta llegar a doce en la actualidad. (Ansolabehere, 2001).

Es así que los resultados de la aplicación del Plan se pudieron observar a corto plazo y en general y se mantuvieron a lo largo del tiempo: los indicadores de mortalidad descendieron drásticamente y se redujo la incidencia de las enfermedades transmisibles así como de las enfermedades inmunoprevenibles. La mejora de estos indicadores, marcaron un hito histórico, fundamentalmente a través de la mortalidad infantil que pasó de 108 por mil en 1970 a alrededor del 15 por mil hacia mediados de los noventa, a ser de 6.3 por mil en la actualidad. (Ansolabehere, 2001).

Se considera que, para la implementación del plan provincial de salud, fue importante tener dos componentes: por un lado el apoyo político, con la consecuente provisión de los recursos necesarios y por otro, la fuerte migración de recursos humanos calificados atraídos por una próspera situación económica de la provincia. La estabilidad en el tiempo, estuvo dada por una continuidad política al frente del gobierno provincial (el Movimiento Popular Neuquino ocupa el poder desde 1963 hasta la actualidad), así como por los recursos con que

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

contó la provincia originados por las regalías del petróleo, y “la solidez técnica del equipo que las llevó adelante.” (Ansolabehere, 2001).

Por último, podemos decir que en líneas generales, el sistema de salud neuquino se caracteriza por una baja autonomía de los establecimientos hospitalarios que dependen de la Subsecretaría de Salud con jurisdicción provincial, y una estrategia de articulación, a través de una red de establecimientos. (Ansolabehere, 2001).

Esta red compleja de establecimientos regionalizados en zonas y organizados por niveles de complejidad creciente, se compone de un sistema de referencia y contrarreferencia entre los mismos. El énfasis del modelo de atención está dado en la promoción y la prevención de la salud con tareas extramuros y programas con mayor peso en el abordaje materno infantil, con atención de los médicos generales como puerta de entrada al sistema. El subsistema público cubre la totalidad de las localidades de la provincia a través de hospitales y centros de salud. La presencia en las comunidades rurales se da en los puestos sanitarios o por las visitas periódicas que se realizan desde el hospital de referencia. (Ansolabehere, 2001).

En el Subsector Público Provincial se pueden definir claramente tres niveles en la organización sanitaria: El nivel Central, el nivel Zonal y el nivel Local.

Las políticas sanitarias son conducidas por el *nivel central*, que ejerce su función a través de las seis Zonas Sanitarias⁴ y el Hospital Provincial Dr. Castro Rendón⁵, (en adelante HCR). La Subsecretaría de Salud dependiente del Ministerio de Salud presenta un equipo integrado por cinco direcciones provinciales, salud, organización de establecimientos, gestión de la calidad, incorporación de tecnologías y administración. Los Jefes de Zonas Sanitarias y el Director del Hospital Castro Rendón dependen directamente del nivel central.

El *nivel zonal*, compuesto por seis zonas sanitarias y distribuidas geográficamente en el territorio de la provincia, cumple funciones de enlace administrativo entre los hospitales, centros de salud, profesionales, establecimientos privados y sus respectivas comunidades con el nivel central. El jefe zonal cumple funciones técnico-administrativas delegadas por el nivel central.

En el caso del *nivel local*, se compone de una red integrada por los prestadores de servicios, que conforman un total de 29 hospitales (con 1105 camas) ubicados en distintas

⁴ Ver Sección 10. ANEXO A. Figura 1. Mapa de la Provincia del Neuquén regionalizado por Zonas Sanitarias.

⁵ HCR, Hospital Castro Rendón. Hospital de máxima complejidad de la Provincia. Fundado en el año 1913.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

localidades de la Provincia, según índices poblacionales, 71 centros de salud urbanos y 100 puestos sanitarios rurales, que incluyen visitas periódicas⁶.

La provincia del Neuquén ha sido regionalizada en Zonas Sanitarias respetando cada una los límites políticos de los Departamentos y los criterios geográficos de accesibilidad y de concentración de la población. Cada Zona Sanitaria está conformada por un Hospital de Cabecera Zonal (nivel de complejidad IV) ubicado en la ciudad del departamento con mayor densidad poblacional, y responsable de la atención de su área programa y de los pacientes que por exceder la complejidad de atención hospitalaria de los hospitales de su zona, le son derivados.

Los hospitales zonales ofrecen una clara diferenciación y asignación de recursos en las cinco especialidades básicas, como pediatría, obstetricia, clínica médica, cirugía y medicina general.

Los establecimientos rurales de complejidad III adquieren especial significado en la organización sanitaria, ya que es a través de ellos que se logró la total cobertura de servicios de salud de la provincia, al asignársele un área de responsabilidad dentro de las cuales deben ejercer sus funciones. Así nacen los Centros de Salud (Nivel II) ubicados en las zonas urbanas de las localidades, y los Puestos Sanitarios (Nivel I) en los parajes habitualmente alejados de los centros urbanos, estando a cargo de los Agentes Sanitarios recibiendo visitas médicas y odontológicas periódicas, desde su hospital de base.

Las características de los establecimientos se normatizaron según la “Guía para la clasificación de los Establecimientos de Atención Médica por los niveles de complejidad”⁷ donde se define el nivel de los establecimientos asistenciales teniendo en cuenta la diversificación de las actividades que realizan y el grado de diferenciación de sus servicios. (Santoni, 2004).

En cuanto a los niveles de complejidad, los hospitales de Baja Complejidad (Nivel III) ofrecen atención médica indiferenciada a través de profesionales especialmente capacitados en medicina general. En los servicios de mediana complejidad (Nivel IV) se incorporan las especialidades denominadas básicas: pediatría, obstetricia, cirugía y clínica médica.

⁶ Datos extraídos de página oficial de la SubSecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén, [citado el 08 de abril 2012] disponible:

http://www.saludneuquen.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=80&Itemid=197

⁷ Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación (1969).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

En el caso del Hospital Interzonal (Nivel VI), como es el Hospital Dr. Horacio Heller, se agregan las especialidades de traumatología, oftalmología y otorrinolaringología, además de algunas prácticas de diagnóstico más complejas. Los hospitales zonales en el caso de requerir mayor complejidad recurren al hospital provincial Dr. Castro Rendón (Nivel VIII), el de mayor complejidad en el sistema que dispone de casi la totalidad de las subespecialidades médicas, además de mantener actividades permanentes de docencia e investigación.(Santoni, 2004).Existe una red de comunicación⁸ para las derivaciones de urgencia y programadas, de manera telefónica o radial y en el caso de pediatría, una oficina de comunicación a distancia que integra fax e Internet. Para el caso de traslado los pacientes pueden ir en transporte público o bien en vehículos del sistema (minibús, ambulancia o avión).

2.3. Hospital Dr. Horacio Heller. Presentación.

Inaugurado oficialmente el 19 de marzo de 1999, abre sus puertas a la comunidad el 23 de marzo del mismo año.

Pertenece al Subsistema de Salud Pública de Neuquén, como parte de una red de centros de atención con complejidades crecientes distribuidos por Zonas Sanitarias. En el caso del Hospital Dr. Horacio Heller, con nivel VI de complejidad, pertenece a la Zona Sanitaria Metropolitana de la Ciudad de Neuquén, quien a su vez conduce los servicios de Salud de la Ciudad de Neuquén (con excepción del Hospital Provincial Neuquén), que comprenden además del HHH, al Hospital Bouquet Roldán y diecisiete Centros de Salud, todos ellos con un área programática asignada.

Ubicado geográficamente dentro de la zona oeste de la Ciudad de Neuquén, se encuentra circunscripto por las calles: Godoy, Lighuen, Quimey y Marín.

Absorbe la demanda de mediana y baja complejidad de su área de influencia siendo además hospital de referencia del área oeste de la Zona Sanitaria I, (Plottier, Senillosa, El Chocón), de acuerdo a su complejidad.

La población total de su zona de influencia⁹ es de aproximadamente 104800 habitantes, encontrándose en esta área cinco centros de salud: San Lorenzo Norte, San

⁸ Datos aportados por la Dirección General del HCR, Dr. Adrián E. Lammel.

⁹ Datos estimativos de Instituto Nacional de Estadística y Censos correspondiente a 2010. Neuquén.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Lorenzo Sur, Almafuerte, Nueva Esperanza y Progreso, que dependen administrativamente de la Zona Sanitaria Metropolitana, con capacidad de responder la demanda del primer nivel de atención, derivando al Hospital según necesidad de complejidad creciente.

Su propia área programa, que es la zona donde el Hospital realiza las actividades del primer nivel de atención, prevención y promoción de la salud, incluye los barrios Melipal, Gran Neuquén Norte, Gran Neuquén Sur y Cuenca XV, tiene aproximadamente 26980 habitantes; es el sector que más crece según datos de los últimos censos.

Su población es heterogénea, producto de migraciones internas de la provincia, desde áreas rurales al periurbano de la ciudad, incluso de la misma ciudad, en búsqueda de terrenos para satisfacer las necesidades habitacionales, ya que la mayor cantidad pertenece a familias con NBI. Existen aproximadamente veintidós asentamientos precarios¹⁰. También la población se compone de familias que migran del norte o del litoral del país, además de otros países como Chile y Bolivia.

Esta idiosincrasia, sumada a la desocupación y a trabajos inestables han determinado las características del proceso salud-enfermedad-atención. Podemos encontrar patologías propias de una transición epidemiológica como son las enfermedades infecto-contagiosas, y patología social, como adicciones, drogadicción, alcoholismo, trauma y violencia, en todas sus dimensiones sumadas a enfermedades crónico-degenerativas.

Estas patologías con diferentes patrones de comportamiento, requerirán su propia tecnología, que a su vez conformarán diferentes modelos de atención.

2.4. Hospital Dr. Horacio Heller. Características Generales¹¹.

Partiendo de su modelo de atención podemos dividir la misma, en un área ambulatoria y otra de internación. Dentro del *área ambulatoria*, encontramos atención por consultorio externo con citación de pacientes por bloque horario y horario extendido de atención de 12 horas, visitas programadas al área programa del hospital, formación de grupos terapéuticos, actividades de promoción y prevención de la salud de su población, y atención de la emergencia con servicio de guardia permanente atendida en un primer nivel por médicos

¹⁰ Datos aportados por el Sector de Servicio Social perteneciente al área de Desarrollo Institucional del HHH.

¹¹ Datos aportados por División de Desarrollo Institucional. H.H.H. Manual de Inducción.2011.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

generalistas. En la actualidad toda la atención ambulatoria se encuentra con historia clínica informatizada y en red con los servicios intermedios e internación.

Dentro del área de *internación*, que es la que nos ocupa dado que forma parte de nuestro ámbito de estudio, encontramos que a excepción del área neonatal y de cuidados críticos de adultos que se encuentran ocupando el sector de planta baja (junto a quirófano y sala de partos), el resto de las áreas de internación se encuentran en la planta alta, de fácil acceso a través de ascensores o rampa, constituidas por 120 camas en total (incluye cuidados críticos y neonatología), donde encontramos el sector de cuidados mínimos (30 camas) y cuidados intermedios (36 camas), así como maternidad y sector infantil. Para todo el hospital se cuenta con *doble circulación* es decir, circulación técnica y pública, siguiendo las recomendaciones de los comités de control de infecciones hospitalarias¹². Todas las habitaciones de este piso cuentan con dos camas, calefacción, aire acondicionado y baño privado. Luego, por tratarse de sectores diferenciados en requerimientos de cuidados, la cantidad de tecnología-equipamiento así como el recurso humano, sobre todo enfermería, dependerá del sector que corresponda.¹³

Es importante destacar que en cada sector se encuentran dos espacios denominados oficinas u *office*, uno de los cuales estaba previsto que sería destinado a mantener espacios de trabajo conjunto entre las diferentes disciplinas. Actualmente cada oficina aloja por separado enfermeros y médicos, y dependiendo de los sectores, cada especialidad ha ocupado alguno, como es el caso de clínica médica, que permanece en el sector de cuidados intermedios, cirujanos que comparten con traumatología en el sector de cuidados mínimos, y pediatría que ocupa el área destinada a Sector Infantil y Maternidad. Los especialistas gineco-obstetras, permanecen en la planta baja en el ámbito de Partos. Las áreas de reunión que se utilizan actualmente son los denominados: Auditorio¹⁴, la Sala de Situación, y otro espacio físico que se encuentra frente al sector de Dirección.

Como prestación de servicios finales e intermedio, el hospital cuenta dentro de los servicios médicos, con clínica médica, pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía general, otorrinolaringología, oftalmología, psiquiatría, psicología, servicio social, traumatología,

¹² Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H.Jara".

¹³ Ver Sección 10.Anexo B. Cuadro 1. Distribución de Enfermería de acuerdo a sectores de cuidado de internación del HHH.

¹⁴ El Auditorio es un ambiente tranquilo, alejado de los espacios asistenciales, donde se realizan ateneos de pacientes, presentaciones académicas, reuniones de equipo y del CATA, Comité Asesor Técnico Administrativo.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

cardiología y odontología; dentro de servicios intermedios, con radiología y ecografía, nutrición, fonoaudiología, kinesiología, farmacia y hemoterapia.

El laboratorio, que también pertenece a servicios intermedios, posee un sector de microbiología que es referente provincial de la red de diarreas bacterianas, Unidad Centinela de Síndrome Urémico Hemolítico, Red Whonet, Red de Coqueluche, y forma parte del Programa Provincial de Control de Calidad (Sub Programa Bacteriología), Referencia Temática de Virus Respiratorios, Unidad Centinela de Influenza, Referencia Temática Provincial en enteroparasitosis.

Consta de servicios de apoyo tercerizados a través de empresas privadas para mantenimiento, cocina, limpieza, y seguridad.

Dentro de la organización administrativa y en lo que atañe al área de internación, desde el año 2005 funciona una oficina denominada *admisión de pacientes* cuya función es gestionar las camas de internación. El objetivo de la misma es lograr eficiencia en el proceso de trabajo de internación y optimizar un recurso de muy alto costo y necesario como es la cama hospitalaria. Entre ellos podemos citar: admisión e ingresos de pacientes de la internación, observándose sub procesos de trabajo como recepción de pacientes con internación programada, recepción de pacientes que ingresan por el sector de guardia en situación de urgencia, movimiento de pacientes inter-sectores y egresos por distintos motivos.

El Hospital cuenta además con un Comité de Capacitación y Docencia quien se encarga de asesorar a la Dirección Ejecutiva respecto del área de su incumbencia como diferentes programas de capacitación de todo el personal, así como respecto a proyectos de investigación.

En cuanto a enseñanza, el HHH comienza con formación de pre grado de la carrera de Medicina desde el año 1999 a través de un convenio con la Universidad del Comahue y a partir de año 2003, con internado rotatorio. Posteriormente se fueron desarrollando otros convenios de pre-grado de la carrera de enfermería y psicología así como con formaciones terciarias que eventualmente pueden rotar dentro del área de servicios intermedios u otros.

Respecto de la formación de pos grado, a partir del año 2005 comienza a tener participación en la formación de los médicos residentes en Medicina General¹⁵. Posteriormente, por disposición de Zona Metropolitana¹⁶, y desde el año el año 2009 hasta la

¹⁵ Creada en 1974.

¹⁶ Disposición de Zona Metropolitana N°33/09 del 28 de agosto del 2009.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

actualidad la Coordinación de dicha residencia permanece en el HHH. Actualmente en el Hospital concurren rotantes de la residencia de cirugía, anestesia, genética y clínica médica, pertenecientes al HCR.

Por último queremos mencionar, que a medida que los diferentes trabajadores van ingresando al Hospital reciben un proceso denominado *inducción*. Este proceso, tiene como objetivo, integrar al usuario interno a la organización, para que junto con la experiencia del trabajo comience a comprender la cultura organizacional del mismo. Para ello se realiza una visita guiada por el nosocomio, se le entrega un manual denominado “Manual de inducción para el personal”¹⁷, que consta de una breve referencia histórica y las características principales del hospital.

¹⁷ Elaborado por la Jefatura de División de Desarrollo Institucional. Manual de Inducción para los ingresantes a los servicios de Salud. Año 2011.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

3. MARCO TEORICO REFERENCIAL. LOS CUIDADOS PROGRESIVOS DE PACIENTES.

Con el objetivo de construir una línea de pensamiento que abarcara todos los conceptos que contribuyen al análisis de nuestro objeto de estudio, se conceptualizó sobre el contexto histórico en el cual se gestaron los cuidados progresivos de pacientes, para continuar deconstruyendo el modelo de atención en internación, comentando experiencias de hospitales que lo implementaron tanto en Latinoamérica como en el país, finalmente pudimos reconstruir el modelo teórico que propone el HHH.

3.1 Haciendo historia. El surgimiento de los Cuidados Progresivos de Pacientes.

Transcurrieron aproximadamente cuarenta años desde que la OPS definiera los CP de pacientes en el año 1973, hasta su implementación en la Provincia del Neuquén, con la inauguración del Hospital Dr. Horacio Heller en el año 1999.

A la puesta en marcha se llegó luego de un largo y progresivo camino originado por la influencia de los procesos de reforma en Latinoamérica. Dichas reformas determinaron cambios en los modelos de financiamiento, gestión y de atención.

Estos cambios no fueron procesos naturales. Iriart los señala como una construcción social facilitados por transformaciones en lo ideológico, apoyándose en los discursos que aceptaban estas reformas como parte de las propuestas oficiales (Iriart, 2000).

Respecto del modelo de atención dentro de las organizaciones hospitalarias, uno de los cambios más innovadores fue la implementación de un modelo de internación por cuidados progresivos de pacientes, definido para todos los grupos etáreos, desde neonatología hasta pacientes adultos.

La OPS, en el año 1973, define los CP, como la

concepción mediante la cual se organizan los servicios según las necesidades de atención del paciente, de tal forma que el enfermo recibe los cuidados en el grado que los requiera, en el momento más oportuno, en el sitio o área de hospital más apropiado a su estado

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

clínico, independientemente de la especialidad por la que recurre.
(OPS, 1973).

¿Cuáles fueron los antecedentes que hicieron surgir esta nueva modalidad de atención?

Si bien no se desarrollará una profundización histórico-política del proceso de reforma en salud debido a que escapa a los objetivos planteados en nuestra investigación, se hace necesario ubicar el modelo en el contexto histórico en que el mismo se gesta, ya que los discursos en el campo de la salud de los últimos cuarenta años estructuraron las prácticas de salud tanto a nivel internacional como a nivel local.

3.1.1. El proceso de reforma en Latinoamérica.

En América Latina, las reformas en el sector salud, estuvieron ligadas a los fenómenos sociales y económicos de la segunda mitad del siglo XX.

En las décadas del 50' y 60', la mayoría de los conceptos de eficiencia, eficacia, costo/beneficio, descentralización, participación comunitaria, seguros de salud, fueron utilizados por la planificación normativa para impulsar transformaciones en las organizaciones sanitarias. (Iriart, 2000.)

En esas décadas el Estado era percibido como un garante de la red social, un estado benefactor, que producía bienes y servicios y proveía de mano de obra sana y educada. En este contexto, la salud era concebida como un bien público y una responsabilidad del Estado, que estaba definido por un modelo de acumulación del capital. (Iriart, 2000).

Por lo tanto, todas las transformaciones en el campo de la organización sanitaria estaban orientadas a ampliar la cobertura médica y garantizar niveles equitativos de accesibilidad, inspirado en la expansión de los derechos sociales. (Tobar, 1999).

El Estado de Bienestar produjo un auge del racionalismo científico y en él la planificación normativa “como práctica instrumental acompañó las ideas hegemónicas de desarrollo económico”. (Onocko, 2007, p.37).

Si bien la planificación normativa fue criticada (Onocko, 2007; Chorny, 1998) a causa de que existía una importante separación entre los planos políticos y técnicos, ya que el plano político implementaba lo que el plano técnico consideraba como la mejor decisión, dicha separación estaba fundamentada en relaciones de causalidad simple entre intervenciones y resultados; Onocko reconoce la búsqueda directa del impacto en los indicadores de salud.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Esta búsqueda de impacto de indicadores de salud en la provincia del Neuquén, implicó un conjunto de medidas concretas llevadas a cabo por el Plan Provincial de Salud del año 1970 a cargo del Dr. Néstor Perrone, y la Dra. Elsa Moreno, ambos convocados por el Ministro de Bienestar Social, Alberto Del Vas. La implementación de este Plan, fue posteriormente, un ejemplo a seguir por parte de otras provincias. (Taranda, 2008).

A mediados de la década de los 80', los mismos conceptos de eficiencia, eficacia, costo-beneficio, descentralización y participación comunitaria que ya habían sido utilizados a principio de los 60' fueron retomados para dar respuesta a la crisis de financiamiento y atención de la salud en América Latina, que comienza a mediados de los 70'.(Iriart, 2000).

Esta crisis del sistema capitalista, provocó recesión mundial, creciente endeudamiento interno y externo de los países y profundas transformaciones en las formas de producción. Por este motivo, a los Estados latinoamericanos se les exigió la contracción del gasto público y el control de la expansión monetaria, dado que los organismos multilaterales de crédito los identificaron como los causantes de la crisis por su ineficiencia en el manejo de empresas productivas, de servicios y del aumento del gasto social.(Iriart, 2000).

Esta reforma del Estado tuvo un enfoque fiscal, que implicaba mayor control sobre los costos y generó grandes malestares sociales, dado el aumento del gasto sanitario y el alto peso del presupuesto público.

A partir de la década del 70', por los movimientos políticos y económicos mundiales, se percibe un cambio de visión en la cual los espacios de las organizaciones se tornan complejos y sus límites difusos. Se comienza a gestar la planificación estratégica, presentada como "una herramienta capaz de dar cuenta de los desafíos del sector salud."(Onocko, 2007, p.38), convirtiéndose en el método de planificación por excelencia, durante la década del ochenta y comienzos de los noventa. En este contexto comienzan a desarrollarse los CP de pacientes que ya definiera la OPS en la década anterior.

En los años 90', y en respuesta a la aguda crisis de los servicios estatales y de la seguridad social, la mayoría de los gobiernos aceptó los proyectos de reforma que impulsaron organismos multilaterales de crédito, como el Banco Interamericano de Desarrollo, el Fondo Monetario Internacional, y el Banco Mundial, como forma de acceder préstamos.(Iriart, 2000).

Según refiere Iriart, todos estos cambios sucedidos desde la década del 60' hasta la década del 90', transformaron la concepción del proceso salud/enfermedad/atención,

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

observándose un paulatino cambio del sentido, ya que la salud dejó de tener un carácter de derecho universal donde el Estado era el responsable de su cumplimiento, para tornarse en un bien de mercado, a partir de la crisis del Estado de Bienestar. (Iriart, 2000.)

Dado que la crisis en salud respondía a causas financieras, se requería una nueva racionalidad administrativa, en la cual las decisiones clínicas y sanitarias deberían subordinarse a ella para disminuir los costos, y eso se hizo a través del gerenciamiento. Si se separaba el financiamiento de la prestación y se generalizaba la competencia en todos los subsectores, aumentaría la eficiencia. En este contexto, la administración privada era pensada como más eficiente y menos corrupta que la pública y el pasaje de usuario/paciente/beneficiario al de cliente o consumidor, constituiría una garantía para exigir que sus derechos fueran respetados. (Tobar, 1999).

En este nuevo contexto mundial, el hospital público presentó nuevos desafíos para reformular su rol, a través de profundas transformaciones, adquiriendo un protagonismo desconocido hasta ese momento. Se propusieron nuevas medidas para procurar la eficiencia a nivel de la organización mediante la incorporación de instrumentos de gestión, como la planificación, a la que se consideró como parte del proceso de la administración en salud, y también como una concepción política, para promover cambios en los servicios de salud. (Onocko. 2007).

En este nuevo ambiente de inestabilidades e imprevisibilidad, fue necesario fundar una nueva etapa de gestión estratégica, asumiendo la complejidad para adaptarse a estos nuevos desafíos tecnológicos y demandas político-sociales, sobreponiéndose a los esquemas tradicionales de planificación, análisis y proyección.

3.1.2. La atención gerenciada como eje de la reforma.

Según Iriart, la Atención Gerenciada (en adelante AG), fue considerada el fundamento de las reformas del sector salud en América Latina. (Iriart, 2000).

Dado que el origen de la crisis del sector salud fue el crecimiento de los costos de las prestaciones, la implicancia de las reformas fue de tipo administrativo-financiera.

Es por esto que se planteó la necesidad de la AG, una intermediación entre prestadores y usuarios, separando de esta manera la administración financiera de la prestación de servicios. (Iriart, 2000). Con esta modalidad se lograría disminuir los costos y manejarlos de

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

una manera más eficiente, ya que la sobrestimación quedaría controlada y el financiamiento se dirigiría a los prestadores de mayor calidad. (Iriart, 2000).

Estas reformas de los sistemas de salud se asentaron en toda Latinoamérica, dentro de la lógica impuesta por el capital financiero multinacional, observándose diferentes resultados en cada país. Muchos intelectuales y sanitaristas y aún la población, aceptaron las propuestas tanto de los gobiernos como de los organismos multilaterales de crédito y los sectores ligados al capital financiero nacional y multinacional. (Iriart, 2000).

Las discusiones que se sostenían en la idea de que la salud era una responsabilidad de Estado y un bien público, fueron paulatinamente dejando lugar a discursos economicistas donde todo pasó a ser una cuestión de recursos financieros y su escasez, o su mala administración. (Iriart, 2000).

Siguiendo esta línea, Merhy opina que la AG es una estrategia de cambio en el modelo de atención en salud, ya que es una práctica que se enfrenta al modelo médico hegemónico de la medicina tecnológica y señala la necesidad de un gerenciamiento del cuidado en salud. Según el autor, el gerenciamiento debía lograr una gestión de competencia entre prestadores de servicio enfocada a clientes, racionalizando costos de producción en salud con calidad, con la finalidad de reformar el sistema de salud que gasta mucho y es poco eficiente, en función de la lógica de los intereses del capital financiero internacional. (Merhy, 2006).

Para actuar en ese escenario de competencias, los sistemas y las organizaciones de salud tendrían que permitir que un fuerte sector administrativo controlase los procesos microdecisorios de la práctica clínica considerados responsables de la incorporación tecnológica de los modelos de atención a la salud. Esta situación implicaba que al controlar la autonomía de la acción clínica en el momento de la imposición de una cierta línea de intervención médica, se tendiera a asociar calidad con bajo costo. (Merhy, 2006).

De esta manera, y según opina el autor, la AG apunta a la producción de *tecnologías* en el campo de gestión de los procesos del trabajo en salud que puedan intervenir en la microdecisión clínica y cambiarla por la administrativa. Se genera un nuevo modelo de cuidado, tanto hacia el interior de los procesos productivos de salud como de la manera de gestionar los mismos, un cuidado centrado en los procedimientos profesionales. (Merhy, 2006).

Es así que, se asocia a una acción clínica, con otros grupos de profesionales, en especial los enfermeros, para trabajar en conjunto entre los prestadores y los usuarios,

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

definidos desde una lógica administrativa, permitiendo control de los costos, disminuyendo la incorporación de las tecnologías duras, como equipamientos, y explotado al máximo la gran eficacia que se obtiene a partir de las tecnologías duras y blandas-duras en la producción de los actos de salud. (Merhy, 2006).

3.1.3. Acercándonos a otras propuestas.

Merhy propone que en el terreno actual de disputa entre los nuevos actores surgidos en el contexto de la reforma, como captador y administrador, financiadores, proveedores y usuarios, permita *trascender* la idea de la necesidad del rígido control sobre los costos. Para subsistir a la competencia entre los prestadores, este control siempre debe darse. (Merhy, 2006).

La propuesta es la de tomar cierta ventaja, aprovechar los momentos de cambio, para actuar en el ámbito de los procesos productivos de los actos de salud en las organizaciones, como el lugar para lograr una transición tecnológica hacia una nueva escala productiva. En este sentido el ideal sería el de lograr un cambio, ya no enfocarse en la racionalidad administrativa, sino en la lógica centrada en el usuario. (Merhy, 2006).

En este sentido, lo que el autor está estableciendo es el debate sobre el conjunto de los procesos que definen la relación calidad y costo de las acciones de salud, tomando como centro del mismo, el beneficio que este trabajo en salud produce.

Lo que el autor propone, es producir salud en las instituciones a través de un colectivo, centrando la lógica en el usuario a partir del compromiso y los vínculos entre los trabajadores y los usuarios. Esta producción deberá darse en las *intervenciones tecnológicas*, de acuerdo a las necesidades de cada usuario en particular, así como colectivas. Para Merhy la transición tecnológica en salud, que se da en el contexto de las reformas, ocurre en el campo de las tecnologías blandas y blandas-duras, como parte del acto de la producción de salud, y sus prácticas, ya que es en ese acto donde “se pueden generar nuevas modalidades de producción del cuidado y tener la capacidad de gobernarlas”. (Merhy, 2006, p.23).

Es decir que la racionalidad de un buen uso de recursos como se pregona dentro de los objetivos en las reformas en salud, no sólo deberán observarse en el uso adecuado de tecnologías duras, como equipamientos, normativas y estructuras organizacionales, sino también en los actos relacionales dentro del acto de la atención, como son las tecnologías

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

blandas, y de las blandas-duras, que son los saberes estructurados, como la epidemiología y la clínica o los procesos de atención de enfermería. (Merhy, 2006).

Por lo tanto, según el autor, a lo que se debería apuntar es evaluar permanentemente no si el equipamiento es adecuado, bueno o malo, sino cómo se dan esas relaciones de tecnologías, qué lugar ocupan los usuarios y los trabajadores respecto de las necesidades de ambos, en esa red de relaciones. De esta manera es cómo se podrá evaluar el proceso de efectividad en el acto de trabajo. (Merhy, 2006).

Desde esta comprensión la tecnología no puede ser vista como algo concreto, como un producto palpable, sino como resultado de un trabajo que envuelve un conjunto de acciones abstractas y/ o concretas que persiguen una finalidad, en este caso el trabajo en salud. La tecnología es parte del proceso de trabajo, contribuyendo a la construcción del saber, desde el momento inicial, de la elaboración y de la implementación del conocimiento, como también resultado de esa misma construcción. (Da Silva, Titonelli Alvim & de Figueiredo, 2008).

Estos conceptos en nuestro marco teórico referencial, nos permiten analizar que las lógicas financieras del momento en que se gestan los CP, buscan someter los proyectos terapéuticos al control de costos, produciendo herramientas para el médico con saberes en gestión, economía de la salud, y ampliar el papel de la dimensión cuidadora¹⁸ en proyectos como cuidados domiciliarios, entre otros. (Merhy, 2006). La lógica financiera intentará regir sobre las microdecisiones clínicas en el acto de producción de salud, por una microdecisión burocrático-administrativa comandada por el capital financiero.

Vinculado a las reflexiones del Profesor Merhy, aunque con una visión diferente, nos encontramos con autores como Del Castillo Rueda, quien relaciona la eficacia a partir de una lógica centrada en los procedimientos; con la intención de medir resultados y desempeño de las organizaciones, fue que se propusieron cambios creativos, otros modos de reinventar y renovar los procesos en salud. En este contexto, del Castillo Rueda (2005), propone que la clínica y la gestión busquen un punto de encuentro para compartir sus conocimientos y proporcionar la mejor medicina posible con los recursos disponibles. El autor enfatiza que este encuentro posibilitará resultados de efectividad y eficacia a bajo costo, desde el momento

¹⁸ Merhy hace una separación entre la dimensión centrada en los saberes disciplinarios y la dimensión cuidadora que está presente en cualquier acto de salud (que se produce en el encuentro entre los procesos relacionales y los saberes tecnológicos). Según el profesor, ambas, así como la prevalencia de una sobre otra, definen los modelos de atención. (Merhy, 2006).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

en que los clínicos utilicen la información de uso adecuado de tecnologías más competente por parte de los gestores.

Al respecto Artaza (2006) opina que la incorporación del área administrativa como control de gestión en el área clínica falló como estrategia de aumento de eficiencia. El motivo es que ambas no interactuaron entre sí y no se lograron racionalizar las prácticas.

En relación a este *punto de encuentro* que señala del Castillo, y *desencuentro* del que opina Artaza, Onocko va más allá. Propone que los mismos planificadores tengan una visión ampliada de la clínica, es decir no sólo como una práctica de los médicos, sino de todas las profesiones que se ocupan de la atención, para evitar la degradación de las prácticas clínicas como forma de procedimientos médicos.

La clínica ampliada (Onocko, 2006) debe incorporar las evaluaciones de riesgo epidemiológico, así como el riesgo subjetivo del usuario y en su dimensión social, responsabilizándose no sólo por lo que se conoce como necesidades desde el punto de vista de la epidemiología, sino por las demandas específicas de los usuarios.

Lo expuesto hasta aquí en el campo de las reformas es importante en nuestro marco referencial dado que es significativo remarcar que los cambios que se dieron en este recorrido histórico apoyado en una lógica estrictamente de mercado, pueden convertirse en una oportunidad de cambio en conceptos de eficacia y eficiencia no sólo centrado en la gestión administrativa como lo fue la propuesta de la reforma, sino basados en la propuesta de varios autores (Merhy 2000 ; Campos 2001) entre otros, en el acto cuidador, centrado en el usuario, al momento de conformarse una cultura organizacional diferente a los sistemas tradicionales.

También se tiene en consideración que las tentativas de control sobre los costos operando en los espacios de las relaciones, pueden poner en tensión el trabajo médico y el del resto de los trabajadores de la salud, y que el objetivo del trabajo en salud, no estará puesto en la defensa de la vida individual y colectiva, (Merhy, 2006), pero puede transformarse según el autor en potencial para nuevas transformaciones y nuevos desafíos para luchar por la salud como un bien público.

3.1.4. Proceso de reforma en Argentina. Hospitales de Autogestión.

En Argentina, esta reformulación del sector salud implicó que los proyectos se centraran en las reformas de las instituciones estatales de atención médica como los de

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

autogestión hospitalaria y además, de la desregulación de las obras sociales, apuntando a la eficiencia y a la competitividad de los sistemas de salud. Según los organismos que obligaban a reformar los recursos se redefinió el modelo de gestión de manera de transformar la misión de los hospitales y establecer prioridades para disminuir la crisis. (Tobar, 1999).

Atravesada por los movimientos de reforma en todos los ámbitos, Argentina aceptó estas redefiniciones de políticas públicas involucrando ciertos cambios en los hospitales, de manera de aumentar respuestas específicas, tales como la ampliación de la cobertura de los servicios, optimización de los recursos, disminución del gasto público y fortalecimiento del primer nivel de atención, entre otros.

En la búsqueda de la optimización de los recursos, adopta como innovación para el modelo de atención en internación, la modalidad por CP. Este modelo trataba de dejar de lado la clásica visión de los servicios limitados a un espacio físico, centrado en la prestación, para dar lugar a una lógica centrada en el usuario, en resolver sus problemas, gestionado por una organización horizontal y participativa con equipos conformados de forma multidisciplinaria, que utilizase con criterios de calidad los recursos disponibles. (Del Castillo Rueda, 2005).

Esta innovación en el modelo de atención abarcaba la atención ambulatoria con la propuesta de hospital de día e internación domiciliaria entre otros. De esta manera el usuario de los servicios de salud se beneficiaría con una atención adecuada para cada momento que su atención de salud requiera.

En la década de los noventa, la reforma del sector se inscribe dentro de las llamadas reformas de *segunda generación* impulsadas por el Banco Mundial (1993) y el Banco Interamericano de Desarrollo (1994) que intentaron modificar sus lineamientos en una dirección que acentuara la necesidad de la participación de la sociedad civil, de transparencia, de fiscalización en las operaciones y, sobre todo, con el objetivo de asegurar las condiciones político-institucionales y sociales funcionales a la sustentabilidad de las reformas macroeconómicas. La descentralización ya se encontraba en un estado bastante avanzado antes de la reforma económica (1991). En este contexto, la medida más relevante que se tomó en el subsector público fue un decreto de 1993 que proponía transformar los hospitales en unidades autogestionadas eficientes, capaces de obtener recursos a través del arancelamiento de los servicios a personas con capacidad de pago y prestadores de salud, quedando la atención médica gratuita para los sectores de bajos ingresos o que demostraran no tener

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

ningún tipo de cobertura privada. Al mismo tiempo que se reducía la atención médica gratuita, crecía su demanda como consecuencia del incremento del desempleo con la consiguiente pérdida de cobertura de Obra Social. (Ansolabehere, 2001).

Los intentos de reforma del subsector público de la salud no fueron drásticos ni implicaron una prioridad en la práctica para el gobierno nacional. Sin embargo, en el año 1996 el ejecutivo se comprometía ante el Banco Mundial a llevar a cabo ciertas "políticas básicas" expuestas en el Decreto 1269/92 tendiente a mejorar la accesibilidad, la eficiencia y la calidad de la atención médica. En el marco de la reforma en la década de los años noventa existieron dos estrategias de descentralización impulsadas desde el Estado Nacional dentro del subsector público: por un lado, la transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales y por el otro, la promoción de la figura de los Hospitales Públicos de Autogestión (en adelante HPA). (Ansolabehere, 2001).

Los establecimientos que calificasen como HPA deberían cumplir con los requisitos básicos del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica elaborado por la Secretaría de Salud¹⁹, alcanzando indicadores mínimos de producción, rendimiento y calidad, y aprobar una evaluación periódica de control de eficiencia y calidad. Estos establecimientos podrían, por ejemplo cobrar los servicios que brindasen a personas con capacidad de pago o terceros pagadores, recibir los aportes presupuestarios asignados por su jurisdicción según su producción, rendimiento y tipo de beneficiario; disponer sobre la ejecución presupuestaria y los recursos generados en el propio HPA; designar, promover y reubicar dentro de la estructura aprobada y sancionar al personal conforme a las normas vigentes en cada jurisdicción; elaborar su propio reglamento interno; e integrar redes de servicios. (Ansolabehere, 2001).

También se previó que los ingresos que el HPA percibiese por el cobro de las prestaciones serían administrados directamente por el hospital.

En relación con los créditos otorgados por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo para la reforma del sector salud durante los años noventa, fueron, según el autor, una herramienta propicia para comenzar la descentralización y la

¹⁹ El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica fue creado mediante Resolución Secretarial N° 432 en noviembre de 1992. Constituido por un conjunto de componentes relacionados con: habilitación y categorización de establecimientos asistenciales, normatización del funcionamiento, organización, fiscalización y control sanitario, evaluación de la calidad de la atención médica y de los servicios de salud y asesoramiento y cooperación técnica. (Ansolabehere, 2001).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

desregulación. También fue calificado como un recurso de poder para el Estado Nacional, quien pretendía direccionar el sistema.

Respecto a este tema, Ansolabehere refiere que, el modelo de HPA que se pretendió difundir a través del PRESSAL²⁰ constituía una propuesta que el Banco Mundial hacía para todos los países en desarrollo, sin tener en cuenta las particularidades de cada país latino, lo cual probablemente haya sido entre otros, el motivo de la resistencia en la provincia del Neuquén.

3.1.5. Resistencias en Neuquén.

En la Provincia del Neuquén podemos mencionar que el proyecto de hospitales de autogestión fue fuertemente resistido.

En un documento elaborado por el Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional que evalúa la incorporación de hospitales argentinos al proyecto de HPA, se explicita que esta resistencia se fundamentó en la identificación representacional que los actores sociales del momento hicieron del mismo.

Estos actores identificaron autogestión con autofinanciamiento y con una falta de compromiso de las políticas estatales hacia la salud pública así como con el incumplimiento del artículo 20 de la Constitución Provincial, que garantiza el acceso a la salud.

Percibieron además, fundamentalmente los gremios, que este proyecto significaría el abandono del Estado como garante de la atención médica gratuita, igualitaria y accesible, fundamentando que los fondos captados por los HPA reemplazarían los destinados por el Estado provincial a financiar los hospitales. También relacionaron la introducción del HPA a una reforma del marco jurídico respecto de ciertos aspectos de las relaciones laborales en el Estatuto del Empleado Público²¹, dado que suponían que este modelo traería aparejado una mayor precarización laboral y mayor flexibilización para los empleados públicos. (Ansolabehere, 2001).

²⁰ PRESSAL Programa de Reformas del Sector Salud, 1994-2001, a través de un préstamo del Banco Mundial para impulsar la figura de HPA. Art 12 decreto N°578/93 de Secretaría de Salud del MSAS. (Ansolabehere, 2001).

²¹ Estatuto del Empleado Provincial Decreto 1853/58, sobre los derechos y deberes del empleado. Disponible en la Oficina de Personal y/o Recursos Humanos de cada establecimiento para su consulta.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Según continúa relatando el documento, a principios de 1996, las autoridades de la Subsecretaría de Salud y los directores de hospitales de mayor complejidad analizaron las ventajas y desventajas de la adhesión de los hospitales de la provincia al régimen. En este contexto, se destacó que se podría mejorar el financiamiento de los hospitales, agilizar el proceso de toma de decisiones a través de la participación de los trabajadores en los ingresos del establecimiento introduciendo conceptos de calidad y gerenciamiento, “sin atentar por ello contra el rol del Hospital Público”. (Ansolabehere, 2001).

Varios aspectos fueron tenidos en cuenta al valorar la resistencia tanto de los empleados como de la comunidad: uno fue la falta de entrenamiento del recurso humano para un nuevo modelo de hospital, y el otro, el peligro de que se comenzara a discriminar en la atención a pacientes sin cobertura.

Dado que el sistema de salud provincial tradicionalmente se caracterizó por su articulación y por procesos de referencia y contrarreferencia, implementar una nueva lógica, descentralizada y participativa, podría poner en peligro al sistema mismo, así como también verse en adelante influenciado por las imposiciones del estado nacional.

También se analizó el efecto que podría producir el hecho de que fuera cada hospital el que estableciera sus propias reglas de juego, firmando convenios para asegurarse la concurrencia de quienes tuvieran capacidad de pago antes que asegurar la atención de los sectores desprotegidos.

Como resultado de este debate, se planteó la posibilidad de construir un modelo de HPA inserto en el sistema provincial, con sus antecedentes y particularidades. Se acordó gestionar ayuda nacional sin la condición previa de adherir al HPA, y en abril de 1996 se firmó el Convenio de Asistencia Técnica con el Ministerio de Salud y Acción Social. (Ansolabehere, 2001).

Se solicitó una consultoría que realizara un diagnóstico y evaluación del Hospital provincial Castro Rendón, para rediseñar su modelo prestacional y capacitar al personal en la reconversión y reasignación de tareas. En febrero de 1997 se seleccionó a la consultora Asesores en Salud S.A (ASENSA. S.A.), por coincidencia de todos los miembros de la comisión evaluadora de propuestas. (Ansolabehere, 2001).

Conjuntamente, se inició en el HCR una amplia difusión del documento con el propósito de comprometer en este trabajo a la mayor cantidad de personal profesional y no

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

profesional del establecimiento, extendiendo la difusión a todo el personal tanto del nivel central como de los establecimientos del sistema de salud.

La provincia solicitó como condición que la consultora contratada trabajara un 60% del tiempo en la provincia, interactuando con el personal del Hospital. Esta propuesta se enfrentó a una fuerte oposición de los gremios, que veían en este proceso una amenaza de que el Estado Provincial redujera el presupuesto en el área y transfiriera a manos privadas algunos servicios. Los gremios se opusieron fuertemente a que la consultora trabajara en la provincia, y menos aún en el ámbito del HCR. Como consecuencia de estas resistencias sobre todo sindicales, el trabajo de la consultora debió ser interrumpido y sus conclusiones no se implementaron.

Sin embargo, y a pesar de que no se aceptó la propuesta de incorporar Hospitales de autogestión, se aceptó un préstamo del Banco Mundial, para financiar la obra del Hospital Dr. Horacio Heller en la zona oeste de la Ciudad. En este préstamo, (Préstamo 2984 de BM) destinado a proyectos de reformas en todo el país, se incluían los lineamientos generales de los modelos de gestión y de atención a los que dichas instituciones debían responder. (Iriart, 2000). En la práctica el modelo de financiamiento sin embargo, siguió siendo centralizado, aunque con un fuerte apoyo desde la conducción del hospital para estimular el arancelamiento a las obras sociales. (Taranda, 2008).

La construcción del Hospital Heller en base a este préstamo tuvo una reacción inmediata. El día de su inauguración, miembros de los gremios y vecinos de las Comisiones Vecinales de los Barrios aledaños, *apedrearon* a las autoridades y *rompieron* vidrios del hospital, mientras portaban carteles con la expresión de *no al hospital de autogestión*, a pesar de que el mismo nunca había sido pensado como de autogestión.

Este comienzo, tan violento y controvertido para el hospital, marcaría para siempre el recuerdo de los trabajadores de salud.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

3.2. Los Cuidados Progresivos como Modelo de Atención. Propuestas y Experiencias.

3.2.1. Introducción.

En la medida en que los Hospitales crecieron y se complejizaron, necesitaron de estructuras funcionales para dar respuesta a las necesidades de coordinación entre diferentes especialidades o hacia el interior de las mismas. Como resultado de ello surgieron las estructuras por servicios o divisiones. Estas estructuras, llamadas comúnmente *servicios*, dividen la organización en pequeñas unidades de acuerdo al servicio que prestan y cuyos miembros, ya sean médicos, administrativos, enfermeras u otros, pertenecen a la organización, pero son propios de la unidad y están coordinados por un jefe para la mismas, por ejemplo cirugía, clínica médica, salud mental, entre otras. (Artaza, 2006).

Según refiere Artaza, (2006) en este tipo de organización dado por los organigramas verticales, es frecuente la alta desarticulación entre los servicios, ya que cada categoría profesional organiza sus propias normas fácticas y sus propios objetivos que en muchas ocasiones no son institucionales, sino que están basados en los objetivos *parcelares*. Todo ello obstaculiza el comprender los enfoques y objetivos de aquellos que realizan otras tareas.

En este contexto, el trabajo se burocratiza, cada profesional se siente responsable por hacer lo que refiere a su área técnica o su propia especialidad. En esta desarticulación hay disputa de competencias y traspaso de responsabilidades no previstas en las rutinas. (Campos, 2001). Por ello una frase muy repetida en las instituciones sanitarias es aquella de: “a mí no me corresponde”.

Las organizaciones tradicionales también pueden ser visualizadas como beneficiosas para el desarrollo profesional, ya que cada grupo pretende optimizar los recursos y las actividades de su propio servicio, pero esta situación puede también ser una forma de responder más al interés personal que al interés institucional. En determinadas ocasiones, el servicio puede convertirse en un *territorio o dominio* que está más a disposición de los jefes que a disposición de las demandas de los pacientes o los objetivos de la organización. (Artaza, 2006).

Las dificultades observadas en los modelos de internación tradicional según el autor, pueden corresponderse por un lado con la administración de los recursos y por el otro con la

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

clínica del paciente. Desde la perspectiva de la administración, el hecho de tener camas ociosas mientras el resto de los servicios del hospital las requiere, ha sido el punto de partida para iniciar cambios en pos de eficiencia y eficacia dentro del manejo de los recursos; y desde la perspectiva del usuario, el mayor riesgo en este tipo de estructuras organizacionales es que el usuario en lugar de ser considerado un ser humano integral, con sus dimensiones no sólo físicas sino subjetivas y sociales, sea tratado como un conjunto de órganos que corresponden a diversas especialidades, centradas en los procedimientos, o en los profesionales. (Artaza, 2006).

3.2.2.Experiencias en Latinoamérica y en Argentina.

Los primeros antecedentes de Hospitales por Cuidados Progresivos en Latinoamérica datan del año 1968. Según un Trabajo presentado en la Segunda Conferencia Regional de Hospitales de la Federación Internacional de Hospitales, realizada en San José de Costa Rica, en diciembre de 1968, la Organización Panamericana de la Salud, con aporte financiero de la Fundación Kellogg, de Michigan, inició un Proyecto en colaboración con seis hospitales universitarios de Latinoamérica con la finalidad de planificar e instaurar unidades de cuidados intensivos. Las Instituciones correspondían a los países de Brasil, Colombia, Chile, Perú, Uruguay y Venezuela. (Dávila, 1968).

Si bien algunos hospitales ya tenían unidades de cuidados intensivos (en adelante UCI), las que se promovían, formarían parte de un proyecto mayor, la aplicación de la atención progresiva a pacientes, que se incorporaría de forma paulatina con la finalidad de fortalecer la atención en países de escasos recursos “incapaces de seguir las pautas en instrumentación, instalaciones y personal que se encuentran en países altamente industrializados”, donde ya se había demostrado la experiencia, según indica el informe. Esta propuesta de implementación de atención progresiva, continúa hasta la atención ambulatoria, con los cuidados de consultorios externos y domiciliarios. (Dávila, 1968, p. 50).

Como antecedentes en América Latina, los primeros Hospitales en comenzar a trabajar con esta modalidad de atención surgen en Venezuela y Colombia, una vez implantadas las UCI.

En *Colombia*, el primer Hospital con Cuidados Progresivos de Pacientes fue instaurado en el año 1975. Organizaron los cuidados basándose en los preceptos de la Organización Mundial de la Salud, aunque con una diferencia respecto de los cuidados

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

progresivos modernos. Se basaron en cuidados “médicos” y “paramédicos”. La connotación paramédicos de la época comprende enfermería. Si nos remitimos a bibliografía actualizada (Cairolí, 2005) observaremos que los cuidados también se categorizan en cuidados médicos y de enfermería.

Según la publicación “en el cuidado progresivo de pacientes, la agrupación de éstos no se hace según su diagnóstico sino de acuerdo a la necesidad de atención médica y paramédica en cuanto a gravedad y oportunidad”. En estos relatos se rescata que la aplicación del modelo debió ser ajustada “sobre la marcha”, ya que no tenían bibliografía ni tampoco manuales de funcionamiento al respecto. Se basaron en el “ponerse de acuerdo” y “comprender la filosofía” del cambio. Mientras se ponía en marcha, se realizaron todos los ajustes para ir modificando procesos de acuerdo a los resultados que se obtuvieran. (Htal. Sta. Sofía de Manizales, 1979).

Como podemos ver, una de las dificultades de la incorporación de este modelo ha sido el desconocimiento del modelo o el desconocimiento de las experiencias de modelos ya instalados, que persistió a pesar de la diferencia de años entre la puesta en marcha entre el primer hospital (1974), y el Hospital Heller (1999), como veremos más adelante.

Continuando con la bibliografía rescatada del Hospital de Colombia, en el proceso de pases de pacientes de un sector a otro, y de manera de agilizar las interconsultas, las mismas se realizan en forma verbal. Esto se correspondería con la filosofía de agilizar el movimiento de camas. (Htal. Sta. Sofía de Manizales, 1979). Como beneficios ocurridos en este Hospital, se describen, *la elasticidad* para poder internar un paciente aunque no corresponda a su sector, el *conocimiento* de los pacientes por *parte de todos los profesionales*, y cumplir el principio de que todos los pacientes estén en el sitio que sea necesario para *atender eficazmente las diferentes etapas de la evolución* de su enfermedad.

Por último, según el informe financiero realizado por el administrador del Hospital, el *presupuesto* destinado a salarios se vio favorecido, dada la utilización racional del recurso humano, y los indicadores estadísticos mostraron *disminución en el promedio de permanencia de los pacientes, incremento del censo diario y de camas disponibles*. (Htal. Sta. Sofía de Manizales, 1979).

En Venezuela el hospital que comienza a trabajar con estos nuevos lineamientos, es el Hospital Universitario de Maracaibo. Incorpora en primer término la UCI, y también resaltan que la falta de experiencia parte desde el desconocimiento teórico-práctico al adoptar dicha

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

modalidad, por el hecho de la falta de bibliografía que lo sustente. Tampoco se encontraron experiencias en otros países latinos, salvo las correspondientes a UCI.

El concepto adoptado fue el de

(...) procedimiento cuya finalidad inmediata es mejorar e incrementar la atención, directa al paciente, mediante su selección y ubicación convenientes, de manera que los cuidados que reciba están de acuerdo a la gravedad y a sus propias condiciones físicas y funcionales.

El objetivo [...] 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. (Santos Alvarado, J. 1971).

Se priorizó la necesidad de atención de los pacientes en contraposición con los sistemas tradicionales donde la internación está basada en la igualdad de las características clínicas que presenten, o sea por especialidades médicas.

En el documento elaborado por el Dr. Santos Alvarado, se destaca que la atención es “más humana y funcional” dado que el principal objetivo es la atención oportuna y eficiente. (Santos Alvarado, 1971, p.213). Entre las recomendaciones, sostiene la importancia de la comunicación hacia el paciente y sus familiares, tanto sobre la condición clínica y al momento de requerir cambios de sectores de cuidado; así como capacitar a los mismos respecto de los beneficios del CP.

En Argentina, el primer Hospital en implementar dicha modalidad fue el Hospital Belgrano, en la Provincia de Buenos Aires, en el año 1986 y argumentan su implementación de la siguiente manera

(...)con la finalidad de aumentar la accesibilidad y calidad de los servicios ofrecidos por una parte, y optimizar el uso de los recursos físicos y humanos de manera de reducir costos y disponer en forma racional de la baja cantidad del área de enfermería profesional, por otra parte. (Morici, 2005, p.2).

Posteriormente, se inauguran otros hospitales, o cambian su modalidad de atención, tales como Hospital Garrahan, Htal. Zonal Gral. de Agudos “San Roque”. Gonnet, Hospital “Nuevo Hospital El Milagro de Salta”, Htal. Nacional Baldomero Sommer, Htal de Alta Complejidad “Pte. Juan Domingo Perón” de Formosa, Htal “Dr. Ramón Carrillo” de Bariloche, Hospital Pedro de Elizalde, observándose a lo largo de la década del noventa y hasta la actualidad, una progresiva instauración de dicha modalidad de atención en otros hospitales del país.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

3.2.3. Modelo de Atención. El cambio hacia Progresivos.

Como vimos anteriormente, una de las tendencias para las reformas en los hospitales se dio como consecuencia de la redefinición de la red básica de servicios de salud, y apuntó a incorporar cambios en el *modelo de atención*.

Entendemos por modelo de atención o modelo asistencial al modo concreto de producción de la atención médico-sanitaria. Es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. Este modelo de atención se impone en función del papel de cada nivel de atención, de la forma como estos se articulan, del peso desempeñado por los cuidados hospitalarios y de la forma como se vinculan los prestadores públicos y privados entre sí, entre otros aspectos. (Tobar, 1999, p.20).

En este sentido se lo puede visualizar como un esquema de división del trabajo médico sanitario, que se basa principalmente en el modelo flexneriano para responder a la complejidad de causas y determinantes del estado de salud. El modelo clásico circunscribe el espacio de atención a la salud a su naturaleza biológica u orgánica. Bajo esta mirada, la enfermedad sería la resultante de un desequilibrio entre estructuras y funciones orgánicas y las estrategias para enfrentar la enfermedad se centran en el individuo, al que se lo analiza como una parcialidad incentivando la subespecialización de la medicina.

Además de los modelos más clásicos de atención, podemos posicionarnos en el modelo de atención definido como “una intermediación entre lo técnico y lo político”. (Campos, 2001, p.141), con lo cual consideramos que las imposiciones políticas del movimiento de las reformas, deben tener espacio de debate en los espacios de trabajo cotidiano. En este sentido, en las décadas que acompañaron las diferentes reformas, fue posible observar un cambio de intereses que lograran centrarse en las necesidades del paciente, aunque reduciéndolo a la lógica de administración de los recursos.

En esa mirada, una de las innovaciones del modelo de atención de los hospitales ha sido estructurar el proceso de atención médico sanitaria a partir de las necesidades de atención del paciente, de forma que el enfermo reciba los servicios en el grado que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio o área del hospital más apropiada a su estado clínico, independientemente de la especialidad por la que acude, a ello se ha denominado modalidad de atención por *Cuidados Progresivos*. (Artaza, 2006).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Varios autores (Santoni 2004; Artaza 2006; Tobar 1999), han descripto en forma detallada la fundamentación de los CP, así como el funcionamiento de los mismos. Nos interesa rescatar aquí estos aportes que presentan un enfoque netamente teórico, para poder posteriormente entender la práctica del mismo, en nuestro objeto de estudio.

La organización hospitalaria por CP, intenta superar la estructura organizacional tradicional por servicios sustentada en la lógica de la existencia de las diversas especialidades médicas, pasando a una estructura basada en la gestión de los procesos asistenciales.

La estructura de cuidados progresivos se fundamenta en el reconocimiento de que a lo largo de la estada hospitalaria, los pacientes según la gravedad de su estado, requieren de un proceso continuo de cuidados y tratamientos de diverso tipo e intensidad. (Santoni 2004; Artaza, 2006).

Estos cuidados continuos son proporcionados especialmente por personal de enfermería, aunque también intervienen, según corresponda, médicos generalistas, pediatras, clínicos o intensivistas. Sobre dichos cuidados continuos, y en función de la patología a tratar, se intercalan los diversos procesos diagnósticos y terapéuticos característicos de las diversas especialidades médicas. (Artaza, 2006).

Organizado por CP, el hospital no pierde la organización funcional por especialidades, pero la estructura de internación está basada en las necesidades de cuidados de los pacientes. De esta manera, se superpone a una organización con jerarquía vertical de orden administrativo, un modelo de organización horizontal o matricial, de carácter funcional. (Artaza, 2006).

Los lugares donde se internará el paciente se definen entonces como niveles de cuidado y no como servicios tradicionales. De esta manera, se encuentra pensado como forma de superar el obstáculo de la ineficacia, la administración logra encontrar una optimización de los recursos: las camas son del hospital y no de los servicios y la tecnología más compleja está donde el paciente la requiere, que como hemos advertido anteriormente éste ha sido el criterio fundamental por el cual nacen los CP. (Del Castillo Rueda, 2005).

Pensado como forma de atención integral de las personas este modelo organizativo procura disminuir los obstáculos en la comunicación y disponer de menos despachos individuales y más lugares para la reunión de equipos multidisciplinarios. Esta forma de cuidado según los diferentes autores, (Artaza 2006; Tobar 1999; Santoni, 2004) permite dimensionar y optimizar la distribución del recurso humano asistencial y tecnológico, de

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

acuerdo con la demanda, ya que se pueden establecer los requerimientos de cada paciente, de acuerdo con el grado de pérdida de su autonomía, independientemente de la especialidad que efectúe la asistencia.

En los CP, la variable más importante es la cantidad de horas de cuidado de enfermería que requiere cada paciente. Dado que la mayor carga horaria de trabajo la sostiene enfermería, sobre todo en el horario de la mañana, los autores proponen como indispensable, discriminar las tareas y distribuir las a lo largo del día, para poder fijar una carga horaria estable. (Artaza 2006; Santoni 2004).

La asignación del recurso cama se hace centralizadamente, por una unidad especializada que puede ser homologada a una unidad de admisión, lo que optimiza el rendimiento de este recurso y propicia la mayor integración de los Servicios clínicos del Hospital, evitando el uso compartimentado. Esta unidad tendría a su cargo la gestión de todas las camas del hospital incluyendo las que corresponden a cuidados intermedios e intensivos.

Para asignar a cada usuario una unidad o un sector se utilizan criterios protocolizados y uniformes que buscan a través su implementación, dotar al sistema de la máxima sencillez operativa. (Morici, 2004). De esta manera, se señala que un paciente es asignado a *Cuidados Intensivos* cuando tiene riesgo de vida y expectativa de recuperación; a *Cuidados Intermedios* cuando requiere atención de enfermería en intervalos frecuentes, medicación e hidratación parenteral, varios controles médicos en cada turno o manejo de intubaciones o drenajes complejos, a *sala de Agudos* cuando los cuidados requeridos son menores que en el caso anterior, pero el usuario se encuentra aún inestable o descompensado. Los restantes pacientes que requieran internación y no integran ninguno de los grupos anteriores son incluidos en *Cuidados básicos*. (Artaza, 2006).

Por último, los autores recomiendan que no se deberá pensar en las camas como complejas ó básicas, sino que son los usuarios de la internación quienes requieren de diversas intensidades de cuidados en forma dinámica, y es la organización la que debe adaptarse para prestar eficaz y eficientemente dicho nivel de cuidados. También alertan sobre la necesidad de no rigidizar y parcelar innecesariamente la atención a través de normativas estructuradas sino que se deberá tender a la mayor plasticidad, centrándose en cada usuario en particular. (Artaza, 2006).

3.2.3.1. Ventajas y desventajas del modelo de Cuidados Progresivos.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Son varias las ventajas que se enumeran en la bibliografía, (Santoni 2004; Artaza 2006; Tobar 1999; Htal Sta. Sofía de Manizales 1979), tales como: *accesibilidad, utilización adecuada de los recursos* tanto tecnológicos como humanos, trabajo adecuado en equipo, *visión del paciente* como un todo bio-psico-social, *flexibilidad* ante situaciones de catástrofes, apertura del hospital a la *comunidad*; algunas de las cuales serán analizadas en el capítulo de resultados de nuestra investigación.

Como ventaja que apunta a una lógica financiera, se encuentra una mayor racionalidad en la utilización de los servicios, ya que se favorece el *uso adecuado de la tecnología*, conveniente, necesaria y suficiente a través de una apropiada redistribución interna. Esto produciría una reducción de costos, y un retorno más rápido del paciente a la comunidad. (Santoni, 2004).

La *mayor accesibilidad* de camas se corresponde según los diferentes autores ya mencionados, con la ausencia de servicios. “De esta manera se evita que un usuario con indicación de hospitalización no se pueda internar por estar la sala de la especialidad completa, mientras que otra especialidad tiene camas libres” (Santoni, 2004, p.54). Esta situación que no sucede en los Hospitales por Cuidados Progresivos (en adelante HCP), surge del principio sustentado en que la cama es del primero que concurre en su demanda siempre que se cumplan los requerimientos clínicos de complejidad y priorización. (Santoni, 2004).

Se hace más *flexible* la utilización de los recursos, adaptándolos en forma rápida y eficaz a las cambiantes necesidades que se puedan plantear en la comunidad, en el caso de catástrofes o desastres que alteran la capacidad natural de respuesta de un efector, está descrito que la adaptación del hospital a la emergencia resulta sencilla por disponer de sectores predeterminados, personal y equipamiento adecuado para atender las distintas complejidades. (Tobar, 1999).

El *trabajo en equipo* y una mayor atención en la confección y uso de la historia clínica, con actualizaciones y supervisión diaria, redundan en un aumento de la calidad de atención. (Artaza, 2006).

Respecto del *recurso humano*, especialmente enfermería, los trabajos publicados destacan que se logra un aprovechamiento más racional e intensivo del mismo, distribuyendo el personal de acuerdo a los requerimientos de los pacientes, es decir que se requiere menor cantidad para atender un mayor número de pacientes de cuidados mínimos, destinando el resto de personal al cuidado de pacientes que más lo necesitan. (Santoni, 2004).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Por último, otra ventaja muy destacada en la bibliografía es que el paciente es visto como un *todo bio psico social*, reconociendo a un equipo de salud a cargo, lo que hace que se sienta más seguro; este *equipo médico de cabecera* (en adelante EMC), conformado por un médico clínico y un cirujano, sería el encargado de coordinar la atención e información hacia el usuario y su entorno familiar, debiéndose establecer en cada unidad de hospitalización quién es el médico a cargo de cada paciente que conservará dicho rol, de modo que la relación con la familia y con el mismo paciente no sufra los “vaivenes del cambio de interlocutor”. (Artaza, 2006, p.58).

Además de las ventajas enumeradas anteriormente, otro tema observable en la bibliografía son las recomendaciones para una eficiente aplicación del modelo, es clave utilizar diferentes estrategias tendientes a disminuir los promedios de días de estada, ya que esto implicará mayor accesibilidad para los usuarios y mayor productividad para el establecimiento, lo que redundará favorablemente en la equidad. Dentro de estas estrategias el autor propone la articulación adecuada y funcional de las unidades de apoyo diagnóstico, de modo de disminuir los tiempos muertos o perdidos por espera de exámenes, procedimientos o quirófano; contar con la posibilidad de alta todos los días de la semana, incluidos fines de semana y festivos y contar con unidades de seguimiento luego de altas precoces, es decir, agilizar el giro-cama y contener en el área ambulatoria pacientes que puedan requerir mayores controles post-alta. (Artaza, 2006).

El apoyo de enfermería en sala de hospitalización debe contemplar la implementación eficiente y oportuna de las diversas acciones que responden a las diagnósticas, terapéuticas y de confort del usuario, requeridas por el equipo tratante y por los protocolos de cuidados. (Artaza, 2006).

También hemos encontrado en la bibliografía, algunas *desventajas* que conlleva la implementación del modelo, relacionadas con que se requiere de mucha persistencia para consensuar su aplicación, necesita de la fase de categorización como tarea adicional para enfermería, las resistencias vinculadas al desconocimiento del modelo, y dificultades para sostener encuentros interdisciplinarios. (Santoni, 2004; Cairolí, 2005).

El modelo propuesto en algunos documentos incentiva el fortalecimiento de los servicios clínicos, entendiendo que el centro de la tarea del servicio clínico debe girar en la búsqueda de la excelencia en su área específica de quehacer asistencial, en la óptima atención de los pacientes, en el desarrollo del conocimiento, a través de la generación de guías y

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

protocolos en base a la evidencia, así como el aprendizaje continuo, la docencia y la investigación. (Artaza, 2006; Tobar, 1999; Santoni, 2004).

En síntesis y de acuerdo a los conceptos vertidos anteriormente, podemos decir que este modelo teórico implantado en el contexto de la reforma siempre *tiende* a una mirada centrada en el uso racional y adecuado de los recursos a lo largo de la estada del usuario internado, que lógicamente debería beneficiarlo (*aunque no siempre, independientemente del modelo*) basándose en una lógica administrativo-financiera. Sin embargo, diferentes autores (Santoni, 2004; Morici, 2004, Tobar, 1999) abonan en la visión centrada en el paciente. Esta visión *como un todo integral* se rescata en los diferentes documentos bibliográficos citados, en general explicitada desde un equipo médico de cabecera uniendo una mirada clínica con la quirúrgica además de la conformación de equipos multidisciplinarios, y una gestión por proyectos con espacios matriciales.

3.2.3.2. Modelo de gestión matricial.

Los modelos tradicionales, basados en visiones mecanicistas cuentan con organigramas clásicos, verticalistas. (Morgan, 1999). Dichos modelos se basaron en una organización apoyada en la teoría de las organizaciones, con ideales burocráticos y la suposición de crear un control administrativo a través del orden, la uniformidad y la conformidad.

Sabiendo que las estructuras son un *instrumento* para la organización, y que las mismas pueden modificarse según las condiciones ambientales tanto internas como externas, se comenzó alrededor de los años sesenta, a considerar a las estructuras, como entidades altamente dinámicas, que sufren variaciones según su contexto.

Tom Burns, en 1961, (apud Morgan, 1999), repensó a las organizaciones como estructuralmente adaptables a los cambios ambientales, superaba de esta manera la estructura mecanicista, y anticipaba que las mismas debían enfocarse en “una red de control y comunicación” (Morgan, 1999, p.105). Posteriormente, ya en la década del 70’, surgieron otras propuestas intentando terminar con la burocracia, considerada como poco adaptable a los rápidos cambios de las organizaciones modernas, sumado a las dificultades en la integración y en el control hacia las funciones.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Como contraparte de la burocracia surge entonces la adhocracia, en la cual se proponía crear equipos flexibles, no exentos de dificultades en la coordinación y en la comunicación. Esta estructura tendía a la “temporalidad y no formalización de todas las tareas”, que dificultaban aquellas que sí requieren de continuidad y de técnicas rutinarias. (Morgan, 1999, p.107).

Para contrarrestar estas dificultades, se creó la *estructura matricial* o de cooperación horizontal, que combinaba la visión de equipos de proyectos, similares a los que sugería la adhocracia, pero con forma funcional de departamentalización. También forma parte de las estructuras flexibles, observándose una relativa descentralización y autonomía en la realización de los proyectos. (Morgan, 1999).

La estructura matricial crea una doble cadena de mando pensada para que la departamentalización funcional se utilice para producir mejoras en la economía de la especialización. Paralelamente a los departamentos funcionales, prevé la existencia de una serie de gerentes que son responsables de productos específicos, proyectos o programas dentro de la organización. (Lawrence & Kolodny, 2004 apud Díaz, 2008).

Otros autores consideran que esta estructura se basa en superar, además de cuestiones económicas, aquellas otras relacionadas con las dificultades propias de organizaciones compartimentalizadas, altamente burocráticas. De esta manera, en el caso de organizaciones con modelos de atención por CP, se incentiva la cooperación horizontal, a fin de alcanzar la integración de los diversos servicios, superar la compartimentalización de la atención, utilizar mejor los recursos, disminuir las camas ociosas y favorecer así la obtención de los objetivos de la organización. (Artaza, 2006; Santoni, 2004).

Sin embargo autores como Tom Peters (apud Morgan, 1999), observaron que los lazos impuestos por la división funcional, continuaban y contribuían a sostener mayor centralidad y rigidez, concluyendo que la estructura matricial, debido al poder que concentra, deja intacta la centralización, generando una ilusión de autonomía de los equipos. (Morgan, 1999).

Posteriormente, otros autores (Mintzberg & Pasmore, apud Morgan, 1999), apoyaron la idea de las estructuras matriciales, demostrando que otras variantes de estructuras matriciales pueden ser un medio para que la organización se adapte al ambiente cambiante.

Campos igualmente advierte que en las experiencias más radicales de horizontalización del organigrama, con una distribución más homogeneizada de poder, el riesgo está en que todos los profesionales sean igualados haciendo peligrar la responsabilidad

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

del proyecto terapéutico toda vez que, como refiere el autor, “todos harán todo y ninguno será responsable por nada en particular”. (Campos, 2001, p.122). Para ello el autor propone combinar polivalencia con especialización, para potenciar la producción de la salud.

Para finalizar, queremos resaltar, que las organizaciones pueden ser burocráticas, rígidas e inflexibles aún cuando en los organigramas se destaquen figuras que muestren formas de redes u otras, dejando intactos problemas básicos. (Morgan, 1999). Llamamos la atención hacia el hecho que diferentes maneras de estructurar la gestión pueden ser posibles mientras se tengan en cuenta la complejidad de los cambios, y los objetivos de la organización.

3.2.4. Modelo de Internación por Cuidados Progresivos del Hospital Dr. Horacio Heller. Propuesta teórica.

A continuación describiremos el modelo teórico de los CP, formulado previo a la apertura del Hospital, escenario conceptual de nuestra investigación que sumará datos de interés al momento del análisis; relataremos además las reflexiones respecto de la internación, que pertenecen al documento “Memoria de Cuatro Años” realizado a cuatro años de su inauguración por parte de los gestores del momento del HHH.

La modalidad de Internación por Cuidados Progresivos de Pacientes definida previo a la apertura del Hospital, se basó en la experiencia compartida con el Hospital Belgrano que ya había iniciado dicha organización en el año 1986. La modalidad adaptada a las necesidades de atención del paciente, debía basarse en una organización horizontal que diera homogeneidad a la atención de aquellos pacientes que presentaran una similar necesidad de prestaciones, prácticas y cuidados. (Santoni, 2004).

3.2.4.1. Organización General

Previo a la apertura del Hospital, se definió que la atención de internación dentro del HHH, se brindaría a partir de tres niveles de organización²²:

En el *primer nivel*, ubicado en cada sector de internación, un EMC, conformado por un profesional de Clínica Médica y un Especialista relacionado con la patología que motive la internación del paciente, se encargaría del cuidado diario de los pacientes. A su vez y de

²² Ver Sección 10. Anexo C. Figura.2 Organigrama del Hospital Dr. Horacio Heller.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

acuerdo a su estado de salud, estaba pautado que podría solicitar interconsultas de otra especialidad. Este EMC, con funciones específicas, reemplaza al médico único de cada paciente de hospitales con internación tradicional, realizando iguales funciones pero con la característica diferente de que las decisiones respecto de intervenciones terapéuticas, intervenciones, altas etc. serían tomadas en conjunto. (Santoni, 2004).

En el *segundo nivel*, estaba prevista la Coordinación de las actividades de cada sector de cuidados por el Jefe del Sector. La función del mismo es disponer del ingreso y egreso de pacientes a su sector, organizar pases de sala, coordinar con otros niveles, autorizar y/o ejecutar determinadas terapéuticas, prácticas o procedimientos y ser responsable por la eficiente y completa atención en el área, como asimismo del correcto llenado de la historia clínica al egreso del paciente. (Santoni, 2004)

El *tercer nivel*, sería el encargado de conducir y controlar la operatoria global de la internación y su ajuste a las normas previstas. El responsable del mismo para el funcionamiento es el Jefe de la División Internación, quien depende de la Gerencia de Atención Médica. (Santoni, 2004).

Estos niveles de organización tan bien definidos previo a la apertura del Hospital, tenían como objetivo la integración de los mismos, con la finalidad de organizar las actividades y aplicar estrategias para superar las dificultades que se generan en el día a día. Estas dificultades, producto de la complejidad de las instituciones de salud están relacionadas no sólo con los procesos asistenciales, sino también con la gestión del conocimiento y con las relaciones personales.

Por las mismas razones que en otros hospitales que han implementado este modelo de atención, no se incluye dentro del modelo el sector de maternidad, dado que el embarazo, parto y puerperio no complicado se consideran situaciones fisiológicas de la mujer. De ocurrir una complicación o una patología agregada, estaba prevista la derivación al sector de internación que corresponda según los cuidados que requiera. (Tobar, 1999).

Por último queremos comentar dos circunstancias: previo al momento de su inauguración los CP estaban previstos en la internación para neonatología, pediatría y adultos, en el caso de pediatría, aún no se ha podido lograr la atención en base a esta modalidad; así como también estaba prevista la continuidad de los cuidados en el ámbito de la internación con la propuesta de hospital de día e internación domiciliaria. Ambas situaciones, que

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

responden a diferentes problemáticas, aún no se han cumplido, aunque dilucidar los motivos escapa a los alcances y objetivos de esta investigación.

3.2.4.2. *Categorización de los pacientes según Cuidados.*

En nuestro país se estableció un Sistema de Clasificación de Pacientes²³ teniendo en cuenta la distribución del personal de enfermería para su atención en la internación, conociendo previamente la capacidad de trabajo.

Esta determinación se realizó a través de un informe producido por los profesores de la Cátedra de Salud Pública II de la Escuela de Enfermería de la Ciudad de Rosario adaptándolo luego a las necesidades según los objetivos de la Institución.

Para realizar el mencionado estudio se partió de definir las actividades propias de enfermería y realizar un seguimiento cronometrado durante diez años por parte de alumnas de cuarto año de la carrera de enfermería.

El informe contempla tres aspectos básicos a tener en cuenta: el seguimiento de ochenta y dos actividades propias del nivel operativo que en promedio requieren 6 minutos cada una.; la identificación de algunas actividades que insumen entre 15 y 90 minutos, y por último la consideración de las restantes actividades, que son las más frecuentes y de aplicación en todos los niveles de atención, que generan un tiempo de trabajo por prestación de tres minutos y 27 segundos. Se asume así que una actividad mínima de atención de enfermería requiere tres minutos para su ejecución. En consecuencia se sugirió que la *UPE tendría un valor de 3 minutos por cada una.*

El uso adecuado de las UPE permite determinar la categoría de cuidados que corresponde al paciente que se evaluó.

En esta clasificación los pacientes quedan distribuidos en cinco *categorías*: cuidados mínimos con un índice de 1 hora de atención de enfermería y 20 UPE²⁴, moderados con un índice de 3 horas de atención de enfermería y 60 UPE, intermedios con un índice de 5 horas de atención y 100 UPE, especiales con 6.30 horas de atención y 130 UPE e intensivos con 10 horas de atención de enfermería y 200 UPE. Las categorías están relacionadas a las

²³ Tomado del PNGC, Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica. Resolución N° 194 del Ministerio de Salud y Acción Social de La Nación, 3 de Noviembre de 1995.

²⁴ UPE, Unidades de Producción de Enfermería.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

necesidades asistenciales que son observadas clínicamente por enfermería. Los aspectos que se toman en cuenta para decidir el tipo de cuidado que deben recibir son: el grado de dependencia de los pacientes, y las necesidades individuales de acuerdo a la patología.

En el caso del HHH, estuvo previsto que se utilizaran las Unidades de Producción de Enfermería (en adelante UPE) que evalúan la producción de las actividades, a partir de la determinación de los tiempos que requiere cada tarea en particular.

Este proceso de atención de enfermería tiene una importancia relevante ya que a través del mismo, se realizan los diagnósticos y el plan de acción que van a ser ejecutados y que se reconocen como fundamentales para una evolución favorable de los pacientes tanto pediátricos como adultos.

Dado que el HHH pertenece a un nivel de complejidad VI dentro de un sistema de red provincial y por esto mismo no posee unidad de terapia intensiva, debió adaptar los niveles de cuidado de acuerdo a sus particularidades, quedando definido de la siguiente manera: *cuidados mínimos, cuidados intermedios y cuidados críticos*.

Como puede observarse, esta categorización no contempla las actividades propias de un cuidado holístico. Actividades como conversación, vínculo, bienestar psíquico no se pueden estandarizar en protocolos, de manera que esta normativa, como veremos más adelante formará parte de ciertas observaciones por parte de los trabajadores de la salud.

3.2.4.3. Rotación de Enfermería.

Otras de las características del modelo de cuidados progresivos dentro del HHH ha sido la de implementar un programa de rotaciones de enfermería. El plantel de enfermería del hospital, se caracteriza por ser un cuerpo de enfermeros y enfermeras *generales*, según la concepción de CP esto implica que todos estarían dispuestos y preparados técnicamente para rotar por los diferentes sectores.

En el año 2002, este Programa fue presentado al Ministerio de Salud de la Provincia y quedó reglamentado por la Dirección del Hospital, a través de una disposición interna.²⁵

La justificación del mismo, hace hincapié en la racionalización del recurso de enfermería, y de la necesidad de que el mismo conozca todos los niveles de atención con sus

²⁵ Programa de Rotación del Personal de Enfermería. Hospital Dr. Horacio Heller. Ancina D., Alonso E, Cerro M. Disposición Int. N° 012/03.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

diferentes grupos etéreos, de manera de obtener capacidad para trabajar con este nuevo modelo de atención.

Según refiere el Documento, en el programa se tendría en cuenta la posibilidad de elegir entre tres probables sectores de cuidado, entre los meses de marzo a septiembre y serían orientados por el jefe enfermero del sector, quien además, evaluaría su desempeño.

3.2.4.5. *Modelo de gestión matricial*²⁶

Este modelo previsto por la conducción previamente a la apertura del hospital se basaba una organización por proyectos, fundamentado en la incorporación de equipos de trabajo para el desarrollo de las diferentes actividades hospitalarias. En este tipo de estructura estaba previsto que se transfiriera la autoridad y responsabilidad del trabajo a un Jefe de Sector, Jefe de División, Coordinador u otro referente para cumplimentar la realización de una actividad, al cual se le asignaría el personal necesario que pertenece a las estructuras funcionales del establecimiento.

De esta manera se visualizan dos líneas de dependencias funcionales, una horizontal en relación a la actividad específica a realizar como por ejemplo la atención de los pacientes en equipo multidisciplinario con un responsable del mismo, y otra vertical que tiene relación con las líneas de mando formales (administrativo) y el apoyo institucional a cada proyecto u objetivos de trabajo.

Para que esta modalidad laboral funcionara adecuadamente, se instaba a una correcta coordinación entre todos los sectores de la institución, como un proceso continuo y que comprometiera a todos los procesos de la organización.

²⁶ Manual de Inducción para Ingresantes a Servicios de Salud. HHH.2011.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

3.2.4.6. Memoria de Cuatro Años²⁷.

A cuatro años de inaugurado el Hospital, personal de conducción del mismo, elaboró un documento que resaltaba los aspectos más importantes respecto de toda la organización, objetivos, actividades realizadas para cumplirlos y evaluación de los mismos.

Hemos rescatado los concernientes a la internación que es nuestro tema de estudio, para destacar los informes y opiniones de los jefes de sector del momento. Se destaca que la incorporación de los sectores fue gradual, con la incorporación del primer sector, cuidados mínimos, en junio del año 1999, hasta la incorporación del último sector, cuidados críticos en enero del año 2000.

Según refiere el Jefe de División Internación, el principal objetivo de la internación, era el de resolver la patología de mediana complejidad del área oeste de la ciudad, con un rápido giro-cama. El objetivo fundamental de la internación era el de satisfacer las necesidades de los usuarios, brindando la mejor calidad de atención a los mismos.

Se verificó en esa oportunidad el requerimiento aumentado de camas por el cual debieron suspenderse actividades programadas, retrasos en el proceso de internación de pacientes con patología quirúrgica, y usuarios internados por causa social por largos períodos, que disminuían el giro-cama.

En referencia al *Sector de Cuidados Mínimos*, la jefa rescata que para cumplir objetivos de calidad de la atención del usuario y familia por parte de enfermería y médicos, se requiere realizar las tareas de enfermería en forma coordinada y eficiente, incentivando las capacitaciones de los mismos, sostener la función del médico clínico como médico de cabecera interactuando con otras especialidades médicas, realizar educación al usuario sobre cuidados de patologías crónicas. Según refería la Jefa, en todos estos puntos, se observó un ambiente de colaboración de todo el equipo para llevar adelante estos objetivos.

Otro de los objetivos del sector, era el de asignar al usuario, el sector que le corresponda. En ese momento este objetivo sólo se cumplía parcialmente dado que especialidades como tocoginecología y traumatología evaluaban los pacientes en forma incorrecta.

²⁷ Tomado de Documento Hospitalario. Memoria de 4 años. Realizado por la conducción del hospital en el año 2002. Coordinador: Santoni R. [citado el 2 febrero 2012] disponible en <http://www.hhheller.org/documentos>

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

En el caso de los pacientes crónicos internados por causa social, que requerían el trabajo conjunto con el área psicosocial, si bien se logró trabajar en equipo, no siempre se pudo externar al paciente en el momento adecuado.

En cuanto al objetivo de realizar un pase del usuario desde los sectores intermedios y críticos en forma apropiada, se propuso como actividad realizar el pase de sala con el equipo médico y enfermería en forma diaria, y capacitar sobre los cuidados que se brindan en el sector a todos los médicos y enfermeros del mismo. Según refirió la jefa, este objetivo fue el más difícil de cumplir, por desconocimiento del equipo de salud respecto de los CP.

Por la calidad de las prestaciones, este sector fue posteriormente considerado de cuidados moderados, aunque no ha sido recalculada la cantidad de personal necesaria para los cuidados mencionados, así como tampoco la tecnología ni las normas legales correspondientes que avalen tal cuidado.

El sector de *Cuidados Intermedios*, requería como objetivos conformar un EMC, para evaluar diariamente al usuario en forma conjunta con otras especialidades médicas, establecer ámbitos adecuados de discusión como pases de sala y recorridas, con participación del EMC y enfermería para la toma de decisiones sobre la evolución del paciente y su eventual traslado a otro sector, y establecer una metodología de ingreso del paciente en sala, coordinada por enfermería, médicos y oficina de gestión de pacientes.

Como logros a cuatro años se destacaron la conformación de un grupo de médicos comprometidos con la tarea, incorporación de enseñanza de pre y posgrado a la asistencia (alumnos de medicina, residentes de medicina general, estudiantes de enfermería), discusión de casos en ateneo, coordinación médica rotatoria, e *incipiente* trabajo interdisciplinario entre médicos y enfermeros.

Como dificultades el jefe plantea problemas de comunicación con integrantes no clínicos, de la propia institución y de otras; falta de personal de enfermería, que traía aparejado dificultad en la calidad de atención, pacientes con mayor requerimiento de cuidados, internaciones prolongadas por causa social, falta de acuerdos en los criterios de internación intrasectores, dificultad en la conformación del EMC, y dificultades de trabajar en conjunto con el jefe de división internación.

En referencia al sector de *Cuidados Críticos*, un sector dinámico que requiere internaciones por períodos cortos, se planteó desde el inicio el trabajo conjunto, “en equipo y

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

no en grupo” que no se consiguió por conflictos institucionales y personales que afectaron al sector, disminuyendo los conflictos hacia el final del período de cuatro años.

Las rotaciones médicas del sector motivaron una baja pertenencia al mismo, hasta que se resolvió una atención más constante, con un equipo de médicos más estables. Respecto de las rotaciones de enfermeros, el jefe del sector opinó que las mismas no afectaron el funcionamiento del sector, ya que las personas ingresantes habían solicitado la incorporación.

A cuatro años de iniciada la tarea asistencial por CP, los diferentes jefes plantearon como logros una adecuada calidad de atención, aunque es dable observar que tanto el cuerpo de médicos clínicos como enfermería lograron una adherencia al modelo en forma parcial, ya que no lograron conformar un trabajo adecuado en equipo, tuvieron dificultades en la categorización de los pacientes, y problemas de recurso humano insuficiente tanto de enfermería, como de médicos clínicos para la conformación de EMC.

Otro de los inconvenientes planteados en el citado documento fue la falta del recurso cama por internaciones prolongadas por causa social, problemas de relación entre pares de especialidades médicas clínico-quirúrgicas, y de relación con otros hospitales, y falta de apoyatura de la conducción intermedia del hospital. Es probable que estas situaciones hayan menoscabado en parte, la calidad de atención de los pacientes, incluso esta posibilidad fue considerada por uno de los jefes.

Por último, en referencia al documento, podemos observar que todas las propuestas de mejora apuntaban a lograr el trabajo interdisciplinario, proponer pases de sala conjuntos, entre médicos y enfermeros, y discusión de criterios de internación por CP, estableciendo pautas que aseguren el buen funcionamiento intra e intersector.

En síntesis para nuestra investigación, el modelo teórico de los CP está constituido por los siguientes conceptos estructurantes: encontrar el camino de la eficiencia a través del apropiado uso de los recursos, las normativas para llevarlo a cabo, la observación de las ventajas y las desventajas referidas, las diferencias con los modelos tradicionales, y los proceso de atención relacionado al modelo.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

4. OBJETIVOS.

4.1 Objetivo General.

- Analizar la implementación del modelo de atención por cuidados progresivos desde la perspectiva de gestores y trabajadores asistenciales del Hospital Dr. Horacio Heller respecto de sus características distintivas, logros y dificultades.

4.2. Objetivos Específicos.

- Describir las dificultades y logros de la atención por cuidados progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, según la perspectiva de trabajadores asistenciales, y gestores.
- Identificar características distintivas del modelo de atención por cuidados progresivos según la opinión de trabajadores asistenciales, y gestores del Hospital Dr. Horacio Heller.
- Verificar si existen diferencias respecto de la interpretación del modelo según el rol al que pertenezcan los trabajadores.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

5. MATERIAL Y METODOS.

5.1. Introducción.

En esta investigación se realizó un abordaje cualitativo, de tipo descriptivo analítico, de corte transversal, con una muestra no probabilística intencional, heterogénea. A partir del mismo, se procuró entender cómo interpretan y qué sentido le confieren los trabajadores de salud del HHH enmarcados en un modelo de atención diferente al tradicional.

La naturaleza compleja de una organización hospitalaria, los procesos que en ella ocurren, los procesos de toma de decisión; las pujas de poder cotidianas, la ambigüedad, la incertidumbre, las angustias que en ella se vivencia, el estudio de comportamientos dinámicos en sistemas inestables, requieren de un enfoque que no puede resolverse desde lo puramente estadístico. (Vieytes R, 2009).

El campo en el que se profundizó en esta investigación, fueron las características que distinguen al modelo de atención del HHH, sus ventajas y obstáculos. Estas características se conocieron a través de opiniones y visiones que los propios trabajadores de la salud considerados el núcleo de la internación por CP, aportaron. Lo cual permitió producir conocimiento sobre un tema complejo y que se presentó a la investigadora como intensamente influenciado por lo simbólico y afectivo.

El *campo* abarca el objeto de nuestra investigación, incluye a los actores sociales relacionados en contexto, médicos y enfermeros asistenciales y trabajadores de la gestión, que en interacción con el investigador, dieron como resultado un producto que nunca será una realidad concreta, sino una construcción colectiva de conocimientos.

Esta interacción entre investigador e investigados, sólo es plausible a partir de los abordajes cualitativos, porque existe “una relación dinámica e inseparable entre el mundo real y la subjetividad de los participantes,” (Minayo, 2005, p.83). Por ello se buscó la comprensión de los significados que los participantes dan al objeto y no se pretendió obtener un conocimiento del tipo causa-efecto.

Como estrategia de abordaje se utilizó el estudio de caso, a través de entrevistas grupales e individuales basándonos en el enfoque sistémico, que resulta ser apropiada para investigaciones en salud.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

El estudio se desarrolló en noviembre del año 2012 en el HHH, y para el momento del análisis se utilizó el análisis de contenido.

5.2. Enfoque Sistémico.

Para el diseño del estudio, nos basamos en el enfoque sistémico que propone interpretar la realidad como un todo integrado, cuyas propiedades no pueden ser reducidas a las propiedades de las partes. (Bertalanffy, 1968). Bertalanffy, fundamenta esta teoría en que el comportamiento del todo es más complejo que la suma del comportamiento de sus partes y los acontecimientos implican más que decisiones de las partes individualmente.

Los miembros individuales del sistema entonces, son al mismo tiempo todo y parte, funcionando en el sentido integrativo con el conjunto y afirmativo de su autonomía. Así, lo social y lo político constituyen la cima de la organización, y la concepción de sistemas intervinculados remite a la idea de ecosistema: cada uno con su totalidad interactuando, en una red dinámica de interdependencias, interacciones e influencias mutuas. Estos sistemas son “abiertos e interconectados, inestables y en permanente dinamismo.” (Minayo, 2009, p.108).

Los acontecimientos parecen envolver algo más que las decisiones y acciones individuales, y estar determinados más bien por “sistemas” socioculturales, trátense de prejuicios, ideologías, grupos de presión, tendencias sociales, el crecimiento y la decadencia de civilizaciones y quién sabe cuánto más. (Bertalanffy, 1968 p.37)

Siguiendo la teoría de los sistemas, Minayo propone tres supuestos que diferencian las teorías tradicionales del pensamiento sistémico: la idea de complejidad, la noción de inestabilidad y la noción de intersubjetividad. (Minayo, 2009).

La *complejidad* se da en un sistema porque está formado por unidades constitutivas interrelacionadas con una gran cantidad de interacciones. En la teoría de la complejidad los temas de estudio son entendidos como “objetos en contexto”. Contextualizar es ver un objeto existiendo dentro del sistema destacando sus múltiples interrelaciones, conexiones y redes de comunicación. (Minayo, 2009, p.110).

La noción de *inestabilidad* proviene de la verificación de que el mundo siempre está en proceso de transformarse, existiendo por lo tanto una lógica en el desorden como un

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

elemento necesario para la auto-organización, que puede llevar a los seres vivos incluso a un nivel mayor de complejidad. (Minayo, 2009).

El supuesto de la *intersubjetividad* en la construcción de la realidad y del saber, se opone a la idea de la posibilidad de que exista un conocimiento objetivo externo a los sujetos; es decir “sujeto y objeto sólo existen relacionamente y en las interacciones que establecen entre sí”. (Minayo, 2009, p.111).

Seguimos los supuestos expresados por Minayo, para situar nuestro objeto de estudio y poder aproximarnos a la comprensión de la dinámica que sucede en las prácticas cotidianas de los servicios de salud, como parte de un sistema conectado con otros.

El pensamiento sistémico no propone técnicas sino que es una visión epistemológica que favorece una mirada más abarcativa y compleja que atraviesa las interconexiones entre lo biológico, lo social y lo ambiental. (Minayo, 2009).

En esa área se manifiestan la unión y la simultaneidad entre el caos y el orden, lo familiar y lo extraño, lo lineal y las no linealidades y la inseparabilidad entre oposiciones, dualidades, diferencias y diversidades, desafiando las maneras formales del pensar.(Minayo, 2009, p. 112)

Nos basamos en el enfoque sistémico que nos permitió orientar la estrategia de abordaje adecuada y valorar qué elementos facilitarían la comprensión del modelo de los cuidados progresivos.

Se intentó aprehender al modelo de cuidados progresivos no como un modelo teórico, sino como un modelo de atención dentro del contexto histórico-social del Hospital Heller, en permanente evolución, incluyendo en ese contexto las complejas relaciones que determinan los procesos de gestión del cuidado.

Dichas relaciones fueron observadas desde la perspectiva de sus actores, enfermeros asistenciales, gestores y médicos asistenciales, que son los protagonistas permanentes de la dinámica de la internación.

Estos protagonistas no están aislados, sino que forman parte de un sistema mayor al tener que interactuar con el resto de los trabajadores del hospital, con el cual forman parte de un núcleo más amplio, el conjunto de los procesos de la atención hospitalaria, interrelacionando con sus pares del hospital, a través de relaciones simétricas y asimétricas, entramados con sus saberes y subjetividades.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

A su vez todas estas relaciones intercambian sus saberes con el resto de los trabajadores de la provincia del Neuquén en una red más amplia de referencia y contrarreferencia.

Las relaciones y redes de intercambio mencionadas anteriormente son las que le dan un marco particular donde se desarrolló esta investigación.

5.3. Nuestro objeto de estudio.

La institución estudiada, fue fundada en el año 1999 como un hospital general de agudos con un modelo de atención y gestión diferentes a los modelos tradicionales de la provincia del Neuquén, que es el modelo de cuidados progresivos en internación.

Cuando nos interrogamos ¿cuál es la opinión de gestores y efectores respecto de las características distintivas del modelo de atención por cuidados progresivos de internación en el Hospital Dr. Horacio Heller de la ciudad de Neuquén?, nos propusimos reflexionar acerca del mismo deconstruyendo el modelo como una categoría de análisis, como parte de los modelos de atención de internación, que conforma una red de atención por complejidades. En todo momento se intentó mantener la coherencia de la investigación en un nivel ontológico, epistemológico, teórico, metodológico y técnico. (Vieytes, 2009).

Nuestro objeto de estudio, un modelo de atención hospitalario, es complejo, y como tal se presenta en un ambiente de permanente turbulencia, desequilibrio e imprevisibilidad. A su vez se encuentra en proceso de transformación permanente, constituido por cambios de decisión, interacciones y autorregulaciones. Muchos factores diferentes interactúan entre sí, dando lugar a lo que en definitiva conforma la cultura organizacional propia del Hospital Dr. Horacio Heller.

Captar la complejidad que produce el trabajar en un ambiente hospitalario con procesos creativos en la toma de decisiones, como lo son los cuidados progresivos, es un desafío que puede afrontarse de manera privilegiada con la investigación cualitativa.

Como todas las investigaciones que abordan problemas de salud, el objetivo final no sólo fue la comprensión de los fenómenos que tienen lugar en un modelo de atención sino además aportar a la construcción colectiva del conocimiento. Las instancias de reflexión fueron entendidas en este estudio como parte de la actividad cotidiana que podría favorecer la superación de obstáculos y dificultades de la práctica diaria.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

5.3.1. ¿Cuál es la posición del Investigador?

No hay conocimiento objetivo en abordajes cualitativos, ya que hay un proceso de mutua interacción entre el investigador y lo investigado; por esta razón, todo conocimiento siempre refleja, aunque sea implícitamente, los valores, creencias y actitudes del investigador.

Cuando el investigador se sitúa en el área problemática e interroga acerca del concepto de los cuidados progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, su actividad es atravesada necesariamente por preocupaciones y supuestos de orden histórico, económico, cultural, científico, disciplinar, profesional y subjetivo. (Vieytes, 2009).

Estas preocupaciones y supuestos del investigador, fueron el motivo por el cual se comenzó la investigación, siendo el encuentro con el objeto lo que permitió encontrar una verdad diferente a la inicial. No hay una única verdad que coincida con el supuesto mundo exterior, “hay múltiples realidades construidas por cada uno de los sujetos al intentar conocer”. (Guba y Lincoln, 1982 apud Vieytes R, 2009, p.63).

Nunca se evaluó la eventualidad de aislar al investigador de los conceptos que se estudiaron, ya que “no sólo es imposible sino además indeseable”. (Vieytes, 2009, p.75). Desde esta perspectiva Vieytes observa el carácter reflexivo de la investigación y al investigador como su instrumento por excelencia: creador reflexivo que observa el mundo social que lo rodea preocupado en no bajar nunca la guardia frente a lo que sucede en su interior a partir de la acción indagadora que despliega. Esa actitud se enmarca en un supuesto epistemológico que es fundante del enfoque interpretativo:

la realidad social para existir requiere un sujeto cognoscente, el cual está ubicado en una cultura y cierto lugar en la estructura social que afecta el conocimiento que construye, atravesado, necesariamente por las formas de actuar, de ver y escuchar, de sentir y pensar propias del sujeto que conoce. (Vieytes, 2009, p.76).

El investigador, situado socialmente, crea, a través de la interacción, las realidades que constituyen los materiales que son recolectados y analizados.

Los alcances de la investigación siempre dependerán de la relación que el investigador haya logrado construir con las personas individuales o el grupo cuya perspectiva busque conocer. (Vieytes, 2009).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

La investigadora formó parte del espacio de gestión y si bien no trabajaba con cuidados progresivos de adultos, pertenecía social e históricamente a la institución hospitalaria estudiada. Esto le permitió vencer dificultades o resistencias al momento del encuentro con los sujetos de investigación, en tanto que investigadora e investigado fueron sujeto y objeto a la vez, construyendo un conocimiento en el que ambos están involucrados, un conocimiento que es un ensamble de todas las subjetividades que participaron en su producción.

La tesista comenzó observando, revisando los conocimientos sobre los CP, dentro de una fase puramente descriptiva sobre la base de las teorías existentes. Concentrada en el objeto, en esta etapa es donde la tesista, miembro del hospital en estudio, debió *separarse* del mismo, siendo una mera observadora, para posteriormente pasar a un proceso que Testa define como crítico.

En este momento crítico, el centro se encuentra en la investigadora, comenzando con un momento creativo de máxima responsabilidad, de reflexión donde existió una transformación interna que hizo que la investigadora surgiera como herramienta, o sujeto epistémico.

Luego, la tesista *vuelve* a formar parte del cotidiano, pudiendo de esta manera, proponer cambios y sugerir acciones dentro del objeto de estudio.

5.3.2. Los sujetos.

Se definieron como sujetos de esta investigación gestores y efectores del Hospital Dr. Horacio Heller, que hayan trabajado o que al momento de la investigación trabajaran con el modelo de cuidados progresivos, y que fueran planta permanente del Sistema de Salud de Neuquén.

Los profesionales de la salud que se encuentran ocupando espacios asistenciales y los gestores de los servicios, tienen objetivos y percepciones distintas en relación a los servicios de salud y, generalmente, le otorgan prioridad a aspectos diferentes cuando opinan acerca de las acciones en salud.

Contemplamos de esta manera que considerar a los diversos actores involucrados, ampliaría la capacidad de revelar diferentes aspectos de un mismo modelo por lo que ese fue el propósito de la inclusión de los grupos.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Los sujetos muestrales en un estudio de abordaje cualitativo se consideran informantes con lo cual se entiende que los mismos no son pasivos, se han elegido en este caso en base al interés que su opinión y perspectiva representan según los objetivos del estudio.

En el caso de nuestra investigación estos informantes se consideraron representativos, ya que dieron información directamente relevante para los objetivos de la investigación.

Se intentó superar los potenciales sesgos que pudieran presentarse en la entrevista grupal producto de la intimidación de algunos participantes de opinar frente a otros compañeros de trabajo. Para ello se diseñaron grupos heterogéneos en cuanto a formación (médicos de diferentes especialidades y enfermeros), pero homogeneizados en cuanto a relaciones de asimetría ya que se diferenció un grupo de gestión y otros dos de asistenciales directos, enfermeros por un lado y médicos por otro.

Evaluando el riesgo de que personas con mayor capacidad verbal limitaran la participación de personas más reservadas, la tendencia al consenso que naturalmente tienen los grupos antes de dar a conocer una opinión divergente y la tendencia de expresar en público opiniones socialmente aceptables y reservarse opiniones de disenso, se consideró la importancia de profundizar los conocimientos a través de entrevistas individuales.

5.4. Estrategia de Abordaje.

Dado que los métodos y los campos de aplicación en una investigación cualitativa son múltiples y diversos, para esta investigación se consideró apropiado el *estudio de caso*, que consistió en la recopilación e interpretación detallada de toda la información posible acerca de los cuidados progresivos en el Hospital Heller. Se indagó un grupo social dentro de la internación, entendido como una parte de la sociedad más amplia, ya que se asume eventualmente que a partir del estudio en intensidad de un número reducido de casos, otros casos tendrán probablemente características similares.

El estudio de caso ha sido definido por Robert Yin (1984), como una indagación empírica que “investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real de existencia, cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes en los cuales existen múltiples fuentes de evidencia que pueden usarse” (Yin R, 1984:23 apud Vieytes R, 2009, p.59).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

En este estudio de caso, se realizó una aproximación detallada de la modalidad de los cuidados progresivos del Hospital Heller para obtener una comprensión profunda de las relaciones complejas que se daban en esta organización hospitalaria, sin pretender generalizar.

De esta manera, se intentó construir el conocimiento más completo del objeto de estudio, avanzando desde la descripción a la exploración de las relaciones teóricas que se entrelazan con los datos surgidos de la investigación, intentando además una consideración holística.

Estas teorías no son posibles de generalizar, sólo es posible en una investigación cualitativa, interpretar y establecer la lógica de su interpretación, procurando buscar una relación entre la micropolítica y la macropolítica, a través de la comprensión de las fuerzas sociales e históricas que le dan forma. (Vieytes, 2009 p.41).

5.4.1. Muestreo.

La técnica de muestreo utilizada fue de tipo no probabilística intencional heterogénea que se utiliza cuando la muestra se toma por presentar las características típicas que permiten la observación del fenómeno a estudiar.

Basándonos en una perspectiva estructuralista propuesta por Ibáñez, el muestreo intencional se fundamenta en el supuesto de que en este tipo de muestras se parte de un modo de representación denominado homomórfico, (Ibáñez, 1979, apud Vieytes, 2009).

Cuando dos sistemas comparten una parte de su estructura, son homomórficos. Por lo tanto, cuando un sistema es homomórfico de otro más complejo, constituye un modelo de éste.

Dicha muestra no será representativa de todos los modelos de atención de cuidados progresivos, pero sí de los trabajadores del Hospital Heller, de las opiniones, percepciones y las maneras de entender el modelo de cuidados progresivos.

Los criterios de inclusión fueron que el trabajador aceptara participar de la investigación según los términos del consentimiento libre e informado³⁹, y que estuviera o haya estado relacionado con la internación de pacientes por cuidados progresivos. Se incluyó a gestores y asistenciales médicos y enfermeros, en el momento de la investigación.

³⁹ Ver Sección 9: Apéndice A. Modelo de consentimiento libre e informado.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Se fundamentó esta elección en el rol desempeñado dentro de la institución y por su experiencia en trabajar con esta modalidad de atención, que hizo más rico el resultado de la investigación. Teniendo en cuenta que en un estudio cualitativo se pretende captar, las opiniones, sentimientos y vivencias, en profundidad y no en extensión; en este estudio los sujetos se seleccionaron siguiendo un muestreo intencional.

Por gestores se entendió aquellos trabajadores relacionados o que hayan estado relacionados con actividades de coordinación, supervisión, evaluación, programación, de equipos de trabajo relacionados a la internación por cuidados progresivos. De los que al momento de la recolección de datos trabajaban en gestión se invitó aquellos que tenían cargos de conducción dentro del organigrama del hospital.

Dentro de los trabajadores asistenciales, se incluyeron enfermeros y especialidades médicas que habitualmente internan pacientes: clínica médica, traumatología, cirugía, tocoginecología, y que tienen tiempo y sector asignado a la misma.

Dentro del grupo enfermeros, no se distinguieron según sean profesionales, licenciados o auxiliares, ya que, si bien puede haber diferencias conceptuales y metodológicas, la práctica de los cuidados siempre será la misma.⁴⁰

Se excluyeron: el sector pediátrico por no haber podido ponerse en marcha una adecuada modalidad de cuidados progresivos, como se expresa más arriba, y neonatología: por ser un sector cerrado ediliciamente, en mismo nivel físico, donde la gestión del cuidado progresivo es realizada por el enfermero, teniendo en este caso el pediatra que asiste en el sector escasa participación en esa gestión.

Si bien se evaluó la posibilidad de incluir otros grupos de interés relacionados con el tema como usuarios y sus familiares, otros trabajadores de salud dentro del hospital, trabajadores que hayan participado del proceso previo a la inauguración del hospital, se decidió abarcar a gestores y profesionales abocados a la internación de adultos, como parte de un grupo que es el núcleo de esta modalidad de atención. Por otro lado se consideró que la investigación podía aportarle a estos grupos seleccionados un momento de reflexión sobre sus prácticas y posibilitar la apertura de futuros interrogantes.

Para determinar el número de entrevistas seguimos el concepto de saturación teórica considerando los criterios de propósito teórico y relevancia.

⁴⁰ Se estandarizan los CP a través de las Unidades de Producción de Enfermería (UPE). Tienen en cuenta la categoría del cuidado y recursos necesarios según complejidad.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

La noción de representatividad implicada en el muestreo cualitativo es figurada, ya que se trata de centrarse en un caso que presente interés intrínseco para descubrir significados o reflejar realidades múltiples.

Es decir que las unidades de muestreo no se eligieron con criterio de representatividad estadística sino con criterios de representatividad del discurso, de los significados. Resultó ser acumulativo hasta alcanzar la saturación de la información con la finalidad de responder a las preguntas que los objetivos del estudio pretendían alcanzar.

Se consideró que nuestra muestra cualitativa era adecuada cuando, como expresa Minayo, “refleja la totalidad de las múltiples dimensiones del objeto de estudio.”(Minayo, 2009, p. 163).

Nos basamos en los principios de Maxwell (1961), para obtener nuestro muestreo intencional. Según el autor, el *muestro intencional* permite alcanzar cuatro metas:

primero, lograr mayor representatividad en las conclusiones, seleccionando los contextos e individuos que se consideran típicos, que no se lograría con una muestra del mismo tamaño tomada al azar. Segundo, captar la heterogeneidad de la población, seleccionando sistemáticamente individuos, contextos o momentos que representen las variaciones posibles más importantes, que se lograría diversificando al máximo los participantes. Tercero, examinar deliberadamente los casos críticos para la teoría que se esté desarrollando o estudiando, los cuales muchas veces sirven de prueba crucial. Y por último permite establecer comparaciones para hallar las razones de las diferencias entre contextos, momentos o individuos (Maxwell, 1961, apud Vieytes, 2009, p.74).

Fueron cumplimentados estos criterios toda vez que los individuos se seleccionaron con criterios de representatividad (en este caso del contenido), formando parte del núcleo operativo de la internación. También se seleccionaron actores de diferentes sectores de los cuidados progresivos, donde todos los sectores estuvieron representados, que luego permitieron establecer ciertas diferencias en cuanto al rol que cada uno ocupaba.

La saturación es un proceso que opera en el campo de la representación que el investigador construye poco a poco de su objeto de investigación. En el caso de nuestra investigación, cuando se siguió entrevistando y ya no identificaron nuevas posturas hacia la modalidad de internación de los pacientes, no se seleccionó nadie más.

También es importante resaltar que este estudio no permite generalizaciones, sus conclusiones son válidas para las unidades investigadas.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

5.4.2. Técnica de recolección de Datos.

En nuestra investigación se realizaron ocho entrevistas semiestructuradas individuales y tres grupales.

Por entrevista semiestructurada se entendió, aquella en la que se combinan preguntas cerradas y abiertas y el entrevistador dispone de una guía, donde recoge los temas que debe tratar a lo largo de la misma, de manera de guiar ciertos puntos de interés. El entrevistado a su vez, tiene “la posibilidad de transitar sobre el tema en cuestión sin atarse a la indagación formulada”. (Minayo, 2009, p.215).

En situación de entrevista siempre se tiene que considerar que existe una “relación” en la cual las informaciones aportadas por los sujetos de investigación pueden llegar a afectar la naturaleza del encuentro, es por esto que debió plantearse desde el investigador el sentido de la investigación, para que también reflejen los intereses de los entrevistados, considerándose que este encuentro fue de interés general. (Minayo, 2009).

Las entrevistas, tal como lo describe Minayo, son “conversaciones con finalidad”, (Minayo, 2005) y como tales, si bien fueron lo más abiertas posibles, estuvieron orientadas por los objetivos de la investigación. La entrevista es una herramienta de gran utilidad en el diagnóstico organizacional ya que permite recoger información sobre actitudes, valores y opiniones, y temas tan delicados como relaciones de poder entre pares, entre otros, que se pudieron conseguir a partir de las entrevistas a informantes individuales.

En esta investigación se realizaron tres entrevistas grupales, conformándose un grupo de gestores, un grupo de enfermeros asistenciales y un grupo de médicos asistenciales; y ocho entrevistas individuales.

En el grupo conformado por *trabajadores de gestión*, participaron cinco integrantes en total, (uno de los participantes no pudo concurrir) entre disciplinas médicas y de enfermería, es decir heterogéneo en cuanto a disciplinas.

Nos basamos en esta heterogeneidad, en que todas las actividades de gestión se consensuan de forma permanente a través de diferentes mecanismos, tanto sea reuniones de equipo informales, como formales, a través de Comisión Asesora Técnica Administrativa⁴¹, o protocolizando procesos de trabajo en forma conjunta. Estos consensos de la comisión hacen

⁴¹ CATA, Comisión Asesora Técnico Administrativa, se reúne semanalmente el personal de conducción alta y media para organizar y discutir tareas relacionadas con la gestión diaria del hospital y planificar acciones a futuro.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

que la mirada acerca de los cuidados progresivos sea lo suficientemente homogénea para crear una visión conjunta.

En el caso de los trabajadores asistenciales, se dividieron en dos grupos, el *grupo de enfermeros asistenciales* y el *grupo de médicos asistenciales*. Para dividir a dichos trabajadores, nos basamos en la histórica diferencia entre la disciplina médica y de enfermería, a través de los modelos médico-hegemónico, o enfermero-hegemónico, la autonomía de sus praxis, la puja de poder entre ambos, que harán más rica esta investigación al poder entrevistar los grupos por separado, teniendo en cuenta que no habrá en esta situación relaciones de asimetría.

Dentro del grupo *enfermeros asistenciales*, se entrevistaron seis enfermeros que ocupaban roles dentro de los diferentes sectores de internación por cuidados progresivos, dos pertenecientes al sector de cuidados críticos, dos al sector de cuidados moderados y dos al sector de cuidados mínimos.

El grupo *médicos asistenciales*, fue conformado por cuatro participantes. Un quinto participante interesado en la concurrencia no pudo estar presente. En este grupo se logró la participación de dos médicos clínicos y dos médicos con especialidades quirúrgicas, especialistas representativos de la atención de la modalidad CP.

En la entrevista grupal, como se puede observar, se reunió un grupo de personas representativo de un núcleo importante de la modalidad de atención.

La principal característica de la entrevista en grupo es que trata de captar e interpretar vivencias colectivas (Maisonneuve, apud Ortí apud Amezcua M, 2003, p.113; Krueger, 1988, apud Minayo, 2009). El grupo es un marco para captar las representaciones ideológicas, los valores o el imaginario dominante, en este caso el núcleo central de trabajo de los cuidados progresivos. Se trató de reproducir el discurso ideológico cotidiano: creencias y expectativas, deseos, resistencias y temores.

El concepto *grupo* en el caso particular del HHH, comprendió a compañeros de trabajo como *sujetos sociales*, que establecían dinámicas particulares, propias de toda asociación de personas con fuertes lazos, a su vez, como todo actor social, tiene el poder de intervenir en una situación dada, haciendo posible la constitución y la reorientación de cada sujeto, como producto de su propia historia personal y participación social. (Montaño Freire, 2004).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

La característica definitoria de la entrevista grupal es que en ella las preguntas constituyen temas que no se encuentran dirigidos a una persona particular, sino que son planteados al grupo, esperando que sea éste el que reaccione a ellos.

En el caso de nuestra investigación, se produjo una dinámica grupal que permitió obtener respuestas diversas, complementarias, a los temas propuestos. De esta manera, se consiguió que los diversos integrantes del grupo potenciaran sus argumentos debido a la misma dinámica de discusión generada. Se observó un efecto sinérgico que llevó a que los tópicos fueran respondidos en forma muy diversa a diferencia de lo que ocurre en las entrevistas individuales.

Las entrevistas grupales, tuvieron como ventaja, generar un efecto sinérgico al escuchar de todos los integrantes del grupo las respuestas que los distintos participantes fueron elaborando. Los estímulos de respuesta fueron múltiples. “No sólo se reacciona ante una pregunta, como es el caso de la entrevista individual, sino que también se produce una reacción ante las respuestas o contra preguntas de los otros entrevistados”. (Rodríguez M, 2005, p.104).

También el efecto sinérgico se produjo ante casos de discrepancias entre los participantes. Las diferencias de opinión ante una cierta temática condujeron a una dinámica de discusión y de aclaración, en que se potenciaron las capacidades grupales de respuesta.

Las entrevistas individuales, en número de ocho, fueron realizadas como expresamos anteriormente con la finalidad de ampliar conocimientos y disminuir los posibles sesgos generados en las entrevistas grupales.

5.4.2.1. Fuentes secundarias.

Para la construcción de las entrevistas semiestructuradas nos basamos en otras fuentes que pudieran aportar datos de interés. Nos basamos en la bibliografía referida a los modelos de CP, a bibliografía que realizaron actores pertenecientes al mismo hospital, y documentos pertenecientes al Hospital en estudio, como protocolos, normativas y disposiciones internas.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Dentro de los documentos se revisaron los siguientes⁴²:

Memoria de Cuatro Años, Datos estadísticos correspondientes a Sector de Tecnología Informática, Concurso Dirección Hospital Heller 2000, 2005, 2008 y 2011, Proyecto Hospital Heller, Manual de Inducción.

5.4.2.2. *La guía.*

Los tópicos seleccionados para el análisis, fueron:

a) concepto de modelo de CP,

b) características distintivas,

c) logros y

d) dificultades en la práctica cotidiana, a través de una guía de preguntas, que se puede cotejar en el Apéndice B.⁴³

Para cubrir los tópicos se trabajó con una guía prediseñada. Esta guía en el momento de la entrevista no siguió una secuencia ordenada sino que actuó de disparador, trabajando con algunos temas que fueron generales antes de abordar otros más específicos.

Para que la guía presente algunos tópicos que guíen una “conversación con finalidad”, (Minayo, 2005), se debieron tener en cuenta algunas condiciones propuestas por Minayo: “que cada pregunta forme parte de los objetivos de la investigación; que profundice y amplíe la comunicación y que contribuya a destacar la relevancia de los hechos y relaciones que componen el objeto, desde el punto de vista de los interlocutores”. (Minayo, 2009, p.157).

5.5. *La Dinámica.*

El proyecto se presentó en una primera instancia a las autoridades del hospital y del Comité de Investigación y Docencia del Hospital, posteriormente el proyecto fue sometido al Comité de Ética en Investigación, CAIBSH.⁴⁴ Una vez aceptado por la misma, se procedió a realizar diferentes reuniones con los posibles entrevistados.

⁴² [citado enero de 2012] Datos extraídos de <http://www.hhheller.org/Documentos>

⁴³ Ver Sección 9: Apéndice B. Guía de entrevistas grupales e individuales.

⁴⁴ CAIBSH, Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos, con sede en la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Antes de realizar las entrevistas individuales y las entrevistas grupales se explicitaron los objetivos del estudio, los procedimientos a desarrollar con las personas entrevistadas, cómo sería procesado lo que ellas dijeran en el transcurso de la investigación, garantizando anonimato y la posibilidad de acceso a las transcripciones e incluso los participantes tendrían derecho a excluir sus transcripciones si creyeran que eso podría perjudicarlos de alguna manera.

Posteriormente fueron agendadas las entrevistas con aquellas personas que concordaron en participar. De los veintiséis invitados, sólo dos no pudieron concurrir, uno por problemas de agenda laboral y otro por problema personal, por lo cual en total fueron veinticuatro los entrevistados. Se solicitó la firma del consentimiento informado, teniendo en cuenta las normas legales y éticas internacionales, nacionales y provinciales.

Todas las entrevistas fueron grabadas por dos medios electrónicos, previo consentimiento, para luego ser desgrabadas en forma literal.

La técnica de entrevista grupal fue realizada por la tesista y contó con la colaboración de una profesional colaboradora de la investigación, la Lic. Claudia Baffo⁴⁵. La dinámica de las entrevistas grupales fue amena y tranquila, se realizó en primera instancia una presentación de cada participante, para luego comenzar con el proceso de la entrevista. Se obtuvieron reflexiones de manera fluida, que se fueron potenciando dentro del mismo grupo, construyendo conocimiento tanto cuando se obtenían coincidencias como cuando se observaban contradicciones entre los trabajadores.

Todas las entrevistas grupales tuvieron lugar en el ámbito hospitalario, en el auditorio del hospital, un espacio que fue otorgado por la dirección del Hospital, previo consentimiento de los participantes. La técnica de recolección de datos tuvo una duración aproximada de una hora, pudiéndose abordar todos los temas propuestos.

Todas las entrevistas individuales fueron realizadas por la tesista, sugiriendo los entrevistados día y hora en que quedaba cómodo para ambos y en los espacios físicos acordados entre ambos. En algunas ocasiones las entrevistas individuales fueron realizadas en otros ambientes hospitalarios, incluso en el domicilio del participante cuando éste refirió sentirse más a gusto allí. Tuvieron una duración aproximada de media hora y también se

⁴⁵ Egresada de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria. Efectora del Programa Provincial de Salud Mental Comunitaria en Río Negro en la actualidad. Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de salud. UNLa.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

podieron abarcar los temas propuestos, estableciéndose una dinámica cordial, y disminuyendo sesgos de opinión que podrían suceder en las entrevistas grupales.

En todos los casos fueron desarrolladas en un solo encuentro. Al finalizar se obtuvieron comentarios de satisfacción por parte de los trabajadores, agradeciendo el espacio de reflexión producido, explicitando que no habían participado de otras instancias similares y mostrándose muy interesados con los futuros resultados de la investigación.

5.6. *Análisis de datos.*

El análisis del material empírico, utilizó como referencial el *análisis de contenido* de datos cualitativos que es adecuado a la investigación cuyos datos son textos o entrevistas individuales o grupales. En este análisis quedaron involucradas tres etapas: (1ra) lectura y familiarización con las transcripciones de los entrevistados; (2da) desarrollo de los temas y elaboración de los núcleos temáticos; (3ra) organización y comparación de los resultados y evaluación de las conclusiones.

Las entrevistas fueron analizadas en primer lugar en forma individual, con varias lecturas en profundidad, utilizando toda la información sobre las mismas, teniéndose en cuenta que no sólo importa lo que el sujeto de investigación dice sino desde dónde lo dice, es decir desde qué rol, realizando el análisis no solamente del material desgrabado, sino del contexto donde se formaron los enunciados.

En esta *primera lectura* del material, además de tomar contacto con la estructura se comenzaron a descubrir las orientaciones para el análisis, y se registraron impresiones sobre el material.

Posteriormente se compararon la totalidad de las entrevistas, para facilitar el encuentro de las diferentes categorías que emergieron. La comparación entre los grupos permitió encontrar tanto diferencias como similitudes en los datos que se estudiaron, lo cual resultó importante para definir dichas categorías. A su vez, esta comparación permitió desarrollar y relacionar las propiedades teóricas.

Dado las características propias del diseño de las investigaciones cualitativas, cada elemento de la investigación se fue modificando a medida que surgieron nuevos interrogantes, a manera de proceso iterativo, de ida y vuelta permanente, hasta que surgió el diseño. Vieytes advierte acerca de esta flexibilidad para que el diseño no se transforme en ineficaz, instando al

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

investigador a sostener la coherencia, para aumentar el rigor del diseño, ya desde el primer momento de la investigación, entendiendo que no son momentos ni etapas rígidas y cerradas, sino acciones cada vez “más perfiladas, que en un espiral iterativo conducen la investigación” (Vieytes R, 2009, p.65).

Dado que los métodos y las técnicas de análisis son variados, múltiples y por momentos pueden llegar a ser complementarias unas de otras, se tuvo en cuenta la advertencia de Minayo: “involucrarse demasiado con los métodos puede hacernos olvidar los significados presentes en los datos”. (Minayo, 1992, apud Gomes, 2003, p.54). La autora expresa que todos los métodos son mediadores para que el investigador se encuentre con la respuesta a su pregunta inicial y de las que luego surjan a partir del encuentro con su objeto. (Minayo, 2009).

Las categorías analíticas que emergieron de la investigación fueron definidas como:

1. el concepto del modelo de atención,
2. el proceso de atención del modelo de internación, trabajo en equipo
3. cultura organizacional del HHH,
4. el modelo de gestión matricial, y
5. la diferencia con los modelos de atención tradicionales.

Trabajar con las categorías implicó agrupar en nuestro caso, todas las ideas y expresiones en torno a un concepto abarcándolo en su totalidad.

Tal como se puede rescatar de las propuestas de análisis de Minayo, destacamos que los datos no surgieron por sí solos, fue necesario construirlos a partir de un cuestionamiento que nos habíamos hecho sobre los mismos, en base a una fundamentación teórica.

Posteriormente se buscaron establecer todas las articulaciones posibles entre los datos y los referentes teóricos de nuestra investigación, para lograr llegar a los objetivos planteados.

Se cumplieron dos de las finalidades de la fase del análisis, que Minayo propone, la de construir una comprensión de los datos obtenidos, confirmar o no las hipótesis formuladas para nuestra investigación, respondiendo a nuestra pregunta y ampliar conocimiento sobre nuestro tema investigado, vinculándolo con el contexto cultural del cual forma parte. (Minayo, 2003).

Se tuvo en cuenta además que el carácter del análisis siempre será provisorio, y aproximado, dado que según plantea Gomes, “las afirmaciones pueden superar conclusiones previas a ellas y pueden ser superadas por otras afirmaciones futuras”. (Gomes R, 2003).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

6. PRESENTACION DE RESULTADOS Y DISCUSION.

6.1. Introducción.

En esta sección se realiza una presentación de los resultados a partir de tres tópicos seleccionados. Dichos tópicos resaltan tanto las características distintivas, como los logros y dificultades del modelo de internación por Cuidados Progresivos. Los mismos fueron utilizados como guía para las entrevistas individuales y grupales.

Como parte del abordaje cualitativo que se utilizó para esta investigación, hemos considerado en el mismo capítulo tanto análisis como interpretación de datos. En este sentido seguimos los conceptos de Romeu Gomes, integrando el análisis y la interpretación de los datos como una situación donde la primera abarca la segunda, dentro “de un mismo movimiento, siempre mirando en forma atenta todos los datos de la investigación”. (Gomes R, 2003, p.53).

La reflexión sobre logros y dificultades relacionó todos los conceptos con las características distintivas del modelo en estudio.

Es por este motivo que se considera fundamental exponer todas las dificultades y beneficios que comprende para los trabajadores del Hospital Heller pertenecer a una Institución con características particulares que hemos denominado *distintivas* del modelo de cuidados progresivos.

A su vez, estas características distintivas conllevan ventajas o desventajas en referencia a los roles que los trabajadores ocupan, esto se reconstruyó desde la mirada de los diferentes grupos y personas entrevistados.

En esta sección el término *paciente* (más que nada utilizado por los entrevistados) es equivalente al concepto de *usuario* en el modelo de gestión por cuidados progresivos. Si bien se reconoce que existen diferencias conceptuales entre ambos términos, se considera que la utilización del vocablo *paciente* persiste por cuestión de costumbres, pero puede ser usado con múltiples significados: no necesariamente remite a la connotación tradicional de receptor pasivo.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

6.2. Características distintivas. Ventajas y desventajas.

Se dedujeron del modelo de internación por cuidados progresivos las siguientes características distintivas que fueron representadas como categorías de análisis: 1) el *concepto del modelo*, 2) el *proceso de atención*, estableciéndose una diferencia respecto de 3) los *modelos tradicionales* y 4) el modelo de *gestión matricial*, (que las bases teóricas sobre este modelo conciben como sumamente necesario para poder desarrollar) , también fue valorado como distintivo.

Estas características conforman a su vez, otra más amplia relacionada con una 5) *cultura organizacional* particular.

Cada característica distintiva fue observada como una ventaja o una desventaja para la labor cotidiana de los diversos trabajadores y para el grupo de gestores.

6.2.1. Las camas son de los pacientes. Concepto de internación por Cuidados Progresivos.

Recordemos dos conceptos de atención por cuidados progresivos de pacientes, el concepto definido por la OMS y el concepto de Del Castillo Rueda.

OMS lo define como

concepción mediante la cual se organizan los servicios según las necesidades de atención del paciente, de tal forma que el enfermo recibe los cuidados en el grado que los requiera, en el momento más oportuno, en el sitio o área de hospital más apropiado a su estado clínico, independientemente de la especialidad por la que recurre. (OMS, 1973)

y Del Castillo Rueda, lo define desde el lugar de diferencia con un servicio tradicional, donde las unidades funcionales no presenten límites físicos, con un modelo de gestión horizontal y participativa con equipos interdisciplinarios, con utilización adecuada de criterios, siempre centrada en resolver los problemas del usuario. Según este concepto, la atención debe “pivotar alrededor del paciente (servicio sanitario) y no alrededor del espacio donde se presta este servicio (cama hospitalaria)” (Del Castillo Rueda, 2005, p.509).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Como podemos observar, en los dos conceptos se destaca claramente la visión de atención centrada en el paciente, con gestión *eficiente* de recursos. En la última definición además, se hace hincapié en la gestión “horizontal y participativa con equipos multidisciplinarios”.

Al momento de responder respecto del concepto o definición de modalidad de internación por cuidados progresivos, los grupos se basaron en dos enfoques. Por un lado el enfoque *economicista*, centrado en el recurso cama, la distribución de la tecnología, y el recurso de enfermería; por el otro un enfoque con la *mirada centrada en el paciente* que implica la atención adecuada y de calidad del paciente de acuerdo a recursos bien distribuidos, la accesibilidad a la internación, el despliegue de los cuidados que su patología requiera. Es decir, que se lo considera un modelo organizacional apoyado en la gestión eficiente de recursos, así como un modelo de atención, centrado en los cuidados.

El grupo de gestores al momento de responder acerca de la definición, realizó una definición de tipo teórica, mientras que los grupos asistenciales tanto enfermeros como médicos se basaron en una definición más operativa o práctica ligada a ventajas y desventajas en el día a día (saber-hacer).

Varios profesionales asistenciales reconocieron no saber exactamente una *definición*, pero podían definir el modelo a través de los procedimientos necesarios para que se lleve a cabo el modelo de atención por cuidados progresivos en internación.

Esta diferencia en la interpretación respecto de la definición también se pudo observar en las entrevistas individuales diferenciándose según el rol de gestores o de profesionales asistenciales. Consideramos que esta diferencia al definir el modelo se relaciona con la mirada particular que cada rol requiere en los servicios de salud.

Los gestores, ubicados en el rol de analizar, programar y evaluar dentro de los servicios de salud, enfocaron la atención en la programación de los servicios, en conceptos como eficacia y eficiencia.

(...) acompañar con los recursos técnicos y humanos esa variación de la complejidad, hace costo-efectivo, primero, porque asegura una atención adecuada para la persona, pero además es mucho más costo-efectivo para el sistema, porque está bien usado el recurso, no está usando ni de más, ni de menos, debería estar usando lo justo que necesita (Gestor).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Los trabajadores dedicados a la atención asistencial, si bien reconocieron la mirada economicista, le otorgaron mayor importancia a la mirada práctica que implica los conceptos de calidad, adecuación de los cuidados al paciente singular, accesibilidad, distribución equitativa de los recursos según necesidades de los pacientes.

Además consideraron fundamental el hecho de poder internar a los pacientes de acuerdo a la complejidad del cuidado que requieren.

(...) está bueno justamente por esto porque no hay pacientes que tengan... no son todos iguales en cuanto a la complejidad, por ahí se pueden priorizar el tema de las camas, como ventaja. O sea hay pacientes menos complejos que requieren cuidados mínimos como los del sector doce y entonces priorizar la disponibilidad de camas según la complejidad (Grupo asistencial enfermería).

Recordemos además, que sólo las definiciones teóricas nos permiten desarrollar y separar conceptos. Si separamos los diferentes términos que componen el concepto de internación por cuidados progresivos, encontraremos accesibilidad, costo-efectividad, tecnología adecuada, cuidados médicos y de enfermería.

En las definiciones teóricas sobre los CP, otros autores (OMS, 1973; Cairoli, 2005), al hablar de cuidados progresivos tienen en cuenta a los mismos desde el punto de vista médico y de enfermería. Podemos ver en nuestra investigación, que a diferencia de este concepto, cuando se habla de *cuidados* todos los entrevistados tanto gestores como asistenciales médicos o enfermeros, se refirieron a cuidados de enfermería. Esto podría deberse a una fuerte impronta académica en la que los enfermeros son formados como cuidadores y los médicos como profesionales que hacen procedimientos.

(...) a mayor demanda del paciente, mayor disponibilidad de cuidados, a menor demanda de cuidados del paciente, menor disponibilidad en cuanto a recursos de cuidados enfermería. (Trabajador asistencial médico).

Si bien es cierto que enfermería ocupa un importante rol respecto del cuidado y que en el marco conceptual de su formación, el cuidado y la humanización forman parte de la atención tanto como la cuestión técnica, al poner esta práctica sólo en enfermería, impresiona

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

que los profesionales del HHH mantienen una mirada biologicista y de posiciones jerárquicas de poder entre los diversos profesionales, propia de un modelo médico hegemónico.

Recordamos aquí los conceptos teóricos de la doble visión de la profesionalización de enfermería, por un lado la de *colaborador* con la especialidad médica y por otro el *rol autónomo*, el de las propias acciones de enfermería. (Cardenito 1994, Luís 2002, apud Vicente 2007). Como veremos más adelante, esta misma mirada, contradictoria por momentos, formará parte de la tensión permanente de la práctica diaria, cuando analicemos las decisiones que suceden diariamente.

Otro de los puntos clave, en que todos coinciden y que se lo consideró central en la comprensión del modelo e incluso de su aceptación, ha sido el de *accesibilidad* de los pacientes a la internación, ya que al hacer un uso eficiente de los recursos, el paciente tendría mayores posibilidades de acceder a una cama hospitalaria.

La accesibilidad ha sido definida como “una relación entre los recursos de poder de los usuarios (de naturaleza económica, social, cultural) y los obstáculos (geográficos, organizacionales, económicos) colocados por los servicios de salud.” (Donabedian, 1980, p.26 apud Araujo Hartz).

Según Vieira Da Silva, la accesibilidad puede ser confundida con utilización de los servicios, cuando lo que se quiere analizar es la obtención de cuidados por las personas. Cuando existen reales dificultades para esa utilización, entonces el concepto accesibilidad, relacionado a obstáculos para obtener los servicios por parte de los usuarios, pasa a tener un gran valor. (Vieira Da Silva, 2009).

Tenés el beneficio en el sentido que tenés una cama libre, estaba dividida por sectores antes cuando trabajábamos en otro hospital, el sector de clínicas me prestó una cama, había camas disponibles pero nadie quería ocupar camas porque después al otro día:- uy, como prestaste la cama! ahora la necesito para tal o cual. Esto acá [...] es como que las camas son de todos y dejás cama y si uno quiere usarla están disponibles (Grupo asistencial médico).

En este sentido, todos los grupos entrevistados coinciden que la accesibilidad es mayor comparada con la que se da en los servicios tradicionales de internación. Aunque también reconocen que la misma no está totalmente garantizada ya que uno de los factores más frecuentes de la falta de accesibilidad está relacionado con el cambio de perfil

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

epidemiológico, con una inclinación hacia el aumento de internación de pacientes crónicos y por causas sociales y el aumento poblacional de la zona del área programa del hospital.

El cambio del perfil epidemiológico no es un cambio propio del Hospital Heller, sino que responde a un cambio de los perfiles patológicos mundiales y de nuestro país, asociados a los avances médicos, a la mayor accesibilidad a servicios de salud, la modificación de hábitos de vida y el alargamiento de la esperanza de vida con la modificación de las patologías prevalentes que ello implica, así como a la ampliación de servicios esenciales de saneamiento, entre otros factores. A las enfermedades relacionadas con situaciones del subdesarrollo, como infectocontagiosas, se agregaron aquellas relacionadas a sociedades más industrializadas, como enfermedades crónico-degenerativas, accidentes y violencia. (Fleury, 2004).

Es por ello que cuando se piensa en cuidados progresivos en sistemas de atención ambulatoria, se hace pensando en esos factores y con ello se busca contener a personas que están en situaciones de vulnerabilidad social que en las actuales circunstancias, los servicios de salud sólo pueden responder con internaciones prolongadas.

En cuanto al desconocimiento teórico, se pudo rescatar en algunas entrevistas que los trabajadores resolvían el interrogante de la investigadora a través de los conocimientos adquiridos en el momento del saber-hacer.

Para mí es brindar la atención primaria al usuario, mi atención hacia él como enfermera es brindar los cuidados de lo que yo tenga indicado, administrar lo que yo tenga indicado y en lo que se pueda colaborar con el usuario se colabora. (Trabajador asistencial enfermería).

O incluso como inquietud, *es más yo no sé si cuando vos me preguntaste qué entendés por cuidados progresivos es lo que yo te contesté que entiendo (Trabajador asistencial médico).*

Nos preguntamos si este desconocimiento teórico del modelo que tiene su origen en la incompleta formación académica de médicos y enfermeros, sería uno de los obstáculos a enfrentar por los trabajadores cuando ingresan al hospital. Y además si el mismo desconocimiento teórico sería fuente de tensiones en la actividad cotidiana o este desconocimiento se superaría con la práctica cotidiana, en tal caso es interesante para el futuro poder explorar ¿cómo se superaría en el quehacer?

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Fundamentalmente, se encontró que el mayor impedimento para poner en marcha los procesos de atención basados en el modelo de cuidados progresivos ha sido el impacto que produjo el desconocimiento práctico sobre el modelo, especialmente en los tiempos de apertura del hospital. Este momento tan importante para los trabajadores del hospital, será completado en el apartado concerniente a *cultura organizacional*.

Según el relato siguiente, la experiencia del saber-hacer y el tiempo que el profesional trabaja en el modelo, podrían disminuir estas tensiones.

(...)también lo que tiene que ver mucho acá es el tiempo que tenga el profesional en el hospital...cuando hay médicos que ya tienen su antigüedad y conocen bien lo que es el cuidado progresivo y cómo se maneja este hospital está todo bien (Grupo asistencial enfermeros).

El desafío se encontraría en la manera de compartir las bases conceptuales del modelo entre las diferentes miradas profesionales, encontrando un lugar común, aún con sus diferentes lógicas, que permitan en esa construcción del conocimiento, disminuir tensiones y aumentar la contribución en la manera de producir salud.

Dado que el saber-hacer es un saber que se operacionaliza en situaciones normatizadas y reglamentadas asociadas al trabajo, obedece siempre al ámbito de las *rutinas*. No necesita un ejercicio intelectual previo, se da en la práctica toda vez que se repiten procedimientos que ya estén codificados.

Sin embargo, algunos autores diferencian entre un saber-hacer empírico y un saber-hacer analítico. (Ferraz C, Ribas Gomes E & Martins Mishima S 2004). El empírico se apoya en la interacción entre el trabajador y sus instrumentos y el objeto de trabajo, pero no internaliza cognitivamente el proceso de trabajo como un todo, su saber se restringe a la rutina. El analítico presenta una interacción entre el sujeto, el objeto y los medios de trabajo y es precedido de una comprensión del proceso subyacente. Es decir que los diferencia la dimensión interpretativa que el trabajador tiene de sus actos de trabajo. (Ferraz C, Ribas Gomes E & Martins Mishima S, 2004).

Es importante entonces que para que todos estos saberes se constituyan, se construyan espacios donde poder desarrollarse; Onocko dice al respecto:

“Defendemos que los proyectos humanos son típicamente actividad del espacio transicional. Como tales, requerirán de un soporte suficientemente trófico para poder ser experimentados. Espacios

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

protegidos, donde algunas paradojas puedan ser toleradas y la ilusión institucional recreada. Para Winnicott, lo que caracteriza a los fenómenos transicionales (como jugar) es el hacer, no el puro pensar. Estos procesos requieren de un lugar y de un tiempo”... (Onocko, 2004, p.10).

Para que nuevos proyectos sean materializados, se hace necesario según la autora, crear o constituir un tiempo y un espacio siempre guiados por un soporte externo al grupo. Una vez que se comienza a poner en marcha ese proceso, el mismo grupo podría ser el guía de su propio funcionamiento. (Onocko, 2004).

6.2.2. Poniendo en marcha el concepto: Proceso de Atención en Internación. Cuando el Todo es más que la suma de las Partes.

Como en toda organización, la puesta en marcha de un concepto teórico requiere de una articulación de tareas que implican a su vez reglas y contratos, tanto formales como informales, implícitos o explícitos, teniendo en cuenta el contexto particular en que se quiere efectivizar ese concepto. Esta organización particular que es producto de un *engranaje* cuya finalidad es beneficiar al paciente internado a través del sistema de cuidados progresivos, presenta peculiaridades que ayudarán y otras que obstaculizarán el proceso de atención, según el contexto en el cual se presenten y el grupo de trabajadores que lo protagonice.

De acuerdo a los dichos de los trabajadores se han podido identificar algunos elementos del *engranaje*, que sostiene este modelo en la práctica cotidiana: el *conocimiento del modelo*, tal como vimos anteriormente, las *normas y procedimientos* tanto formales como informales, los *pases de pacientes* de un sector de cuidados a otro, la *rotación de enfermería*, el *trabajo en equipo*, y el *modelo de gestión matricial*, fueron los temas que surgieron en todas las entrevistas.

Dado que todos los conceptos mencionados forman parte de un mismo proceso, sólo se pueden separar con la finalidad de que desglosarlos contribuya a su análisis, pero sin olvidar que es un proceso complejo y esos conceptos están siempre interrelacionados. Para esto debe tenerse en cuenta que no estamos interesándonos en máquinas sino en personas organizadas como una imagen enlazada de subjetividades y de las tensiones que se producen en el día a día de quienes lidian con la vida y la muerte. Estos momentos individuales

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

subjetivos, se encuentran con los momentos subjetivos de los demás, en un contexto particular y con una cultura organizacional particular tal como veremos más adelante.

Basándonos en el pensamiento sistémico, sabemos que para que un sistema funcione en forma eficiente no dependerá de qué tan bien lo haga cada uno de los sectores de cuidado, sino de cómo interactúen todos ellos en conjunto. Como todo sistema abierto, el modelo de cuidados progresivos, por ser un sector de internación, interactúa con los demás sectores del hospital y a su vez estos son influidos e influyen en el propio contexto. (Narváez, 1998).

Merhy afirma que realizar un análisis “detallado de las interfaces entre los sujetos instituidos, sus métodos de acción y el modo en que esos sujetos hacen su intercesión”, nos permitirá tomar como “eje orientador el trabajo vivo en acto”, por ser una fuerza que opera permanentemente en los procesos y relaciones. (Merhy, 2006, p44). Al hablar de “espacio intercesor”, Merhy se refiere al encuentro entre el trabajador de la salud y el usuario dentro de un proceso de trabajo. (Merhy, 2006, p.41). Aquí se está analizando el proceso que hace factible esa intercesión.

A continuación entonces, se mostrarán dentro de las características distintivas, normativas y procedimientos para efectivizar la internación, pases de pacientes de un sector de cuidados a otro, rotación de enfermería y trabajo en equipo de las disciplinas involucradas.

6.2.2.1 Normas y Procedimientos.

Dado el desconocimiento del modelo de atención, previo a la apertura del Hospital Heller se realizaron normas escritas, manuales de procedimientos, manuales de misiones y funciones para el personal de salud, circulación del paciente dentro de la internación y prácticas *en vacío*. Los criterios que se encuentran escritos en el HHH, son criterios de ingreso de los usuarios a cada sector de la internación basados en cuidados de enfermería.

(...) tenemos una normativa de clasificación de pacientes, ya está estipulado. Un paciente con determinada patología va a determinar un tipo de cuidado y un sector donde va ir internado[...]...que en realidad se nos ha quedado en el tiempo ese trabajo (Grupo asistencial de enfermeros).

Respecto de la utilización o no de los criterios para la organización de los pases de pacientes de un sector de internación a otro, los grupos coincidieron en la importancia y en la

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

necesidad de tener normas o guías de procedimientos y criterios *comunes* escritos, para organizar este proceso.

Se coincidió en la dificultad que implica implementar un modelo de atención diferente al que cada uno trae en su saber por lo cual resulta importante poseer procedimientos escritos de manera de garantizar cierto ordenamiento en la tarea cotidiana.

Se rescató que no todos los enfermeros los utilizan, algunas veces por desconocimiento, o porque se los han transmitido en forma verbal a su ingreso al hospital.

(...) hay cosas normatizadas, pero ¿yo las veo en mi sector que estén pegaditos en una pared? no, por ahí uno lo hace porque te lo dicen verbalmente, por ahí han surgido problemas por esto porque hay cosas que no están normatizadas. (Trabajador asistencial enfermería).

En el caso de los médicos, reconocieron que existen normas escritas respecto de los criterios utilizados por enfermería para ordenar el cuidado de un paciente u otro. También coincidieron con enfermería en que muchas veces estos criterios no son aplicados en la práctica diaria.

El grupo de gestión apoya fuertemente la idea de que ajustarse a procedimientos y normatizaciones es la modalidad más eficaz de evitar conflictos, esto es, establecer una normativa puede significar establecer un orden, y ello se presenta como el único medio posible de sostener la estabilidad del modelo.

si uno no mantiene intacto los protocolos es muy fácil perderse en esta nebulosa de no tener adónde mirarnos, que en el tiempo, si no lo vas consolidando, con estas cosas, lo vas a perder.(Gestor).

En este sentido, en los dichos de los gestores se propone mantener intacta una normativa, suponemos que desde esta visión, el no ajustarse a la misma significaría una pérdida de rumbo. En la dinámica hospitalaria, esta falta de elasticidad condiciona a los profesionales que sostienen la práctica, produciendo una tensión. Al respecto uno de los médicos señala que la mayor dificultad del modelo se basa en la rigidez del mismo, ya que se encuentra adaptado a lo funcional, y escasamente a lo individual, con lo cual estaría en detrimento de la innovación o de la creatividad de los trabajadores en el momento de encuentro con pacientes singulares.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

La reflexión del profesional nos remite a Silva Saraiva, quien observa que en búsqueda de la eficiencia, las reglas formales, normatizan y otorgan igualdad en el tratamiento de los casos, pero que la rigidez de las mismas puede causar despersonalización. (Silva Saraiva, 2002). La despersonalización que producen las normas terminan según Saraiva,

en transformar un patrón descriptivo de criterios y relaciones en patrón prescriptivo, sin espacios para la informalidad y el desarrollo de nociones más flexibles de gerenciamiento, sin considerar el elemento humano en la organización. (Saraiva, 2002 p. 189).

En coincidencia con esta opinión, Campos afirma que reglamentar la tarea terminará disminuyendo la capacidad creativa y la autonomía del trabajador. (Campos, 2004). Según expresa el autor, existe una idea muy difundida de que para resguardar las prácticas de salud deben elaborarse minuciosos protocolos reguladores de procedimientos para cada problema en particular. Esto no significa quitarles valor como guías de procedimientos y de difusión rápida de conocimientos de las reglas de funcionamiento institucional. Lo que pretende el autor, al igual que Saraiva, es no desvalorizar justamente “la motivación creadora y el empeño improvisador” (Campos, 2004; Silva Saraiva, 2002).

Si bien el resto de los grupos - al igual que el grupo de gestión - acepta que las normas existen y no siempre se concretan en la práctica diaria, le atribuyen a esta situación un grado de informalidad necesaria para poder sostener las contradicciones que ocurren en esa práctica.

Campos también considera, que los métodos de corte tecnocrático casi nunca se concretan en la práctica. En el cotidiano, gran parte de los trabajadores sobre todo aquellos con mayor poder de negociación como es el caso de los profesionales médicos, consiguen “burlar normas y trabajar con su propia conciencia”. Lo lamentable, reflexiona Campos, que esto puede resultar un mecanismo en defensa de intereses propios o corporativos en vez de una forma de “inventar proyectos terapéuticos eficaces”. (Campos, 2004). Defensa de intereses propios que a su vez pueden provocar resistencias a mejorar determinados procesos de trabajo ya instaurados o desarrollar proyectos nuevos.

Asimismo surge por parte de profesionales médicos, que los criterios de los protocolos y normas no son comunes a las posturas y visiones de todos los involucrados en el proceso de trabajo. Los criterios responderían a la mirada de quienes escribieron esas normas, es decir, en este caso, a enfermería. Vinculamos estas divergencias a las diferentes lógicas que se sostienen en cada disciplina. Otro hecho importante en la evaluación de los profesionales médicos respecto de los criterios, es justamente el hecho de tener que aceptar la

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

normativa de trabajo diseñada y pensada por un personal que históricamente se consideró “subalterno” o “auxiliar” a la profesión médica. (Vicente, 2007).

(...) muchas veces te encontrás con que los criterios de admisión para un paciente según tu mirada médica no coinciden siempre con la mirada del enfermero que está a cargo del paciente (Grupo asistencial médico).

Sabemos además, que no sólo las miradas de diferentes lógicas profesionales *no* se ajustan a una norma. Los pacientes tampoco. El contexto social del paciente por ejemplo, podría requerir un tipo de cuidados que no necesariamente coincida con su situación orgánica. En ese momento de *desajuste*, se producen tensiones al no poder discernir *exactamente* la pertenencia o no de los pacientes a determinado sector del hospital.

hay cosas que no se pueden normatizar, por eso te digo que están sobre un hilo tan finito, que no es como decir: traumatología del tercer piso, listo traumatología, no pero es un apéndice, ah bueno un apéndice al cuarto, entendés, acá no tenemos esa opción (Grupo asistencial enfermería).

En este punto es interesante analizar lo que expresa el grupo asistencial médico respecto de los protocolos. Los refieren como aquéllos que operativiza enfermería y admiten también que son muy rígidos y no adaptados ni a la complejidad del hospital ni a la complejidad de cuidado del paciente. Por último también refieren que habría que releerlos para actualizarlos.

Encontramos que pareciera existir una coincidencia entre el discurso de los médicos y el de los enfermeros pero una falta de coherencia entre discurso y práctica.

Al momento de protocolizar el proceso de la sectorización de los cuidados, se requiere de cierta racionalidad impersonal a través de las UPE, para igualar tratamientos mediante la distribución de las actividades a ser ejecutadas teniendo en cuenta el requerimiento de tecnología adecuada. Es importante destacar que cuando se habla de UPE, no se está hablando de cuidado integral, se está dejando de lado la dimensión subjetiva del paciente.

Por ello destacamos los conceptos de Kérouac 1996,(apud Zarate Grajales, 2004) respecto del cuidado: el cuidado comprende tanto aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, como elementos técnicos, que no pueden ser separados al momento de brindar

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

los cuidados (Zarate Grajales,2004) a partir de las UPE se estaría utilizando una práctica que Mintzberg denomina de “encasillamiento”, propio de las burocracias profesionales, donde los pacientes quedan clasificados para simplificar las tareas de tener que decidir a cada momento situaciones particulares para cada paciente, haciendo intentos permanentes de controlar la incertidumbre.(Mintzberg, 2001).

Este encasillamiento siempre intenta superarse, como se puede deducir en el siguiente relato donde los gestores ampliaron la mirada biologicista para tener en cuenta su contexto, y el cuidado que el usuario requiere.

(...) tradicionalmente la pelea era porque habíamos escrito pancreatitis aguda en un determinado sector no iba, y eso lo fuimos cambiando y lo fuimos adaptando [...] desde que pusimos criterios de admisión en base a diagnóstico de patología, no pusimos paciente con tal cosa, no es lo mismo, pueden ser pacientes que en determinado momento su enfermedad tenga menor riesgo, entonces si pueden estar. (Grupo de gestores).

Campos (2001), nos invita a ampliar la clínica toda vez que patologías similares, según los criterios tradicionales, tienen consecuencias y gravedad distintas según el sujeto y el contexto en cuestión y esta situación no debe ignorarse, ni considerarse accesorio al momento de pensar el cuidado.

En este sentido, si miramos los aspectos que tiene en cuenta las UPE se observa claramente que se trata de una mirada biologicista. Las clasificaciones se basan en categorizar pacientes de acuerdo a los cuidados que requieren, y se han hecho con la finalidad de controlar recursos. Incluso aquellas categorizaciones utilizadas en otras instituciones que tienen en cuenta educación sobre temas de prevención, no son contempladas en las categorizaciones en que se basa enfermería del Hospital Heller.

Los criterios de clasificación utilizados están basados en patología y en los tipos de cuidados estandarizados para cada patología. Algunos autores opinan que las categorías como las UPE y similares, están diseñadas y basadas en la variable *tiempo*, asumiendo un desempeño simple de actividades, que obvian la complejidad de los cuidados, careciendo además de sensibilidad y de especificidad. (Hernández 1996, O’ Brien-Pallas, 1992, Morales, 2005, apud Vicente, 2004).

Entendemos que la dimensión subjetiva podría no estar contemplada en un protocolo y realizarse igual, pero en algunas situaciones, sobre todo en relación a la problemática del desgaste del personal o al aumento de la cantidad de pacientes internados u otros hechos

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

fortuitos, como situaciones de catástrofes, el ajustarse a la norma, implicaría *desajustarse* del paciente para realizar su categorización. (Silva Saraiva, 2002). Este es un hecho crucial: no está contemplado en el sistema la dimensión subjetiva. Atarse a las normas en este caso tendería a reducir al paciente a *objeto*. A objeto de un trabajo médico, al separárselo de su dimensión subjetiva y social. Individuo aislado como dice Testa (2006), de sus determinantes “históricos” que le aportan sus “características e irreversibles: vida y humanidad.”

A pesar de que la propensión es no protocolizar demasiado, en algunos dichos se pudo apreciar cierta *tendencia* a seguir burocratizando las prácticas, apoyada en una perspectiva positivista. Según el siguiente relato, el cuidado progresivo de pacientes también debiera contemplar unidades de producción médicas.

Uno diría, creo que se llama UPE u horas de producción de enfermería deberían de alguna forma también considerarse la cantidad de tiempo médico, que ha sido el tiempo que no fue estudiado y que debería estudiarse, que cuántas horas médicas son necesarias para examinar, evaluar, ver los métodos complementarios, hacer las interconsultas de un médico en un paciente de cuidado progresivo. Porque uno no tiene datos concretos de eso. (Gestor).

Estimamos que esta tendencia taylorista a estudiar tiempos y actividades como un medio para analizar y normatizar actividades llevaría a la sistematización rutinaria de las mismas al punto tal que, obsesionados por el control, se perdería la capacidad humana de la relación médico-paciente, de igual modo con la relación enfermero-paciente, si se afectara con la utilización de las UPE. De ahí que si se protocolizara tanto la práctica, si se objetivara tanto, los pacientes-sujetos, de este modo *objetos*, se homogeneizarían al punto de recibir cuidados similares.

Campos expresa que la medicina inventa técnicas para borrar cualquier trazo de subjetividad presente en la relación médico-paciente. Los métodos semiológicos, los reglamentos del hospital, en este caso los reglamentos de pases de sector, y reglamentos de la práctica clínica, procuran asegurar la repetición de este patrón aséptico de relación. Al apoyarse en estos reglamentos los profesionales pueden despersonalizar la atención. “Hasta la imposición del sufrimiento al otro es admisible, porque, siempre se estaría dando en beneficio de la víctima”. (Campos, 2004, p.117).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Hemos podido inferir que los protocolos concernientes a las UPE, si se *acataran* de manera rígida e inflexible, provocarían dos estados constantes de dificultad. Por un lado la desmotivación del trabajador, al no poder desarrollar su espíritu creativo lo cual traería aparejado la desconexión entre su saber y su praxis, y por el otro la despersonalización del sujeto-paciente, al encasillarlo en una serie de aspectos biológicos a *cuidar*.

En resumen, y a pesar de las contradicciones en la utilización de las UPE, podemos decir que los trabajadores asistenciales así como los gestores señalaron la importancia de establecer claramente que los pacientes no deben reducirse a objetos señalando que los criterios de admisión para evaluar los tipos de cuidados que le corresponden al paciente no pueden ser sometidos a protocolos rígidos, ni los usuarios deben quedar subsumidos por el plano orgánico.

Es importante destacar en esta investigación, que la distribución de los usuarios en diferentes sectores (cuidados mínimos, intermedios, etc.) en un HCP, requieren categorizaciones, ya que ésta es la única manera posible de ubicarlos. La dificultad de la que estamos alertando, es aquella en la cual los protagonistas del hacer permanente, deberán diferenciar la utilidad de una categoría para sostener un proceso de trabajo, de la amenaza de categorizar un usuario. Entendemos que esta tensión es permanentemente despejada toda vez que se tienden a superar las contradicciones diarias de maneras informales, al menos por el momento. Pero no siempre podrán ser despejadas de manera benéfica para el usuario, la informalidad podría acarrear como lo señala Campos la defensa de intereses individuales o corporativos por sobre la defensa de la vida. (Campos, 2004).

Por último, queremos observar que cuando estas tensiones surgen deberían poder generarse rápidamente ciertos dispositivos ocasionales y fundados en la singularidad del paciente. Para ello la dinámica de trabajo deberá contemplar espacios comunes de desarrollo de comunicación y diálogo, con capacidad de decisión, de manera de poder sortear los conflictos suscitados. Dispositivos como dice Onocko, que sean actividades transitorias, a fin de no seguir burocratizando prácticas, que se activen según necesidades y que luego de un tiempo puedan cambiar y dar lugar a implementar otras. Como ejemplo de dispositivos de comunicación pueden mencionarse el análisis de casos conjuntos, supervisión institucional, grupos-tarea. (Onocko, 2004).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

6.2.2.2. Pases de Sectores.

6.2.2.2.1 Introducción.

Los pases de sectores dentro del proceso de atención en la internación, han demostrado tener una dinámica particular y compleja. No sólo en lo que respecta a áreas estrictamente de internación sino que afecta a todo el hospital, toda vez que los pacientes ingresan desde diferentes sectores ambulatorios tales como sector de emergencias y consultorios externos. Luego, y de acuerdo a su condición clínica, o se dirigen a quirófano, o realizan interconsultas y tratamientos dentro y fuera del hospital, utilizan servicios intermedios dentro y fuera del hospital y se trasladan a sus domicilios. También existe una estrecha relación con otros hospitales, ya que se reciben pacientes derivados de hospitales de menor y/o mayor complejidad, centros de salud, clínicas privadas y se derivan pacientes a centros de menor y/o mayor complejidad.

A este movimiento permanente, incluido en la lógica de la mayoría de los centros de salud de similar complejidad de atención, se le suma un movimiento interno permanente, producto de la organización por CP. Multiplicidad de tareas, personal, tecnología y por supuesto de pacientes que suelen devenir en múltiples conflictos y tensiones.

Nos abocamos a analizar la dinámica generada en el sector de internación, una vez que el usuario ya está internado y comienza a utilizar el sistema de cuidados progresivos. Ya vimos en el apartado anterior las normas y procedimientos que se generan para definir qué cuidados se merece el paciente y las tensiones que se producen.

Nos preguntamos, una vez que tenemos definido un cuidado, ¿quién decide ese pase? ¿Es competencia del enfermero cuando pudo adecuar la situación de la norma al paciente? ¿Es atribución del médico? ¿Lo puede generar personal administrativo? ¿Cuáles son los obstáculos que surgen? ¿Cuáles son los ruidos principales? ¿Qué le sucede al paciente al operarse estos cambios?

Haciendo un *recorrido abstracto del paciente*, uno de los problemas observados por todos los trabajadores ha sido la falta o escasa comunicación entre los distintos profesionales y en diferentes circunstancias, que contribuye a complejizar la situación de decisión del pase de un sector a otro. Nos remitimos a Campos, para desarrollar el concepto de que para

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

asegurarnos una clínica de calidad, “es necesario adoptar una cultura de comunicación”. (Campos, 2001, p.84).

La creación de la oficina de admisión, y dentro de ella la función de gestionar los pases de pacientes también ha sido un factor de *confusión* en algunas oportunidades.

La separación de las prácticas, de acuerdo a cada sector de complejidad, con diferentes médicos entre un sector u otro y diferentes enfermeros, produciría una alteración en el vínculo entre el usuario y los trabajadores, resultando en una fragmentación de la atención del paciente al momento de los pases.

Para que los pases de pacientes de un sector a otro adquieran cierto dinamismo, deben mantener cierto orden intra sector. El sólo hecho de *pasar*, independientemente si se hace de un sector de mayor complejidad a otro de menor complejidad o viceversa, puede generar angustia en el paciente. La demora en los pases puede generarse en algunas oportunidades por causas externas a la organización diaria de falta del recurso cama disponible, como ausentismos de enfermería, aumento de internación por causa epidemiológica, y en otras por causas internas, como altas demoradas, problemas con los servicios de apoyo, falta de ropería, etc.

Uno de los argumentos que tanto médicos como enfermeros utilizan cotidianamente para reducir la angustia de *separación* con el paciente, es explicarle que el sector de pre-alta está cercano del sector de salida del hospital y por lo tanto cerca de su domicilio. En el caso que requiera trasladarse a un sector de mayor complejidad es para recibir mayores cuidados y tecnología adecuada a su situación actual.

En esa herramienta discursiva de reducción de angustia, al paciente (y quizá a médicos y enfermeros), le queda una sola opción, ceder el vínculo que generó y comenzar de nuevo; en este caso podríamos inferir que la estrategia puede llegar a ser fallida para todos los involucrados, aún cuando intente resolverse a través del diálogo.

Testa reflexiona respecto del *silencio* de los pacientes, como respuesta muchas veces al sometimiento que se les genera tanto a ellos y a su familia, al ubicarlos como receptores pasivos de las normativas impuestas y de los comportamientos del personal de salud. Esta anulación de su individualidad y socialidad hace que el mismo asuma inconscientemente su característica de objeto que es lo que en definitiva le garantizará, según la reflexión del autor, “un tránsito adecuado por la institución”. (Testa, 1993, p.36).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

De los dichos de los trabajadores se desprende que como forma de superar estas fragmentaciones se pueden comenzar a integrar las prácticas, aumentar la comunicación verbal y escrita entre los diferentes responsables de la atención armando equipos de trabajo, así como educar y participar a los pacientes en este proceso.

Analizaremos en forma más detallada los conceptos vertidos anteriormente.

6.2.2.2.2. La decisión.

Quién toma la *decisión del pase* de un paciente de un sector a otro de la internación fue una de las preguntas que atravesó este apartado. Motivo de importantes desacuerdos entre los trabajadores, en la teoría pareciera estar claramente definido según cada grupo que lo relata.

Los gestores lo relatan como un trabajo conjunto, aunque algunas voces expresaron que no siempre se ve en la práctica; el grupo de enfermeros lo refiere como una decisión médica, y dentro del grupo de médicos, algunos lo refieren como una práctica de enfermería, aunque refuerzan que esa decisión debiera corresponder a la especialidad médica.

Cuando se les preguntó a los gestores quién decide el pase de pacientes de un sector a otro, se encontraron discrepancias. Mientras que la mayoría de la entrevista grupal expresó que éste es un trabajo conjunto entre médicos y enfermeros del grupo operativo, y *se decide en conjunto como decían las chicas enfermeras: de acuerdo a la necesidad del paciente, al cuidado de enfermería y de acuerdo al diagnóstico* (Grupo de gestores), algunas voces individuales opinaron que esta articulación no se ve en la práctica:

*En la práctica,...desde la guardia que ingresa el paciente, en realidad el médico es quien decidía o decide, porque en este momento sigue funcionando igual,[...] el médico determina el cuidado, teniendo en la cabeza, digamos, de alguna forma el formato que tiene cada uno de los sectores, ¿no? el recurso de enfermería, el recurso de oxígeno, o sea, la cuestión de soporte
Lo ideal sería que la determinación del cuidado se haga en conjunto con el equipo de internación, y esto incluye además del médico, al enfermero, [...]... en la práctica no sucede. (Gestor).*

Inferimos que la visión de trabajo conjunto de algunos gestores, responde a una visión teórica, a un *debe ser* como deseo de trabajo conjunto entre las disciplinas.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

A su vez, el grupo de enfermeros opinó que los pacientes eran valorados por ellos pero que luego le sugerían el pase al médico, o sea que la decisión del pase es, según su visión, propia del médico. También relataron que esta situación se da por el hecho de haberse encontrado con situaciones sociales de los pacientes que hacen que no puedan cambiarse de sector.

Esta decisión asociada a un fuerte modelo médico hegemónico, con asimetría en las relaciones respecto del ideal del *trabajo conjunto*, tiene otro componente. En el relato no se puede dejar de observar la mirada biologicista del grupo de enfermeros, que como hemos visto previamente responde a una categorización *reglamentada*, pero que se le otorga al médico el uso de una clínica ampliada para que tenga en cuenta el contexto de la situación del usuario, de esta manera queda potenciado el *poder hegemónico* del mismo.

Según los relatos de enfermeros las tensiones con las especialidades quirúrgicas surgirían al no poder contextualizar al usuario dentro de una mirada más integral, que parecen adoptar un modelo médico hegemónico mucho más fuerte, e intentan con mayor ahínco imponer su visión: *yo creo que tiene que ver mucho con las especialidades, tanto con gineco, con cirugía general, son ellos mismo los que generan una por ahí complicación en los pases.* (Grupo asistencial enfermería).

Este contraste de opiniones surgió dentro de los mismos participantes. Fue posible identificar dentro de un mismo grupo las contradicciones permanentes que se generan en el momento del hacer. Por un lado, la evaluación no integral, biologicista y por el otro la crítica a las especialidades quirúrgicas por igual motivo.

El grupo de médicos opinó que luego de una larga historia de conflictos por pases inconsultos, en la actualidad estas tensiones estaban disminuyendo y ahora los enfermeros *les* consultan.

encontraba que al paciente me lo habían cambiado de lugar, [...], llegaba a la mañana y no está mi paciente, dónde está, que alguien había tomado la decisión, eso ya casi no ocurre, por lo general esa situación tan ... así tan desequilibrante (Trabajador individual médico).

Esta calificación que surge del trabajador, vivida como *desequilibrante* apoya la característica de los profesionales trabajando dentro de una organización formulada por burocracias profesionales, donde principalmente los médicos tienen alto grado de autonomía para hacer su tarea. Esta sensación de pérdida de autonomía relatada por el entrevistado, se

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

relaciona con lo que Mintzberg desarrolla al detallar que los profesionales requieren para trabajar de un alto grado de autonomía profesional, que se traduce en libertad de no tener que responder a órdenes administrativas ni de consultar extensivamente con sus pares. (Mintzberg, 2001). En esta situación, podemos observar una tensión entre autonomía y el hecho de *ceder poder*.

Otros médicos disintieron, para ellos los enfermeros son los que actualmente continúan decidiendo los cuidados; *La que decide generalmente es la jefa, la coordinadora de enfermería*. (Grupo asistencial médico).

En algunas entrevistas individuales dirigidas a profesionales médicos, éstos también apoyaron la tendencia del médico que, como proveedor dentro de los servicios de salud debiera ser el *actor* más importante dentro de los mismos. Calificado como de competencia profesional, pero puesta en la competencia exclusivamente médica, esta tendencia a continuar el modelo médico-hegemónico, (en adelante MMH), apoyaría aún más el conflicto al ser una fuente de tensión permanente.

esa es una competencia médica que es indelegable. [...] O sea que como parte del tratamiento, es una restricción que debería hacerse con título de médico y con graduación especializada en algún área de la medicina (Trabajador asistencial médico).

Al atribuirse este espacio de decisión de recorrido del paciente a una única mirada médica y *restringida*, estamos disminuyendo la capacidad de resolver los problemas cotidianos, dado que no se produce el encuentro de trabajo entre los trabajadores médicos y enfermeros y la clínica, queda limitada a un recorte disciplinario.

Al respecto, Campos opina que en la medida que un especialista se encarga de una parte de la intervención “no podrá ser responsabilizado por el resultado global del tratamiento”. (Campos, 2001, p120). Opinamos que esta fuerte tendencia a volver a un MMH, se estaría contradiciendo permanentemente con los mismos dichos de los trabajadores acerca de los beneficios que produce sostener un modelo por cuidados progresivos.

Según lo manifestado por los médicos, los conflictos disminuirían al parecer, al ser consultados, y no como resultado de un trabajo conjunto. El no sentirse desplazados, parece aquí ser condición importante.

bueno antes era todo un complejo problema, [...] porque han mejorado las relaciones y la comunicación también ha mejorado, [...], es muy raro que alguien pase por encima de las decisiones de

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

los que están participando en las circunstancias (Trabajador asistencial médico).

Existiría una disputa de poder en las decisiones entre enfermeros y médicos, que disminuye cuando ambos pueden acercarse en pos del bienestar del paciente. El grupo de enfermeros ha expresado sentirse muy cómodo cuando se los integra a la decisión del pase de sector.

hay una gran cantidad de médicos que generalmente nos preguntan “¿cómo está este paciente, cómo lo viste vos, está para estar acá o lo vamos pasando...?” entonces eso le da una pauta al enfermero que narre la evolución del paciente y sea parte en la decisión de pasar a otro sector. Y el que nos haga partícipe de esta decisión a nosotros nos enriquece como enfermero, o sea que ese es un beneficio de los cuidados progresivos... (Grupo asistencial enfermería).

Observamos que existe una tensión entre médicos y enfermeros, sentirse consultados quizá de una manera colaborativa que no llega a ser totalmente una relación colegiada, luchando siempre con el regreso al modelo médico hegemónico y poniendo a enfermería en un lugar de asimetría.

De manera de evitar este conflicto, la conducción del hospital le otorgó un protagonismo especial a la oficina de gestión de pacientes, que entre varias funciones administrativas, tiene la tarea de *gestionar* la internación del paciente intercediendo en el espacio de encuentro entre un médico y un enfermero, intentando crear un lugar de diálogo y en algunas situaciones decidiendo para evitar conflictos. En lo que respecta a esta oficina los enfermeros opinan respecto de ciertas dificultades que surgen con la implementación del sistema:

la gente que está en admisión son secretarios, que no tienen, ni la obligación, ni el poder de decisión con respecto a ¿qué patología son?, [...]hay gente que maneja, pero como van rotando, por ahí te toca una guardia donde hay chicos que desconocen mucho del manejo [...]de saber a quién llamar, de cómo moverse, de hablar con los jefes, o por ahí no le interesa o por ahí lo desconoce, y entonces tenemos, este tercer elemento que suele [...] generar discordia, (Grupo asistencial enfermería).

Consideramos que con la idea de mejorar los inconvenientes se burocratizó el proceso, agregándose un factor con lógica administrativa en situación de *poder*, exigiéndosele desde la

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

conducción, un lugar de decisión que constantemente debe subsumirse a las contradicciones entre médicos y enfermeros.

En este sentido en lugar de agilizar la tarea, muchas veces al estar en *el ojo de la tormenta*, se producen demoras mayores, por falta de coordinación. Una de las limitaciones que tienen las fórmulas mecanicistas, es justamente que no están preparadas ante el surgimiento de nuevos problemas, por lo tanto cuando estos surgen, se ignoran o crean otros mayores, de comunicación. (Morgan, 1999). De esta manera, si el conflicto persiste, el enfermero termina decidiendo la ubicación o el traslado del paciente de sector según lo crea conveniente.

En algunas ocasiones, cuando la gestión producida por la oficina de admisión resuelve la internación de un paciente, el conflicto entre médicos y enfermeros desaparece, pero se puede observar que se pierde la ocasión de *discutir* la internación de un paciente, perdiéndose la riqueza de sostener un diálogo, y un intercambio de saberes. O la posibilidad de entender el conflicto para intentar superarlo. Y en la categorización de pacientes desde una mirada administrativa, también *se pierde*, ganando una categorización fuertemente biologicista.

6.2.2.2.3. Organización interna.

Respecto de la organización interna tanto intra sector como inter sectores, todos los trabajadores coincidieron que cierta desorganización práctica puede alterar todo el dinamismo que requiere esta cadena de procesos, que por el hecho de estar constituidos por personas, nunca serán exactos ni mecanizados. Este desorden dentro del sector implica posteriormente una alteración de la dinámica *intersectores*.

En entrevista con un profesional médico opinó que la superposición de tareas no les permite trabajar tranquilos, demasiadas interrupciones dentro del sector, parecen obstaculizar los tiempos para las tareas de cada uno.

de aceitar estos engranajes tener cada cual su tiempo, bueno más temprano trabaja la enfermera, después trabaja el médico y así sucesivamente si no, hay una superposición, todo el mundo peleando por las carpetas, disputándose las porque todo el mundo quiere anotar (Trabajador asistencial médico).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

La separación propuesta podría resultar beneficiosa con la finalidad de mantener las praxis individuales siempre que se sostenga un espacio común de intercambio de saberes para el común beneficio de los pacientes sin perder la visión integral. (Campos, 2001).

En el imaginario colectivo siempre se encuentra la tendencia a pensar a las organizaciones de salud con una visión organizativa, taylorista, de lo racional y ordenado según normas y divisiones jerárquicas, olvidándose que justamente en las organizaciones de salud tan llenas de subjetividades y contradicciones, existirán variables individuales encontradas en los múltiples procesos de trabajo. Campos agrega que, cuando el trabajo tiende a burocratizarse, se produce una desarticulación profunda entre las diferentes líneas de trabajo, donde cada categoría profesional elabora sus propios reglamentos, objetivos o normas. (Campos, 2001).

las unidades de internación dependen en gran parte de lo organizativo y no empieza en el médico, sino empieza en lo administrativo y en todas las otras, en enfermería y en servicio de mucamas [...] los médicos deben tener su espacio el tema es organizarlo ¿no?,[...]pequeños desajustes generan un cierto impacto en el manejo (Trabajador asistencial médico).

En esta sensación permanente de caos que dificultaría la organización hospitalaria, se observa una particular tendencia a separar al paciente de su *entorno*, desde una perspectiva reduccionista, como condición para agilizar las prácticas. Podemos inferir que al *des* socializarlo para regular las prácticas se tendería a cosificar al paciente. El no dar lugar para la charla informal con la familia o la necesidad de revisar al paciente lejos de su familia, podría reducir ciertos momentos de intercambio que podrían resultar beneficiosos para el diagnóstico. En este sentido Testa opina que desconocer la socialidad del paciente “disminuye la eficacia de la intervención”. (Testa, 1993, p.35).

Se rescata del grupo de gestión que una propuesta para superar este *desorden* y que los pases se efectivicen en forma dinámica, es el permanente diálogo entre los diferentes implicados, así como una supervisión más directa. Es dable observar que los trabajadores sólo hablan de diálogo, no de la capacidad de conformar equipos de trabajo para superar estas dificultades.

y sobre todo el diálogo , yo creo que hay que tener una mirada fuerte como para que esto se vaya haciendo dinámico al tiempo que

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

corresponde no? Desde el proceso de altas, el proceso de pre- altas, desde darle todo al paciente porque uno quiere o necesita que vayan cambiando entonces vas dando esto los tiempos que se tienen que dar los pases o sea todo esto como que va llevando a un déficit a un deterioro de la comunicación [...]en contra del cuidado progresivo (Gestor).

Las demoras en los pases, es otra de las situaciones que suceden en el cotidiano. Estas demoras obedecen a diferentes causas. Los trabajadores coincidieron que algunas son de índole *externa* a la gestión diaria, como es la falta de una mayor complejidad para atender determinadas enfermedades y la falta del recurso cama disponible⁴⁶, que también obedece a una serie variada de causales. En cuanto a la gestión cotidiana de administrar los pases, enumeraron conflictos *internos*, como altas en horario del mediodía o a la tarde, problemas con los servicios de apoyo, falta de ropería, actividad de mucamas enlentecida, ausentismo de camilleros o servicios intermedios con sus diferentes problemáticas, que además producen según podemos inferir, otras consecuencias: falta de terapéutica adecuada, des-información a los pacientes, que resulta en angustia del paciente, y por qué no del trabajador.

acá lo principal en un pase de paciente es que no falte cama concretamente ese es un problema real, diríamos porque yo solucionando todo lo otro el problema lo sigo teniendo y si no está la cama.....[...] es todo un problema re complejo, el resto sería problemas secundarios que pueden surgir pero son solucionables, la falta de cama no, porque si no está la cama no hay pase. (Gestor).

La palabra *secundario* podría connotar un problema quizá no tan importante. Consideramos que tanto el problema real de falta de cama como el del cotidiano, impresionan de acuerdo a las diversas voces escuchadas, ser tan importantes unos como otros.

altas que se debieran dar a primera hora se dan a media mañana o después del medio día eso también cuando tenemos un giro-cama y un dinamismo de requerimiento por la cama, encontramos obstáculos y los intermedios que también aportamos algunas cosas, y también en la base de la conducción te das cuenta ,es como le pasa al médico, tenés alguien que ya lo conocés, es mejor que tener alguien que no sabes que le pasa y empezás de cero (Gestor).

⁴⁶ Concepto cama disponible: N° de camas libres, sin ocupar, según tipología que dispone el establecimiento de salud en la fecha determinada del total de camas funcionantes. [citado el 6 de junio 2012]. Disponible en: <http://www.sisa.msal.gov.ar>

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Acerca de estas demoras, los grupos opinaron desde las diferentes lógicas de sus roles. Personal abocado a la gestión explicó que el retardo en liberar una cama, no sólo comprometía la situación de *ese* paciente en particular, sino según los dichos de *algunos* gestores, también “*para el que está por venir*”, (Gestor/Grupo de Gestión), y que resulta en el motivo de la cumplimentación del modelo de CP. De esta manera el concepto de accesibilidad quedaría trunco o al menos dificultado, y a su vez el concepto de “eficiencia” por el que abogan los gestores, se vería comprometido.

Por su parte el grupo asistencial de enfermería tuvo una mirada más humanista, observando que la demora produce angustia, depresión, por la necesidad de estar mayor tiempo con su familia.

el paciente que se quedó ese día y al otro día surgió otro problema y se tuvo que quedar de nuevo , vamos a ver en la evolución de esos dos días que el paciente todo lo que repuntó para que se fuera al sector ocho a un cuidado intermedio, que ya lo ves mucho mejor, vuelve a decaer o se pone triste porque no está con la familia. (Grupo asistencial de enfermería).

Expresó que no sólo se genera angustia en el paciente sino también en sus familiares, esto se superaría si no se le crearan expectativas tanto a él como a la familia y se les aclarase la posibilidad del pase o no. Dado que la situación es muy compleja, cuando la demora ya está instalada, se deberá tener en cuenta socializar la situación con el paciente. Pero no sólo en esta ocasión, sino también de acuerdo a los diferentes cuidados que requiera, de esta manera se podrían morigerar las consecuencias tanto para el paciente actual como para el potencial.

6.2.2.2.4. Otras situaciones intra e inter-sector.

Dentro de la característica que presenta el modelo, se pueden dar *dos situaciones*: por un lado dentro del mismo sector, puede ser evaluado por las especialidades médicas en forma conjunta, como ejemplo podemos describir una evaluación conjunta entre un ginecólogo, un clínico y un cirujano general; como segunda situación, un paciente en una misma internación, puede transitar hasta por tres sectores de internación, evaluado por diferentes médicos y enfermeros.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Respecto del primer punto, aquel en que la evaluación médica es conjunta, los médicos asistenciales detallan en sus relatos un reaseguro en el sentido de disminuir el error médico que puede suceder cuando no hay intercambio de opiniones y saberes. Así como también les da una posibilidad de enriquecer sus prácticas, ya que aprenden de las otras especialidades con las cuales no estaban habituados a trabajar en su formación.

a nosotros nos enriquece a nuestra formación nos obliga aprender a cosas nuevas y a buscar formas de interacción según las dificultades sobre todo con las otras especialidades sobre todo las quirúrgicas [...] es difícil obviamente, pero yo creo que el balance en ese sentido es bastante bueno (Grupo asistencial médico).

El resto de los grupos también respondió respecto de la satisfacción que les produce ampliar su mirada, conocer más patologías y enriquecer sus prácticas, y salir de la rutina, del trabajo repetitivo, expresando que también se extendería a los estudiantes de medicina que rotan por la internación y para los residentes de medicina general, y residentes de otras especialidades que provienen de otros hospitales, donde conocerían otros modelos de atención y valorarían otras formas de trabajo.

yo trabajaba en el sector ocho, nosotros tenemos todas las diversidades clínicas en el sector, [...] en este sentido es como que te fuerza a seguir estudiando, capacitándote, leyendo como un poquito todos los días porque hay una diversidad de pacientes, en ese sentido está muy buena, muy, muy buena (Grupo asistencial enfermería).

Según la bibliografía, otros profesionales de la salud, de Hospitales con Modalidad de Internación por Cuidados Progresivos, expresaron iguales opiniones respecto de esta característica, describiéndolo como un objetivo secundario del modelo, en donde los profesionales médicos de planta, residentes y especialistas que trabajan en dichas salas, aumentan los conocimientos y las prácticas, a la vez que se relacionan mejor respecto de otros profesionales. (Htal. Sta. Sofía de Manizales, Colombia, 1974).

Relacionado a la segunda situación, donde los pacientes pueden, de acuerdo a su evolución, pasar de un sector a otro y ser evaluados en varias instancias por diferentes médicos, los relatos médicos traducen esta situación como un problema:

no hay un seguimiento de toda la internación por un mismo médico a veces los pacientes están como perdidos porque un médico un día, al otro día, otro médico [...] y en eso si no hay una buena comunicación y no hay un buen registro en la historia clínica hay datos que se

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

pierden entonces de golpe te encontrás con un paciente que está pre alta en sector doce pero que tiene una serie de patologías complejas que no están resueltas ni encausadas del todo (Grupo asistencial médico).

Esa mirada conjunta, que se había logrado, puede perderse y armarse otra cuando el paciente cambia de sector, ya que en la práctica la función de seguimiento del paciente por parte del clínico como médico de cabecera de todos los pacientes de la internación, se ha perdido por cantidad inadecuada de personal médico.

Ponemos una especial y cuidadosa mirada aquí porque, como veremos, el cuidado *progresivo*, podría verse amenazado por un cuidado *fragmentado*. Toda vez que los canales de comunicación se cortan, y los pacientes quedan *olvidados* o *escasamente evaluados*, se están convirtiendo en objetos fragmentados y des-socializados, empobreciendo la clínica y también a los trabajadores.

El mismo grupo asistencial, alega que la falta de comunicación puede provocar esta alteración del vínculo con el paciente.

Y a veces el paciente queda, así como que pasa a uno sector a otro y queda como olvidado, y a veces [...] decís: -bueno no se vio, se abra ido de alta, es como que a veces falta comunicación. Y decís: -uy! Esto lo tendría que haber operado ayer. (Grupo asistencial médico).

Dado que las organizaciones pueden verse como redes de conversaciones, se deberá poner especial atención a estos *quiebres* en la relación con el paciente. Quiebres, como expresa Flores donde “los compromisos no están establecidos”. (Flores, 1997, p60).

Esto trae aparejado un retardo en los diagnósticos y una superposición de usos de tecnologías duras y leves-duras inadecuados, ya que un trabajador relata que en determinadas ocasiones, algunos estudios radiológicos se repiten, así como también algunos procedimientos: *muchas cosas las hacemos dos veces y eso obviamente sobrecarga el sistema, bueno es un tema que habría que analizar duramente* (Asistencial médico).

Como podemos inferir, en esta ocasión no sólo veremos un aumento de costos o menor eficacia del uso de los recursos, sino una escasa valoración conjunta del paciente, poniendo en peligro los derechos de los mismos.

Al momento de responder cuáles serían las cuestiones a tener en cuenta para disminuir o anular la fragmentación, el grupo de médicos contempló la posibilidad de momentos de

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

encuentros inter especialidades, aunque ven como obstaculizador los tiempos para llevar a cabo esos procesos. “entonces *el espacio de discusión del paciente es imprescindible y a veces cuesta encontrar el espacio, el momento y el tiempo institucional para poder hacerlo como corresponde.*”(Grupo asistencial médico).

El tiempo “siempre apremia” expresa Spinelli al referirse a la agenda del dirigente, el *tiempo y la comunicación* son dos temas que recurren como grandes dificultades cotidianas, estas dificultades también son observables dentro de los grupos operativos de trabajo. (Spinelli, 2012).

Tanto gestores como asistenciales, médicos o enfermeros, acordaron que los espacios comunes de trabajo, les permitiría disminuir el error diagnóstico al ser evaluado por varias miradas: *para que esto esté aceitado tiene que haber una muy buena comunicación o muy buenas historias clínicas [...] no esas evoluciones descriptivas que no reflejan conductas a seguir* (Trabajador asistencial médico), vinculamos esto con la necesidad de trabajar en ampliación de la clínica, recurriendo al sujeto en su dimensión orgánica y social, sin quedar en el recorte profesional, avanzando con una *puesta en común* de todos los saberes.

Todos los trabajadores asistenciales - médicos y enfermeros- reconocen la necesidad de reflexionar sobre las prácticas, aunque ambos grupos pensaron en espacios por separado.

no ha habido una revisión, bueno sentémonos como médicos especialistas todos en general a ver cómo está funcionando esto hagamos una revisión en serio desde nuestra profesión, cada uno que sea, acordemos otra vez cómo está funcionando esto . (Grupo asistencial médico).

Nos remitimos a Onocko para destacar la importancia de repensar en nuestras prácticas, como forma de humanizar la tarea cotidiana. Onocko dice:

Es imposible humanizar un hospital sin repensar nuestra propia posición institucional, sin recrear nuestra región de experiencia, sin volver a hacer pié en nuestra práctica para transformarla en praxis reflexiva. (Onocko, 2004, p.112)

La palabra comunicación, proviene del vocablo latino *comunis*, que significa común, es decir, que comunicarse se entiende como *poner en común*. Al referirse a la comunicación, los trabajadores no sólo se refirieron a la comunicación entre el personal de salud sino también a los usuarios, que estarían desprendiéndose de su vínculo cada vez que “mejore” o “empeore” su situación de enfermedad.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Cuando uno ha atendido enfermos internados se ha dado cuenta que hay enfermos que sólo quieren comunicarse con su médico, no quieren otro y me pasaría a mí si tengo un familiar enfermo. Entonces por ahí que haya que trabajar en determinadas situaciones, bueno el que da el informe médico, por más que en qué cuidado progresivo esté trabajando, pero el familiar por ahí porque tiene mejor adherencia, tiene mejor relación médico paciente, porque sé sintió mejor contenido. (Grupo asistencial médico)

Tanto el grupo de enfermeros como médicos asistenciales, pusieron énfasis en la importancia de transparentar al paciente, de no invisibilizarlo, tomarlo como sujeto, comunicarse, y por lo tanto explicarle las circunstancias que llevan a tomar determinadas decisiones terapéuticas. De esta manera, se evitaría la confusión y la desazón del paciente de no saber porqué está en un sector determinado de cuidados y no en otro.

También los gestores se apoyaron en esta importancia de la comunicación, no sólo sobre sus cambios terapéuticos, sino también sobre lo que significa ser un HCP. *Yo creo que la comunidad no ha sido educada que éste es un hospital de cuidados progresivos. (Gestor).*

También Santos Alvarado, en 1972, realiza una observación en el Htal. Universitario de Maracaibo y en su tesis sobre HCP, insta a informar previo al traslado de sector, a los pacientes así como a sus familiares notificándolos a su vez, “de las muchas ventajas del cuidado progresivo al paciente como un medio de asegurar la aceptación del programa”. (Santos Alvarado, 1972).

Todos los grupos asistenciales coincidieron en el beneficio que observan cuando integran al paciente y le explican sus condiciones, en este sentido destacamos la importancia de que el paciente sea tratado como un sujeto de derechos.

aparte la movilidad le da al paciente la sensación de que se está por ir, que está mejor, [...] cuando está en mínimos, y decís que lo tenés que mandar a críticos siente que se le ensombrece todo [...]pero la mayoría de las veces es al revés y el paciente da la sensación[...] “¿eh me van a cambiar?” sí, va a ir al otro sector porque ya está casi de alta usted, entonces está muy cerca de irse a su casa, es el sector que está más cerca...entonces al paciente se le ilumina la cara ¿viste? y te acepta mucho mejor la movilidad (Grupo asistencial enfermería).

Puede suceder que los pases necesarios del paciente de un sector de cuidados a otro, no logren concretarse por diferentes motivos. El más frecuente, mencionado por los trabajadores, es la falta del recurso *cama*. En relación a ese recurso, tanto el grupo de

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

médicos como de enfermeros expresaron las dificultades que se generan en el paciente cuando teniendo indicación de pasar a un sector de menor complejidad, permanece en uno de mayor complejidad por falta de camas. En estos casos, los trabajadores perciben que el paciente se angustia y surgen sentimientos de enojo o tristeza.

Se pudo observar que el paciente *vuelve* a decaer, se genera un retroceso en la evolución que previamente era favorable, producto de una *des* socialización del mismo. Lo cual nos remite a Testa quien en coincidencia con Campos, expresa que el desconocimiento respecto de la dimensión subjetiva y de la sociabilidad del paciente, disminuye la eficacia de las intervenciones ya realizadas. (Testa, 1993; Campos, 2001).

Por último, hemos podido inferir a partir de los dichos de los trabajadores, que si bien se observa cierta fragmentación en las prácticas apoyadas por el movimiento entre sectores y que los espacios de reflexión así como de discusión son escasos, están poniendo una mirada en la comunicación hacia el paciente y sus familiares. Lo mejorable sería alcanzar niveles de comunicación en que el paciente y su familiar comprendan los motivos del pase o de la atención en equipo y que no perciba los cambios de sector o de trabajador como *des* responsabilización sino como parte del modo de atención de esta institución.

Cuando observamos todos estos nudos, que hemos tratado de desenmarañar y que no resulta fácil, (aquí se juegan todas las dimensiones históricas de cada persona que confluye en el acto de la atención) nos preguntamos: a pesar de todas estas dificultades, ¿qué es lo que sostiene a los trabajadores? ¿Qué es lo que hace que un médico, se anime a decir “*me pongo la camiseta*”? (Grupo asistencial médicos).

La pluralidad de pacientes, este salir de la monotonía en pases, rotaciones, como queda remarcado en algunas entrevistas, este beneficio para el médico (¿también para el paciente?), ¿sacudiría de la alienación a los miembros del hospital cuando los profesionales aumentan sus saberes y sus prácticas?

¿Será que la separación en el vínculo con el paciente haría que el malestar disminuyera; el malestar propio y por ende el institucional? Será que la problemática social, la pobreza el entorno socio epidemiológico tornan tan dificultoso el vínculo, produce tanta angustia que justo “a tempo” se traslada el paciente al otro sector?

¿Será que médicos y enfermeros logran recurrir al beneficio de la pluralidad de casos para disminuir su angustia?

Probablemente futuras investigaciones puedan responder estos interrogantes.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

6.2.2.3. Rotación de Enfermería.

Todos los grupos opinaron en relación a este sistema⁴⁷, aunque con diferentes miradas dependiendo del rol que cada uno ocupa; para los grupos asistenciales el foco estaría en la respuesta concreta a la situación del paciente y para los gestores el foco es la asignación de recurso; incluso se hallaron divergencias dentro de los mismos grupos.

Dentro del grupo asistencial de *enfermería*, hubo posiciones encontradas, mientras que algunos enfermeros evaluaban este sistema como una desventaja, otros lo veían como un beneficio o ventaja. Aquellos enfermeros que consideraron el sistema como *ventajoso*, acordaron en que conocer otros sectores, otros compañeros y otros tipos de cuidados de pacientes, aumentaba su crecimiento profesional.

que el pasarte de un sector a otro está bueno, porque yo voy a saber cómo trabajan ellos en el doce, y no voy a criticar al doce el doce por su trabajo, voy a saber cómo trabaja, el crítico, porque ellos también tienen su laburo, la dinámica de acá es diferente, es completamente diferente, y se entienden en cada uno de los sectores, pero para eso tenés que pasar (Grupo asistencial enfermería).

El hecho de conocer otro tipo de cuidados exige aumentar su capacitación, por lo tanto devendría en mayor desarrollo profesional, eso sumado al relacionarse con otros compañeros de trabajo, les significa una oportunidad para realizarse profesionalmente elemento importante para cualquier sistema de salud. También consideraron que relacionarse en otros sectores significaba una oportunidad de conocer otra realidad y que el conocimiento facilitaría la comprensión del espacio del *otro*.

Al momento de considerar *desventajas*, repararon en las inseguridades que les produce trabajar ante el desconocimiento de ciertas prácticas, sobre todo las relacionadas a grupos etéreos diferentes a aquellos con los que habitualmente trabajan y para cuya atención han sido capacitados.

dificultades que hay en relación acá por ejemplo en enfermería, porque a vos te gusta que sé yo, todo lo de crítico, y el año que viene te toca rotar a neo, a mi no me gusta neo, porque no sé trabajar y nunca trabajé con nenes; esta es otra dificultad de este modelo de hospital (Grupo asistencial enfermería).

⁴⁷ Para revisar el concepto ver en marco teórico, p.54

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Si bien enfermería entiende que esta decisión forma parte de una política institucional, y que además la atención de enfermería general se encuentra dentro del concepto de cuidados progresivos de pacientes⁴⁸, consideran que una de las condiciones de las rotaciones debería ser la de establecerse en lugares con similitud de grupos etéreos.

a no ser que sea una pasantía en un “sector afín es un sector donde vos tenés relación directa con el otro sector, por ejemplo el ocho con el doce, el ocho con el diez con el tema de pediatría, pero el resto no, a mi el ocho con neo no porque nosotros no vamos a atender nunca a pacientes de neonatología. (Grupo asistencial enfermería).

Esto nos remite a la idea de que trabajar en un lugar cómodo, promueve mayores posibilidades de estímulo laboral y desarrollo de habilidades profesionales, disminuyendo a su vez, respuestas alienantes.

Campos, al defender la importancia de la “condición de ser sujeto de la gestión de personal”, alerta sobre las condiciones que llevan a situaciones alienantes. En aquellas organizaciones con clara diferenciación de tareas y con sujetos que no se sienten partícipes de proyectos terapéuticos, el personal de salud perderá contacto con su capacidad creativa, perdiendo su razón de ser dentro de la institución, y no se responsabilizará por la finalidad de sus intervenciones, como es el hecho de recuperar los pacientes a la comunidad. (Campos, 2001).

Los trabajadores además sostienen la importancia de que una vez que se establezcan y logren conocer los diferentes sectores, deberían tener la oportunidad de elegir uno, de manera de establecerse en un ambiente cálido de trabajo donde puedan aportar sus capacidades.

por ahí las personas tendrían que decir ¿Qué querés?, porque yo pienso que uno tiene que trabajar en un ambiente armonioso, cálido y en donde uno tiene que estar a gusto, y lo mejor sería decir ¿Qué querés? “yo quiero seguir en crítico” pero crítico? “y si, quiero seguir en crítico”. (Grupo asistencial enfermería)

Nos detenemos aquí a repensar en las preguntas que se plantean los enfermeros, la necesidad de la valoración de la opinión y el deseo, desde el espacio de gestión. Es decir, plantearse este sistema como parte del funcionamiento del modelo pero reafirmando la dimensión subjetiva de quienes ponen en práctica el acto cuidador.

⁴⁸ Cabe recordar que al ser el HHH un hospital general, los enfermeros deben estar entrenados para conocer la tarea de atención de niños y adultos, así como también de neonatología.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Al respecto, Campos establece que

“el proceso de producción de salud reinventado cada día, surge cuando las personas consiguen elevarse a la condición de sujetos habilitados a lidiar con la insatisfacción del contexto, para que a partir de estos límites puedan construir algo de lo que se enorgullecen. (Campos, 2001, p.109).”

Dentro del grupo asistencial médico también se observaron opiniones dispares. En este grupo hubo diferencias de opinión según se trate de especialidades *quirúrgicas* o *clínicas*. Las especialidades quirúrgicas observaron el sistema con una connotación negativa, como algo que no debiera suceder. Esto se relaciona al reconocimiento de la importancia de tener enfermería altamente calificada para trabajar por especialidad. Fundamentan esta aseveración en que el establecerse en un lugar específico profundizaría los conocimientos de la especialidad donde se trabaja.

Siguiendo este pensamiento podemos observar que en esta situación se perdería el concepto de enfermero general para determinados cuidados y se estaría bregando por sostener la medicalización de la enfermería, volviendo al modelo médico hegemónico, olvidando el especial desarrollo que ha tenido la enfermería en preponderar la visión humanista tanto como la técnico-científica. (Vicente, 2004).

Por otra parte los quirúrgicos coinciden con los enfermeros en el punto de la capacitación. Campos habla de la necesidad de una fuerte formación para no caer en argumento de autoridad que según él esto abona al modelo médico hegemónico. (Campos, 2001).

En cuanto a las opiniones de los *médicos clínicos*, algunos profesionales coincidieron en que la rotación sería una desventaja en el caso que se pretendan aumentar los conocimientos sobre determinadas áreas, ya que el sistema de rotación no les permitiría profundizar ese conocimiento. A diferencia de los especialistas quirúrgicos, estos conocimientos son pensados desde la perspectiva *de los cuidados*, ejemplo cuidados críticos.

Mencionan la necesidad de especializarse en determinadas áreas críticas o con cuidados más complejos, mientras que otros expresaron cierta preocupación, al opinar que sus colegas enfermeros si se establecen en un lugar fijo, podrían sufrir un desgaste o desinterés propio de quien no está conforme con el lugar que ocupa.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

por otro lado enfermería a veces rota de sectores y a veces no, tiene sus cosas buenas y sus cosas malas por eso si están entrenados como enfermero específicamente en un sector y eso es bueno, pero por otro lado en un sector se agota rápidamente que es éste de los cuidados dependientes y empieza a no tener ganas de hacer esto... a nosotros mismos como médicos, porque te cansa ver tanto paciente dependiente.(Grupo asistencial médico).

Es interesante destacar la alarma que los trabajadores ponen sobre su propio desgaste o el de sus colegas enfermeros cuando trabajan con pacientes dependientes. Onocko rescata que el desgaste de un trabajador de la salud no es el mismo que el de aquel que trabaja en una fábrica. El cansancio de los trabajadores responde en el primer caso a “la necesidad de reponerse de su permanente exposición al sufrimiento y a la muerte”. (Onocko, 2004). Vinculamos esto con que la rotación respecto de los cuidados podría favorecer el hecho de no *permanecer* en el cansancio y así poder reponerse de ciertos sufrimientos. Sin embargo, esto no debería quedar oculto, allí es donde los dispositivos propuestos por Onocko (2004) permitirían compartir el dolor y mitigar el sufrimiento.

Merecen destacarse los dichos de algunos médicos clínicos respecto de su propia rotación. Reflexionando respecto de este tema los médicos clínicos se referían a que conocer la realidad del otro, permite revalorizar la propia práctica y la del sector por donde se rota.

A nosotros los médicos también nos pasa. Al principio cuando entramos al hospital rotábamos cada seis meses, tiene su pro y su contra. Como estas acostumbrada a tu sector...te manejas bien y por el otro, decís:- yo quiero ir...- claro vos ves al otro y te parece que trabaja menos. (Grupo asistencial médico).

Al contrario de la opinión de los grupos asistenciales, donde se encontraron opiniones contradictorias, el *grupo de gestión* consideró que las rotaciones demostraron ser útiles en momentos de racionalizar el recurso. El hecho de tener enfermeros con los conocimientos técnicos de todos los sectores involucrados, facilita según su visión que en momentos de alto ausentismo en algún sector, se puede efectuar reemplazos por personal de otro sector. La rotación es entendida como modalidad de redistribución de personal.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Sin embargo este hospital tiene un modelo de redistribución de gente que, supónete que vos vas a un sector y hoy en el otro sector falta un enfermero y yo tengo un enfermero demás yo puedo decir puedes hoy ir a cubrir el sector 10 y va a cubrir otro sector (Grupo de gestores). uno trata de buscar y mandar a la persona que conoce el lugar, cubre otro sector. [...] Después también tenemos pasantías, nosotros por ejemplo hicimos pasantías con cuidados críticos, la gente del sector fue a cuidados críticos y de cuidados críticos fueron a otro sector. Eso nos sirvió para mejorar las relaciones interpersonales [...] Lo mismo con maternidad e infancia también porque aprendieron pediatría, a los agentes que les faltaba especializarse o trabajar con pediátricos para después venir y poder tomar pediatría, eso fue muy bueno (Grupo de gestores).

Podemos sostener que del grupo de gestión surge la necesidad de contar con el apoyo de enfermería en cuanto a cantidad y calidad en todo momento. Para que esto sea posible, la rotación es un medio para lograrlo. Nos referimos a calidad, ya que también se encuentran incluidas las pasantías que tienen el objetivo de aumentar los conocimientos de todas las áreas de internación. Campos pone el énfasis en la importancia de no reducir los trabajadores a “recursos humanos”, sino que la realización personal de los mismos deberá formar parte del fin de una institución, tal como lo es la producción de salud, que él denomina como producción de “valor de uso”. (Campos, 2000).

En este sentido, la realización de las rotaciones por diferentes sectores debería formar parte de un trabajo conjunto entre el trabajador y el equipo de gestión, para que pudiera ser parte de la realización personal y profesional de quienes rotan.

Este conocimiento quizá debiera plantearse en términos no de disciplinas sino de cuidados, que son la base del modelo de cuidados progresivos de pacientes. Al igual que los médicos. En este sentido esta tensión entre cuidados y disciplinas, tendería a la superación al enfocarse hacia un trabajo conjunto para reforzar los cuidados de pacientes y centrarse en el usuario.

Sabemos que la pertenencia a un sector determinado tiene relación con la seguridad que le produce el *saber* específico, en *asentarse* en ese territorio para poder proyectar y proyectarse, lo cual le produce enriquecimiento personal al adecuarse a su ámbito de trabajo.

Asimismo esta pertenencia debería reformularse y no quedar “ligada” a un espacio físico. Se la puede pensar como expresa Merhy, “en la construcción cotidiana de vínculos y compromisos estrechos entre los trabajadores y los usuarios produciendo intervenciones tecnológicas, conforme a sus necesidades individuales y colectivas.” (Merhy, 2006, p.68).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Al repensar las tecnologías que cada sector de cuidados merece tener de acuerdo a la diferente complejidad que requieren los usuarios, no sólo como requerimiento de las tecnologías duras, es decir las correspondientes a los diferentes equipamientos, rutinas organizacionales o normas, sino que también nos referimos a las tecnologías leves, aquellas que se presentan en las relaciones, la producción de la comunicación, de los vínculos y de las autonomías y las leves-duras como procesos estructurados en el proceso de salud. (Merhy, 2006).

6.2.3. Superando las dificultades. El trabajo en Equipo.

El trabajo en equipo en salud, surge como una estrategia para rediseñar los procesos de trabajo y promover la calidad de los servicios, disminuyendo los *quiebres* que se generan en el trabajo cotidiano. Son numerosos los autores (Testa, 2006; Campos 2001; Merhy 2006; García Cardoso & Hennington, 2011) que le otorgan importancia a los equipos multidisciplinarios, justificándolos desde diversos enfoques.

De acuerdo con el nivel de competencia específico de cada trabajador, es preciso que se pueda conformar un saber que dé cuenta de las complejidades de los problemas de salud. (García Cardoso & Hennington, 2011). Este saber debería desenvolverse en la asistencia, en la práctica del momento de encuentro de los profesionales de la salud con los usuarios.

Al momento de responder respecto de cómo se sorteaban las dificultades cotidianas, o si se conformaban reuniones de trabajo, todos los trabajadores coincidieron en expresar que siempre había una *instancia de diálogo*, el espacio de las relaciones informales y que la característica del hospital era que generaba encuentros permanentes entre todos los trabajadores, ya que el mismo carece de *servicios* lo que provee de un dinamismo diferente, no tan rígido.

Pero me parece que el modelo en sí y la diferencia con el modelo [...] que se utiliza en otros lados, es que acá existen las relaciones interpersonales, entonces yo puedo jugar con esto de hablar con el otro enfermero, si, el del ocho, hablar con el médico y también jugamos, que si éste médico no me escuchó, hablo con el otro (Grupo asistencial enfermería).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Según (Ferraz C, Ribas Gomes E & Martins Mishima S, 2004), para lograr sus objetivos, los trabajadores en su labor cotidiana operan permanentes procesos de negociación. Estos espacios informales, que tratan de resolver algunas dificultades cotidianas serán beneficiosos siempre que se den ciertas condiciones entre las personas, estableciendo códigos comunicacionales, para construir una cultura de conversaciones de alta calidad, *donde decir sea sinónimo de hacer* (Spinelli, 2012, p. 121). O como en los dichos de un médico asistencial, *“este es un sistema muy exigente en comunicación de calidad, porque comunicarse no es hablar de bueyes y de impresiones vagas, sino es ser concretos”*.

Respecto de si existen dificultades entre el personal al momento de intercambio de opiniones en la atención de los pacientes, algunos profesionales de la medicina consideraban este encuentro como algo *deseable* o a tener en cuenta, mientras que asistenciales de enfermería expresaban que muchos de los médicos “los escuchaban” y eso les producía satisfacción.

Suponete, es deseable que los médicos durante la mañana, además de leer el parte de enfermería pudieran dialogar con el enfermero [...] y escuchar la opinión [...] Esta es una dificultad, porque no se dialoga mucho en todos los sectores. No es fácil dialogar con el enfermero y preguntarle “¿Qué te parece, cómo lo viste ayer, cómo lo ves hoy? Esa opinión es válida. (Trabajador asistencial médico).

hay una gran cantidad de médicos que generalmente nos preguntan “¿cómo está este paciente, cómo lo viste vos, está para estar acá o lo vamos pasando? y el que nos haga partícipe de esta decisión a nosotros nos enriquece como enfermero, o sea que ese es un beneficio de los cuidados progresivos (Grupo asistencial enfermería).

En este sentido es importante reflexionar respecto de la visión conjunta que ambos grupos profesionales tienen de sí mismos y de la de los demás hacia ellos. Ambos puntos divergentes, es decir, la opinión médica respecto de *qué importante sería....que el enfermero opine*, y aquella de la gratificación del enfermero cuando el *médico le consulta*, nos hace cuestionarnos acerca de esta *consideración*.

Campos privilegia el reconocimiento del resultado del trabajo, poniendo énfasis en que esta sería la condición necesaria para pensar en la realización profesional y existencial de los profesionales de la salud, siempre que el proyecto de trabajo reconocido, no sea un

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

proceso fragmentado, sino como construcción de un proyecto terapéutico entre los trabajadores. (Campos, 2001, p.107).

Esta necesidad de ser reconocidos, se relacionaría a nuestro entender, con relaciones de franca asimetría, propia de las históricas relaciones entre médicos y enfermeros que permanecen en este modelo. Aquí en el HHH este espacio de encuentro de saberes, por momentos no se da, volcándose hacia un espacio de sumisión histórica entre ambas profesiones, en detrimento de enfermería.

Al respecto, Vicente, afirma que aún hoy en día luego de que la enfermería se ha profesionalizado, se sigue considerando a la misma como subordinadas y no como colaboradoras, desconociendo la dimensión de su rol.(Vicente, 2007). Esta situación de asimetría, se alejaría del concepto de modelo matricial de compartir saberes.

O en el dicho del trabajador,

probablemente los médicos por desconocimiento y creernos en la cima del Monte Olimpo y el servicio de enfermería por sentirse [...] como que está en inferioridad de condiciones, entonces el día que manejemos el mismo criterio y nos demos cuenta que ninguno está arriba ,ni el otro está abajo que todos estamos en el mismo lugar, yo creo que va a ser bárbaro, va a ser espectacular. (Asistencial médico).

donde evalúa que los espacios de encuentro de los saberes están íntimamente relacionados y que las relaciones de asimetría , socavan el trabajo cotidiano y para nada benefician al paciente.

En cuanto a la presencia de espacios concretos de intercambio de saberes y el deseo de conformar equipos de trabajo multidisciplinarios todas las voces reflexionaron acerca de la importancia y la necesidad de los mismos.

Dentro del grupo de asistenciales médicos, los profesionales reconocieron no tener espacios de discusión conjunta entre varias disciplinas, si bien algunas voces se expresaron a favor de ateneos entre especialidades médicas para conversar algún caso en particular.

Respecto de los ateneos médicos, García Cardoso & Hennington, refieren que existe un modelo tradicional del modelo biomédico, de reunirse para discutir los casos a partir de una visión médica, sin tener en cuenta que las demandas y las necesidades de los usuarios exigen un tipo de reunión en equipo y de intervenciones que deben traspasar este modelo. (García Cardoso & Hennington, 2011).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Por su parte los gestores mencionaron que en este momento no hay reuniones de equipo programadas que en otro momento de la historia institucional si las tuvieron, pero consideraron que sería importante tener esas reuniones sistemáticas y no ante problemas.

Las reuniones eran consideradas tan relevantes que les atribuían la potencialidad de que los problemas a enfrentar fueran de menor envergadura o no aparecieran. Por último respecto a este tema mencionaron que les costaba reunirse.

Spinelli nos insta a destinar tiempo para dialogar sobre el trabajo, a manera de “inversión”, reflexionando no solamente sobre las prácticas sino también sobre las “dimensiones simbólicas” como las conversaciones, o las representaciones que hacen a la constitución de los equipos de trabajo. (Spinelli, 2012, p.122).

Para contraponer la mirada fragmentada que sucede al pasar los pacientes de un sector a otro, algunos trabajadores coincidieron en la formación de equipos multidisciplinarios,

En la comunicación adecuada de los cambios de sector, porque creo que el problema principal es la comunicación, la elaboración de equipos de trabajo, en cuidados intermedios, cuidados mínimos me parece que son dificultades pero que se pueden trabajar, es decir dificultades para armar equipos conformados por médicos y enfermeros. Equipos concretos con médicos y enfermeros donde haya transdisciplinariedad e interdisciplinariedad. (Gestor)

A través de los dichos podemos señalar que la fragmentación es un obstáculo a la integralidad, por lo cual deberá ser superada a través del análisis en varios niveles de discusión y de las prácticas en el área de salud. Estas discusiones deberán centrarse, como lo expresaron tanto voces de gestores como del grupo médico, en una reflexión conjunta y de reevaluación en servicio respecto de los cuidados progresivos de manera de aceptar estas fragmentaciones, encontrando un espacio en común.

La mirada diferente que cada uno aporta al otro un conocimiento, me parece que eso es muy enriquecedor, pero eso hay que sostenerlo a través de ateneos interdisciplinarios que discutan el cuidado progresivo, más allá de la patología, como que esa cultura no se instaló en el hospital, si bien hay ateneos, pero en realidad no se discute el modelo de cuidado progresivo en ese ateneo, se discute la conducta médica, (Gestor).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Coincidimos con los trabajadores respecto de la importancia de esos espacios ya que aisladamente es imposible responder a todas las demandas que implican las necesidades de salud dada su complejidad.

Estos espacios nos remiten a Schraiber et al. (Apud García Cardoso & Hennington, 2011), quienes expresan que los equipos representan no sólo relaciones de trabajo, sino relaciones de saberes, de poderes y fundamentalmente relaciones interpersonales.

Estas relaciones utilizarán por lo tanto diferentes lógicas propias de cada saber particular en cada toma de decisión de las prestaciones a realizar, de forma compartida y negociada. Estas intervenciones que se realizan en los trabajos en equipo fomentan cambios de prácticas de salud.

Onocko, expresa que “la discusión sobre la tarea primaria u objetivos en estos espacios se centra en la discusión del campo común de trabajo del equipo, lo que todos deben tener como compromiso grupal, la producción de salud o de clínica ampliada de manera general.” (Onocko, 2007).

Sin embargo, es importante destacar que las reuniones de trabajadores de la salud, en un lugar determinado, y en un momento dado, no necesariamente constituyen trabajo en equipo. Muchas veces, los equipos se concretan en las prácticas cotidianas, basado en los encuentros de diferentes sujetos con diferentes formaciones y experiencias aproximándose a una “perspectiva transdisciplinar para la construcción de un nuevo saber”. (García Cardoso & Hennington, 2011).

Algunos profesionales tanto del grupo asistencial médico como del grupo de los gestores, expresaron la importancia de dedicar una mirada conjunta entre dos o tres especialidades, a través del “equipo médico de cabecera”, conformado por un profesional de clínica médica y un especialista relacionado con la patología que motive la internación del paciente.

La composición de equipos en la institución no corresponde necesariamente a la configuración de un trabajo en equipo. Se pudo hacer una diferencia entre lo que se considera un intercambio de opiniones y la formación de un equipo de trabajo.

En el espacio del equipo médico de cabecera se puede observar que aún se tiene un recorte biologicista, expresado dentro de la racionalidad biomédica o modelo médico

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

hegemónico, minimizando aspectos sociales, culturales, psicológicos y comportamentales. (Caprara & Franco, 1999 apud García Cardoso & Hennington, 2011). Esta mirada, fue observada como una desventaja desde el punto de vista del grupo de enfermería, expresando que la misma dificulta la tarea cotidiana, el hecho de no contar con una mirada ampliada, donde la mirada del usuario está puesta en la dimensión subjetiva, no sólo de él sino también de los familiares o acompañantes.

Esta limitación de la mirada de los componentes sociales, culturales y subjetivos que acompañan los procesos de enfermedad, se encuentra relacionada según se observa en la literatura, en los modelos centrados en saberes biomédicos. Nosotros agregamos, propio de la *formación* de la mayoría de las facultades de medicina.

Según expresan autores como (Lima & Almeida, 1999; Peduzzi, 1998, apud García Cardoso & Hennington, 2011), las demás áreas agregan sus trabajos alrededor de esa racionalidad y son comandados por ella de forma periférica al trabajo médico, considerado nuclear. Peduzzi denomina a esta relación, “complementariedad periférica instrumental”, en donde el trabajador es tratado como un objeto instrumental de otro, perdiendo a su vez la perspectiva de sujeto y tratado como un recurso de trabajo alejado. (Peduzzi, 2007, apud García Cardoso & Hennington, 2011).

En cambio, el trabajo en equipo, exige el entendimiento de las atribuciones y de las prácticas de todos los profesionales que se encuentren comprometidos en la atención del usuario. Este intercambio de saberes será propicio siempre que se legitime al otro profesional, no sólo reconociendo su práctica sino también sus subjetividades.

Igualmente Campos (2001), hace hincapié en las responsabilidades individuales de los profesionales en cada situación particular, donde deberá quedar claro quién es el encargado de la administración del caso dentro de cada equipo, que en el HHH, estaba estipulado sería a través del *equipo médico de cabecera*.

En los dichos de algunos trabajadores de la gestión, se le dio especial énfasis a la necesidad de valorar el impacto de las relaciones interpersonales, en contraposición a lo que sucede, donde el acento está puesto en las tecnologías duras

a mi me gustaría evaluar en cuánto impactan las competencias, la relación interpersonal, el trabajo en equipo y el compromiso como disparador de la mejor complejidad, [...] vos podés tener toda la tecnología pero si no tenés una muy buena interdisciplinariedad, son disciplinas estancas y aisladas que no mejoran la calidad de la atención. [...] porque si vos tenés un enfermo grave, por más que

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

tengas la mejor tomografía, la mejor resonancia, el mejor cirujano, el mejor clínico, (Gestor).

Al respecto Merhy plantea que el trabajo en salud produce determinados actos, el de la dimensión cuidadora y aquella centrada en los saberes disciplinares. Ambos actos producirán, dependiendo cuál predomine, determinados proyectos terapéuticos que expresan diferentes modalidades del cuidado en salud. (Merhy, 2006, p.70). Es en este sentido de las relaciones entre ambos actos, que el trabajador se pregunta sobre cuánto impacta una tecnología sobre otra.

La respuesta sería, entendiendo las reflexiones de Merhy, lograr un punto de encuentro, de equilibrio, entre ambos polos.

Para el autor,

“deberán buscar la combinación óptima entre la eficiencia de las acciones y la producción de resultados centrados en el usuario[...] Sólo para esto hay que conseguir una combinación óptima entre la capacidad de producir procedimientos y la capacidad de producir cuidados.(Merhy, 2006, p.92)

Dentro del grupo de médicos se expresa que la superación de estas dificultades redundará en un beneficio para el paciente, siempre y cuando *se haga bien*, para lo cual se deberá tener en cuenta la necesidad de responder a la mirada crítica del *otro*, en el momento de la legitimación.

No es fácil para el que viene de una residencia así, estructurada. Pero a mí me parece un buen sistema en ese aspecto, que nos permite interactuar bien, y que si uno lo hace bien, el paciente no lo va a pasar mal al contrario [...] pero tenemos que jugar en equipo.(Grupo asistencial médico).

Siguiendo estos conceptos, Campos estimula la formación de compromiso y la creación de contratos, que posteriormente contribuiría a la gratificación de los sujetos que trabajan en las instituciones.

Campos desarrolla esta noción de contratos, explicitando que siempre hay un encuentro (o desencuentro), entre los deseos e intereses de los miembros de una institución, y los valores de uso producidos. “Una institución es el resultado de la formación de

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

compromiso o de la gestión de contratos entre los miembros de un colectivo, y de estos con segmentos de la sociedad” (Campos, 2001, p.195).

Para Campos (2000) las instituciones de salud existen con un doble objetivo, producir valor de uso y realización personal de los trabajadores. “Esta teoría de la doble finalidad permite que trabajemos con énfasis en los fines sin acabar con los sujetos que allí trabajan” (Onocko, 2004, p112). En el caso del HHH esto es visualizado cuando los actores expresan los beneficios que presenta ampliar sus saberes y sus prácticas en esta mirada centrada en el paciente.

Es necesario ante esto, también “dar cuenta” de las acciones llevadas a cabo a través de un sistema de rendición y petición de cuentas, pero como expresa Spinelli, “no en un sentido taylorista, vertical, de arriba hacia abajo”, sino donde independientemente de las posiciones o jerarquías las diferentes producciones en salud sean discutidas por los mismos equipos en reuniones de trabajo. (Spinelli, 2012).

Una oportunidad para llevar adelante la conformación de equipos de trabajo, es la de generar espacios a través del modelo de gestión matricial que la institución posee. Sin embargo, probablemente a causa de las tensiones permanentes de volver a los esquemas de gestión tradicional, piramidales, no quede muy claro según los dichos de los trabajadores del hospital, como se articularía en la práctica dicha gestión matricial.

Este modelo, será desarrollado en el próximo apartado para desarrollar las oportunidades o amenazas que el mismo genera.

6.2.4. Modelo de gestión matricial. ¿Autonomía responsable o dilución del poder?

En algunas instituciones que cuentan con modalidad por cuidados progresivos, el modelo de gestión matricial donde la distribución de poder se da de forma más homogénea, ha demostrado ser el adecuado para la organización de la misma. (Tobar, 1999).

Hubo discrepancias en las respuestas tanto de gestores como de los grupos asistenciales - médicos como enfermeros-, en cuanto a la manera de organizarse en la labor cotidiana, dado que las organizaciones son estructuras de poder, las discusiones giraron alrededor de este concepto.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Dentro de las entrevistas a los gestores se pudieron advertir diferentes expresiones. En la entrevista grupal, el modelo es entendido como algo “dado”, sin cuestionamientos acerca del mismo y como espacio de comunicación.

El modelo en sí se basa una organización más horizontal, tiene una organización matricial que hace que tenga que haber más comunicación, si esa comunicación no existe todo llega a un punto más alto y es más difícil solucionar. El problema se tiene que solucionar en el primer nivel. (Grupo de gestión).

Según este relato, los gestores opinan que dentro de una organización matricial la comunicación es fundamental y la falta de comprensión del modelo por parte de los grupos operativos, llevaría a los mismos a depender de los gestores intermedios o altos para la resolución de ciertas dificultades que surjan, aunque no podemos inferir que al momento de hablar de matriz se esté hablando de la manera horizontal de encarar proyectos terapéuticos, pero sí de problemas o dificultades cuya forma de resolverse es horizontal. Es decir que aquí se observa la falta de entendimiento de poder-hacer en situaciones horizontales, quizá por la falta de comunicación para el entendimiento del mismo, desde los niveles más altos de conducción.

Como bien expresan los gestores, coincidimos en la importancia de la comunicación intensiva como la base de una organización matricial. En este sentido, la organización debe volverse “un gran sistema de procesamiento de información.” (Morgan, 1999 p.123). La comunicación y la acción son herramientas para la gestión dice Costa, (1999), y nosotros agregamos, que se puede dar en todos los niveles, tanto horizontales como verticales.

Esta resolución en un primer nivel operativo como refiere el gestor, nos remite a pensar en organizaciones descentralizadas, como un elemento clave en organizaciones complejas, a fin de aumentar la flexibilidad organizacional. Si los protagonistas de los equipos operativos se estructuran en unidades con autonomía y responsabilidad, el poder es atraído hacia abajo, generando según lo observa Morgan, (1999) capacidad de decisión y de acción.

obliga a conocer esta capacidad que yo tengo de hablar a nivel horizontal, a veces las jefaturas intermedias esperan que las decisiones sean tomadas por la jefatura superior y desconocen que la pueden tomar ellos, el desconocimiento de cómo funciona, el esperar una respuesta diferente hace que tengamos que gastar tiempo en explicar y luego repetir. (Grupo de gestión).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Podemos inferir que este tiempo dedicado a explicar y repetir según refieren los gestores, es un espacio que siempre debe darse, aunque la confusión que esta estructura de gestión produce, tornaría burocrática una organización que estaría preparada para poder lidiar con los dilemas y los problemas diarios en un espacio más democrático.

Las organizaciones burocráticas pretenden tener una distribución de tareas lo más clara y precisa posible, eliminando de esta manera las capacidades de auto-organización. (Morgan, 1999).

En el HHH, se propone una homogeneización de poder al estar preparada la organización con un organigrama funcional de equipos conjuntos entre médicos y enfermeros centrado en la atención del paciente y en la resolución del área de internación.

tiene que ser en conjunto, pero no se tienen que tomar las atribuciones de quién decide enfermería y qué decide el médico, porque hay que tener en cuenta que se trabaja sobre una persona y esto [...] se hace pensando en el paciente, no se hace pensando en darle una mayor carga al enfermero o que el médico tenga una mayor o menor presencia en el lugar (Gestor).

Los controles de nivel gerencial son igualmente necesarios a fin de garantizar la cohesión del colectivo y asegurar los valores, como veremos en el apartado de cultura organizacional a fin de reforzar el valor que persiguen los trabajadores comprometidos con la internación, que es de accesibilidad de los usuarios a la misma. Sobre este valor, “habrá un rigor absoluto, para que pueda permitirse la flexibilidad en todo lo restante”. (Morgan, 1999 p.120).

En algunas entrevistas individuales a gestores, encontramos una falta de entendimiento respecto de cómo trabajar desde el modelo matricial. El mismo gestor considera que se requiere de esfuerzo para ponerlo en marcha en la práctica, y estima que se podría sostener si se realizaran mejoras en los procesos del modelo. Esta situación implicaría una limitación del rol del gestor de difundir el modelo y reforzarlo entre los grupos operativos de trabajo.

En otras entrevistas individuales, un gestor opina respecto de la *responsabilidad compartida* que implica la matriz.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

[...] lo matricial es esto, en sectores de reunión en conjunto, donde debe participar enfermería, no en discusión médica, pero si en discusión sobre organización y pacientes, es el modelo matricial, y se deben comunicar entre especialidades médicas y entre enfermería, asistente social. Nadie puede permanecer ajeno, nadie debe apropiarse de una parte, el responsable es del que lo internó,[...] que no se diluya la responsabilidad, se tiene que compartir, en pos del paciente. (Gestor).

La responsabilidad compartida a modo de arreglos institucionales para producir salud en beneficio del paciente haría común estos acuerdos. Autonomía y responsabilidad, dice Campos, la autonomía que hace posible que los trabajadores se interesen y se involucren en una tarea determinada. (Campos, 2001).

En las voces de los enfermeros, la gestión matricial es vista como dificultosa y a la vez confusa.

hay una gran dificultad que no la hemos nombrado, que este hospital tiene una relación directa, al ser de cuidados progresivos, tiene una estructura de orden matricial, entonces tiene a la vez dos jefes: un jefe ejecutivo y un jefe funcional, digamos, y el problema es que muchas veces nos confundimos cuál es el jefe. (Grupo asistencial enfermería).

Una de las situaciones de confusión que se esgrimen, son de tipo administrativo, al momento de solicitar permisos de licencias, o también respecto del sistema de rotaciones. Morgan nos recuerda que todas las organizaciones incluso las tradicionales presentan funciones superpuestas y duplicaciones, las cuales siempre deberán evaluarse como ventajosas, ya que los intentos por eliminar dichas superposiciones terminarán centralizando y burocratizando los procesos. (Morgan 1999).

En las consideraciones de los médicos se agrega un punto interesante relacionado al factor *poder* dentro de las instituciones, aquí visto como un punto débil dentro del grupo operativo de médicos que favorecería el otorgarle mayor poder a la alta conducción, y también a enfermería.

donde no hay jefaturas de servicios fuertes [...] hace que esté muy en riesgo el poder, entonces no hay grandes caciques ni grandes chacras como hay en otros lugares de la tradición más clásica y yo creo que a la dirección también lo favorece. Les permite bajar línea de una forma distinta [...] (Grupo asistencial médico).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Sobre el relato haremos dos consideraciones. Por un lado, la visión desde el grupo asistencial hacia el espacio de conducción como una organización piramidal, con líneas jerárquicas de *arriba hacia abajo*, que *baja línea*, que controla con mayor poder y por otro lado, una visión desde dentro del mismo grupo de *poder centrado en enfermería* que tendería a diluir el poder médico.

Cecilio, en sus aporte sobre el concepto de poder en hospitales, presenta una hipótesis respecto de la visión de los trabajadores hacia modelos de gestión más participativos, expresando que paradójicamente estos modelos son vistos como controladores, aclarando que esta sería una de las causas de las dificultades de la implementación. (Cecilio, 1999).

Basado en las contribuciones de Foucault, explicita que para que alguien adquiera poder, otro tiene que perder poder, en el sentido de entender al poder como productor y organizador de tensiones, en relación al poder-saber y en la manera en cómo este saber circula y funciona y cómo se relacionan los diferentes trabajadores entre sí.

Uno de los gestores entrevistados también opinó que los enfermeros habían adquirido poder por sobre el modelo médico hegemónico, *cuando el enfermero vio que era figura importante, tomó poder, y comenzaron los problemas con enfermería y la hegemonía médica*. (Gestor).

El gestor explicita claramente las tensiones entre ambos poderes, observado en la práctica cotidiana. Este aumento de poder por parte de enfermería nos remite nuevamente a Cecilio, quien observa que en los espacios colegiados, los enfermeros hegemonizan los espacios “como un nuevo espacio de poder, conservando rigurosamente la línea de mando en relación al cuerpo de enfermería al tiempo que se mantiene rígida la división de las tareas.” (Cecilio, 1999, p.325). Todas las relaciones en las instituciones son relaciones de poder, y no obedecen a patrones únicos sino múltiples, “las partes en una relación de poder están ligadas entre sí por la dependencia mutua”. (Cecilio, 1999, p. 318).

Mintzberg propone pensar en las organizaciones como burocracias profesionales, donde en esquemas más tradicionales de gestión, los médicos gozan de un alto grado de autonomía. Los enfermeros en cambio tienen una cuestión de autoridad marcada dentro del propio plantel de enfermería pero en cambio más desdibujada cuando se relaciona con médicos o con la conducción del hospital. (Mintzberg, 2001).

Este tipo de organización en el área de internación se da de manera más solapada, ya que existe una fuerte tensión en las tomas de decisión (*o relaciones de poder*) en la dinámica

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

cotidiana. El punto clave a tener en cuenta es que el hecho de tener un modelo matricial, no *salva* a la organización de la burocracia. (Morgan, 1999). Los sectores diferentes de internación podrían convertirse en chacras de poder, al cerrarse las posibilidades de comunicación responsable.

Los modelos de gestión que preconizan la sustitución de líneas verticales, e incorporan líneas de gestión horizontales no siempre se modificarán con un cambio de dibujo en el organigrama, se podrían subestimar de esta manera los circuitos de poder y de control de la institución. Además nunca se dan los planos puros, siempre se requiere un momento vertical para delegar cierta responsabilidad colectiva de trabajo horizontal.

Es por ello que siempre se discute la polaridad entre ambos organigramas, Guattari, (apud Spinelli 2012; Campos 2001, p.105) hace un aporte en esta línea considerando que las organizaciones no siempre se manejan en estas polaridades, demostrando que siempre se deberán construir líneas de transversabilidad, para descubrir múltiples grados de autonomía y responsabilidad de los diferentes trabajadores.

El modelo de gestión matricial favorece el trabajo por proyectos y a la vez se favorece la mirada integral del usuario. Pero aún así, nunca está libre de amenazas, o como en los dichos de un gestor:

estos son modelos muy fácil de romper porque ninguna de las personas que estamos trabajando nacimos con un modelo así, siempre nos han dicho que el director allá arriba y el médico acá abajo y los jefes están en el medio, siempre ha sido así, [...], hoy en día se está dando mucho los estructuras matriciales pero esos son modelos nuevos más innovadores y justamente las estructuras sanitarias no son las que se caracterizan por innovar demasiado en estas cosas.(Gestor).

Por último, entendemos que si bien los CP no son la única opción de mantener una mirada compleja sobre el usuario logrando una autonomía responsable entre los trabajadores, podríamos llegar a inferir que por la distribución del poder, para nada libre de tensiones, y la generación de espacios de reunión que favorecerían los encuentros entre diferentes disciplinas, se podría tener una mejor oportunidad para lograr acuerdos en pos del beneficio de producir salud, a través del compromiso grupal. Esta una tarea que requiere, según Onocko, de manejo y soporte por parte de las personas que se ocupan de la planificación. (2004). Con lo cual todos los grupos nucleados en los CP, deberán ser igualmente responsables para beneficiar el modelo.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

6.2.5. Diferencia con el modelo tradicional. Cuando los feudos pierden territorio.

Todos los trabajadores coinciden en que existen varias diferencias con los modelos tradicionales de internación, esto también aplica para la bibliografía respecto de los cuidados progresivos de pacientes, donde se encontraron diferencias sustanciales, observadas como ventajas y desventajas.

Una de las diferencias encontradas es la de la *atención indiferenciada*, agrupada por patología y cuidados en contraposición con los modelos tradicionales de atención por especialidades.

Este tipo de atención exige la capacitación permanente, no sólo de aquellas especialidades clínicas que deberán ampliar su mirada, sino también de enfermería. Al respecto, todos los grupos plantearon el enriquecimiento que les significaba aumentar el saber de sus prácticas.

nos enriquece mucho porque vemos pacientes de otras aéreas que en otros hospitales no lo ves. Aprendés a conocer el manejo, las complicaciones [...] y tener que resolverlas como especialidad de medicina. Creo que al mismo tiempo favorece la mirada integral como clínico sobre la atención del paciente internado. (Grupo de asistenciales médicos).

Este crecimiento profesional también fue valorado por otros hospitales de CP al aumentar las capacitaciones del equipo (Cairolí, 2005; Santa Sofía de Manizales, 1979).

Sin embargo, a diferencia de lo observado en el HHH y en los Hospitales mencionados, la experiencia no ha sido la misma en otros hospitales, según Schejter, al analizar los aspectos de los roles de los especialistas clínicos, observa que sufrieron una pérdida de identidad profesional al tener que evaluar pacientes con patologías que no estaban acostumbrados a atender, replanteándose cuál era su campo de conocimiento y de acción. (Schejter, 2004).

Al contrario de esta situación, Campos opina que la especialización cada vez mayor es lo que sostiene la fragmentación no sólo de los saberes sino también de las prácticas, produciendo una disminución en la eficacia de los resultados en salud, y un aumento creciente de los costos, con procesos de intervención más prolongados que provocan mayores consultas a mayor cantidad de especialistas, con mayores restricciones a los pacientes y no siempre con mejores resultados. (Campos, 2001).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Respecto de la capacitación de enfermería, el grupo de médicos asistenciales opinó que capacitarse según especialidad, con mayor tendencia biologicista, mejoraba las prácticas.

En la tradicional el enfermero está capacitado desde que el paciente ya sabe que patología tiene, lo que le van a hacer, el material que se le puso, no, es una plaqueta o no, es un clavo... [...] la tarea se hace mucho más fácil y más llevadera en la evolución del paciente, en traumatología lo vemos así. Saben curar al paciente cuando el médico no está. Acá no. (Grupo asistencial médico).

Retomando a Campos, sostenemos que mayor capacitación aumenta el enriquecimiento profesional al tiempo que disminuye el error. Quizá la falta de capacitación no corresponda a un obstáculo para los cuidados progresivos. Numerosas experiencias sugieren que protocolizar de manera conjunta ciertas prácticas resultaría en beneficios de los resultados en la producción de salud. Al respecto esta situación también fue valorada por el grupo de trabajo del Htal Elizalde, observaron que cuando el grupo de enfermería no tenía una capacitación adecuada en ciertas prácticas sobre pacientes con patologías quirúrgicas, la tendencia era la de sostener las prácticas en forma tradicional por servicios de especialidades médicas, en lugar de adecuar las normas técnicas de trabajo conjuntas. (Cairoli, 2005).

Esta situación también hablaría de las resistencias a implementar modelos de atención diferentes a los ortodoxos y las pérdidas de los espacios de poder ya analizados.

Consideramos que de la anterior diferencia se desprende la que veremos a continuación, que es la de *compartimentos estancos, feudos o reinados* (Tobar, 1999; Morici, 2004), propios de los sistemas tradicionales, en los que los jefes de servicio sostienen amplios espacios de poder, también referenciados como visión tradicional de servicios clínicos propietarios de la dotación de las camas, que aquí pierde sentido. (Artaza, 2005; Htal Santa Sofía de Manizales, 1979). En el caso del HHH, los jefes de sectores tienen a su cargo varias especialidades, y las camas no corresponden a ninguna especialidad en particular.

En la visión de los trabajadores del HHH, esta situación es vivida diferente según lo exprese un gestor o un trabajador asistencial médico.

Así como el grupo asistencial médico, lo visualiza como un espacio de pérdida de poder, un obstáculo para la toma de decisiones, *“La gente es mucho más fuerte [...], en los*

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

lugares clásicos, el jefe del servicio es el que decide muchas cosas [...]”; los gestores opinan que el hecho de no tener feudos, favorece la flexibilidad y el aprovechamiento de los recursos.

Además de la visión de poder fuerte de los jefes de servicio, también se da una necesidad de espacios físicos a modo de sostener ese *poder*.

Primero no tenemos un espacio para nosotros, no tenemos un espacio traumatológico, no tenemos una habitación de dos por dos, no tenemos. Ya hicimos notas pidiendo eso, no tenemos porque compartimos con cirugía. (Grupo asistencial médico).

Esta necesidad de espacios propios por parte de especialidades sobre todo las quirúrgicas produce una situación de resistencia, que también fue observada en la implementación de Hospitales como el Hospital Belgrano. “El modelo de atención flexneriano tradicional que hace hincapié en la hiperespecialización desarrolla su racionalidad de forma de organizar los servicios [...] en virtud del interés profesional. Esta racionalidad choca o pierde de vista al usuario paciente” (Tobar, 1999, p.103)

Esto también lo observan los médicos asistenciales al derivar pacientes. La comunicación en HCP es mayor que en los tradicionales, incluso al momento de derivar pacientes hacia otros hospitales. Los trabajadores explicitaron que al momento de las derivaciones de pacientes con patología clínico-quirúrgica hacia el hospital de mayor complejidad, muchas veces deben llamar a ambos servicios por separado (clínica médica y cirugía), ya que ellos no se comunican entre sí.

Generado para obligatoriamente tener que compartir reuniones, lograr mayor capacidad de diálogo, y la necesidad de cruzarse sí o sí con el otro profesional, el HHH, presenta también en lo edilicio esos espacios de reuniones adaptados a un hospital con un modelo organizacional diferente, que en otros hospitales cuando producen un cambio de modalidad no lo tienen.

Los gestores opinan que la convivencia en espacios físicos comunes de los especialistas médicos, como cirujanos, clínicos o ginecólogos produce mayor comunicación, tendiente a resolver en forma más dinámica los problemas del paciente, a diferencia de lo que sucede en los servicios tradicionales, donde la separación de los servicios enlentecería la comunicación y por ende la resolución de determinadas situaciones de los usuarios.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

El hecho de compartir espacios genera situaciones de poder también compartido, al romper con los espacios de territorios estancos como lo refirieron los autores anteriormente.

estos modelos ponen en juego [...] mucha comunicación y destruye chacras de poder, si, rompe esquemas tradicionales de poder digamos de gente que siempre lo tuvo, entonces hay que luchar mucho para que un hospital sea una estructura diferente.(Grupo de gestores).

En esta aparente pérdida de poder, los pacientes *ganan* ya que aumenta la accesibilidad al quedar camas disponibles para todos los cuidados. Esto también ha sido valorado en otros trabajos. (Santoni, 2004; Tobar 1999).

Otra de las características que lo diferencian de los sistemas tradicionales, es la *flexibilidad* para internar pacientes en caso de alteración epidemiológica o catástrofes. Los gestores relataron que el modelo en el HHH permite plasticidad a la hora de internar pacientes en situaciones epidemiológicas excepcionales o estacionales, como lo fue la epidemia de Gripe H1N1 en el año 2009, o la epidemia estacional de Virus Sincicial Respiratorio en el año 2012. Refieren que en esos casos, los sectores permiten internar pacientes aunque no correspondan al nivel de cuidados que se brinda.

Entre otras adaptaciones que vivió el hospital, pueden enumerarse aquellas referidas no sólo a epidemias (enterovirus en 2008, epidemia de gripe en 2009⁴⁹), sino también a otras adaptaciones como el alojamiento del área de internación de salud mental del HCR⁵⁰ en el año 2009. “*Flexibilidad es esto que tenemos de adaptarnos a los cambios y rápidamente transformar un cuidado, transformar un sector en otra cosa o en otro cuidado o adaptarnos a un cambio que necesitamos.* (Gestor).

Otros hospitales que tiene el mismo sistema de atención coinciden en la flexibilidad, que redundo en un gran beneficio para el paciente al poder adaptar sectores del hospital aunque no sean los que corresponden por cuidados.

“La elasticidad de algunos servicios hace que difícilmente el paciente sea rechazado por falta de una cama hospitalaria”. (Htal Gral. Santa Sofía de Manizales, 1974).

Si bien en situaciones de catástrofes o epidemias, todo el equipo de salud de cualquier institución independientemente de HCP favorece nuevas adaptaciones, el ejemplo más

⁴⁹ Datos aportados por el Director Ejecutivo del HHH., Dr. Osvaldo Neder.

⁵⁰ En el año 2009, se quemó un ala del sector de Salud Mental del HCR. Durante la refacción se trasladó al HHH personal médico, enfermería, apoyo y pacientes de complejidad adecuada al HHH. Datos aportados por Director Ejecutivo del HHH. Dr. Osvaldo Neder.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

concreto ha sido el traslado de un servicio de salud mental de un hospital tradicional. Quizá el hecho de no tener espacios cerrados como en los hospitales con sistemas tradicionales o por el dinamismo que ejerce cierto cambio en el hacer y en el saber del equipo asistencial del modelo de CP, colaboren hacia una mayor flexibilidad. También puede darse por una estructura matricial, que favorecería a este tipo de cambios.

La mayor flexibilidad para reaccionar en forma rápida a las situaciones de crisis e innovación, también se da acompañada por la estructura matricial, (Koffsmon; Santa Sofía de Manizales, 1979). En este sentido podemos relacionar la concordancia entre la bibliografía y los relatos de los trabajadores.

Es necesario salir de jerarquías tradicionales burocráticas y pasar a jerarquías menos nítidas para poder establecer cambios de contingencias con mayor celeridad, como lo demuestran los cambios mencionados en el HHH.

En esta flexibilidad que presenta el hospital para que el paciente ocupe otros espacios aunque *no le corresponda*, se observa que se encuentran menos presentes las características propias de las burocracias mecanicistas atadas a normas.

Tobar (1999), en su tesis sobre el Hospital Belgrano, también se refiere a esa capacidad de flexibilidad: expresando que la adaptación a situaciones de emergencia está relacionada a que el hospital cuenta con sectores, personal y equipamiento adecuado a diferentes complejidades y que en esos casos se habilita otro sector destinado a “pacientes graves no recuperables”.

En caso de catástrofes o desastres que alteran la capacidad natural de respuesta de un efector, resulta mucho más sencillo la adaptación del hospital a la emergencia por contar ya con sectores predeterminados, personal y equipamiento adecuado para atender las distintas complejidades, siendo sólo necesario habilitar un sector para pacientes graves no recuperables. (Tobar, 1999)

Otra de las diferencias con los modelos ortodoxos, que resaltan los trabajadores del hospital ha sido la *optimización de los recursos*, también observada en otros trabajos sobre CP. (Santoni, 2004; Htal. Pedro de Elizalde 2005).

En el caso de los trabajadores asistenciales la optimización de los recursos fue evaluada como una distribución del recurso de enfermería, mientras que los gestores agregan el recurso cama y el tecnológico.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Finalmente, rescatamos una última diferencia en la cual se refuerza *que el paciente es valorado en forma más integral*, reconociendo un equipo médico de cabecera.

En los tres grupos se destaca la práctica frecuente de realizar una mirada conjunta de varios profesionales sobre el problema particular del paciente. Esta mirada conjunta involucra generalmente a profesionales médicos de diferentes especialidades para abordar una patología particular. Como ejemplo, podemos observar clínica más cirugía o clínica más obstetricia o clínica más traumatología.

Para llevar a cabo esta tarea, es necesario tener una cantidad adecuada de recurso humano, en lo que respecta a la cantidad de médicos clínicos. Y también en calidad porque debe ser personal capacitado para este tipo de trabajo, un trabajo en equipo con otras especialidades y en la modalidad de cuidados progresivos.

Es probable que la modalidad de *médico clínico de cabecera*, sea una aproximación concreta a la clínica ampliada y al intercambio, pero se encontraría obstaculizada por la falta de personal en número y con la capacitación adecuada, tal como lo relataron los propios trabajadores médicos asistenciales.

Quizá en la actualidad, este equipo médico de cabecera tuvo que aggiornar su manera de hacer a la cantidad de recurso humano que tiene, disminuyendo el aporte de una mirada colectiva. La escasa cantidad de recurso humano se vive como una dificultad para poder sostener ese modelo, por parte del grupo de clínica médica.

Aún si se pudiera obtener una cantidad de recurso clínico adecuado, se observa que el concepto holístico no está totalmente desarrollado, ya que el paciente es evaluado en su condición física u orgánica, pero también requiere de una evaluación subjetiva y social.

El concepto holístico, (del griego *ὅλος* [*holos*]; *todo, entero, total*) alude a la idea de que todas las propiedades de un sistema no pueden ser determinadas o explicadas por las partes que los componen por sí solas. No se las puede considerar aisladamente y por separado. Es el sistema como un *todo* integrado y global el que determina exactamente cómo se comportan las partes.

Dado que en los servicios de salud se observa una multidimensionalidad de interacciones, y que opera en un alto nivel de complejidad y de incertidumbres, la mirada holística debería estar presente para poder ubicar al sujeto en contexto.

Los pacientes son evaluados por clínico-cirujano: una mirada biologicista ampliada? Así, visto de este modo, impresiona una mirada fragmentada por las múltiples especialidades

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

que integran la atención. “...*todos los pacientes operados tienen una mirada holística*”.... [*en referencia a la mirada conjunta de cirugía con clínica*].

Según los trabajadores cuesta mucho salirse del esquema mental rígido que se impone en las facultades y en las especialidades médicas. “... *tiene que ver con la fragmentación que tenemos desde que estamos en la facultad ¿no? porque la facultad también nos forma así fragmentadamente y bueno así estamos*”. (Grupo asistencial médicos).

Esta limitación académica que presentan las especialidades médicas, también es observada por enfermería. El grupo de enfermeros reconoce una limitación teórica que dificulta en la práctica cotidiana la mirada integral sobre el paciente.

El grupo de entrevistados pertenecientes a la gestión, resaltó que el enfoque en un mismo paciente de especialidades clínicas junto a las quirúrgicas, supone una visión conjunta. Para ellos, ésta visión conjunta es concebida como ya dada. En este caso se habla de una visión integral desde el punto de vista biologicista, es decir, el clínico más el cirujano, pero se conserva el modelo biologicista.

Es una visión en conjunto del paciente, no se ve un sistema “ah un apéndice” se ve al paciente en conjunto. [...] creo que la mirada conjunta del equipo, digamos, de un médico clínico con los interconsultores o un médico cirujano, traumatólogo, enfermero, creo que esta mirada conjunta beneficia al paciente si o si [...] el principal beneficio es que al paciente se lo ve desde un punto de vista más integrado, ese creo que es la principal ventaja del modelo (Grupo de gestores).

Tobar también resalta que, “el paciente es visto como un todo bio, psico, social, reconoce a un equipo médico de cabecera, lo que hace que se sienta más seguro”. (Artaza, 2006). Si bien la bibliografía publicada refuerza la visión del paciente de manera integral, no se puede afirmar que esa mirada traspase la mirada clínico-quirúrgica.

En resumen, todas las diferencias descriptas hasta ahora y que surgen del relato de los trabajadores fueron enumeradas en la bibliografía. En líneas generales quedan expresados argumentos similares aunque se revelan otras miradas que no hemos encontrado en la bibliografía como es el caso de las opiniones respecto de los espacios estancos desde la visión de los trabajadores asistenciales; incluso la valoración del paciente desde el lugar de la integralidad lleva a similares confusiones entre una mirada holística y una *mirada biologicista ampliada*.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

6.2.6. Comprendiendo la cultura organizacional del Hospital Heller. Adeptos versus resistentes.

Cuando se habla de cultura en general, y desde un punto de vista histórico-antropológico se habla de aquello que distingue y le da identidad a un grupo humano. Estas cualidades distintivas a su vez, pasan de una generación a la siguiente. (Tavares, 1996). Desde una perspectiva cultural, las organizaciones también poseen particularidades, algo que las diferencia de otras organizaciones. Esta singularidad propia, son los valores, hábitos y comportamientos que resultan de una experiencia colectiva, compartidos por los miembros de dicha organización. (Motta, 1995).

En el Hospital Dr. Horacio Heller, tanto gestores como profesionales asistenciales, coinciden que una característica distintiva ha sido el *modelo innovador* de los cuidados progresivos de pacientes, donde incluyen al modelo de atención y de gestión, modelos diferentes a los que conocían previo al ingreso al Hospital.

Esta característica, los posiciona según ellos mismos relatan, como *diferentes* respecto de otros hospitales de la provincia.

es sentir que estamos en algo diferente ¿no?, no es por una cuestión de falso orgullo y demás, pero el hecho de estar parado dentro un sistema que tiene ciertas diferencias con el resto, hace de que de pronto tengamos la sensación de ser [...] distintos del resto.
(Trabajador asistencial médico).

Esta diferencia también resultó en ventajas y desventajas al momento de interrelacionarse entre los trabajadores del hospital y el resto de los trabajadores del Sistema de Salud Neuquino, como veremos más adelante.

Aceptar e implementar el modelo para quienes fueron los primeros trabajadores, formó parte de un mismo proceso.

A diferencia de las innovaciones que se dan en algunas empresas en donde los cambios se producen mientras la misma está en funcionamiento, o en otros hospitales que implementan modificación hacia este modelo cuando llevan muchos años de funcionamiento; en el *caso Heller*, el modelo distintivo, estaba impuesto previamente a la inauguración del mismo, relacionado con las reformas de políticas de salud de la época.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

En los dichos de los gestores que trabajaron previo a la apertura del hospital, se observó que la aceptación por parte de los trabajadores tenía relación con un conocimiento teórico que mostraba los beneficios del proyecto.

era un modelo que se venía experimentando con muy buen rendimiento, aparentemente con muy buen funcionamiento en otros hospitales de la Argentina y fuera del país.[...]Del BID Banco Interamericano de Desarrollo que cuando lo financia creo que ahí había una cláusula que tenía que ser por cuidados progresivos (Gestor).

Motta se refiere a que en general, a la innovación le antecede *la idea*, el momento creativo. Aunque según el autor, también puede suceder que ambos procesos sean continuos y concomitantes. Cuando se habla de innovación, se habla de acción, de poner en la práctica una idea, en este caso, los cuidados progresivos. (Motta, 1995). Este conocimiento teórico, rápidamente tuvo que ser implementado en la práctica. Dado que el Hospital fue inaugurado *de cero*, los gestores opinaron que esta circunstancia, había sido una oportunidad para la implementación del mismo.

tiene que ser cuando se cambian las estructura de inicio, este lo cerramos y vamos a pasar a otro lugar, ese tiene que ser el cambio, sino es imposible, es imposible porque a nosotros desde la facultad nos forman ya con una mentalidad tradicional patriarcal (Gestor)

Esta implementación, como veremos y según el relato de gestores, no estuvo desprovista de dificultades. Una de las primeras dificultades que se observaron estuvo relacionada a la capacitación del personal. Según opinión de los gestores, en la implementación, la capacitación para lograr el cambio ocupa un lugar de jerarquía. Refieren que no alcanza con mudarse a un hospital y verse como progresivos, sino que hay que capacitar permanentemente para que el personal lo internalice y lo implemente, con las acciones siempre puestas en centrarse en el paciente y en la accesibilidad a la internación.

Según Motta, las ideas requieren de una construcción colectiva para institucionalizarse, de manera de crear condiciones favorables, poder superar resistencias y transformar la organización. Esta transformación, suele ser ardua y difícil, dado que los cambios amenazan valores, conceptos y formas de actuar. (Motta, 1995).

Tanto gestores como trabajadores asistenciales opinan que para la implementación del modelo fue muy oportuno tener dos situaciones que consideran como posibilitadoras, por un

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

lado, un edificio apropiado, es decir con sectores y no con espacios para servicios como en los hospitales tradicionales; por otro, un recurso humano recién salido de la residencia⁵¹, con personal que, enterado de un modelo diferente, *aceptaba* con entusiasmo el desafío.

los médicos que vinieron eran recién egresados de residencia o con muy poca experiencia previa [...] entonces se hicieron en este modelo y por ahí no conocen muy bien los modelos tradicionales [...] en las entrevista decíamos que iba a ser un modelo distinto de atención, .. eso generaba incertidumbre y después, hospital nuevo, recién inaugurado, quién no quiere participar de un desafío de esta característica. Otra diferencia sustancial fue el recurso humano que entró, las ganas que le puso, los números de producción fueron excelentes!! , (Gestor).

Estas dos condiciones parecen haber sido las más importantes y, según la opinión de los entrevistados las necesarias para poder repicar el modelo en otros hospitales, sin las cuales, además, sería muy difícil implementarlo. Otros grupos donde se implementan los cuidados progresivos observan también esta condición de que en personal joven es más receptivo a cambios, en contraste con los que llevan mayor tiempo trabajando con un modelo en particular. (Aravena Carrasco, 2008). También han observado que la infraestructura inadecuada, (en hospitales donde se implementa el modelo estando en funcionamiento tradicional) es obstaculizador. (Aravena Carrasco, 2008).

El desafío de conocer otros modelos, los procesos de cambio dependerán de la capacidad de las personas para desarrollar un clima de aprendizaje permanente, entendiéndolo a su vez, que todo cambio de rutina, supone expectativas. En cuanto al desconocimiento del modelo para los trabajadores que ingresan, el grupo de gestión comentó que desde hace tres años, se les ofrece un sistema de instrucción escrito para explicar el modelo desde la teoría, donde se le informa al trabajador ingresante las características distintivas que presenta el hospital, como una forma de capacitación que se requiere para asesorar ante el desconocimiento de modelos diferentes a los tradicionales.

Por el contrario, el grupo asistencial tanto médicos como enfermeros opinaron que desconocen el modelo y que por lo tanto les gustaría que al ingreso se les explique el funcionamiento, contradiciéndose de esta manera entre ambos grupos. Si bien la Institución

⁵¹ El 85% del personal ingresante era recién salido de sus formaciones académicas. (Santoni, 2004).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

cuenta con un sistema de inducción, el mismo parecería ser limitado en cuanto al concepto que debe arraigarse en la práctica.

Motta expresa que el éxito de la innovación “depende tanto del lugar y el modo en que se inicia, como de la interacción y el control posteriores”. (Motta, 1995, p207). A su vez es importante que las ideas nuevas orientadas a los valores se planteen claramente y se discutan para ser mejoradas o consensuadas teniendo además una construcción colectiva desde el saber-hacer.

Las innovaciones suelen ser consideradas desde un concepto positivo, que supone que “algo mejor va a suceder”, solución creativa a nuevos problemas que se detectan, como la necesidad de implementar nuevas formas de gestionar y nuevos modelos de atención. Desde esa perspectiva, todo lo que se traduzca en cambios para favorecer el centrarse en una atención diferente, facilitará la aceptación. Aunque también puede suceder que introducir cambios porque se aceptaron en otras organizaciones puede producir resultados diferentes e inesperados. (Motta, 1995).

Según los dichos de los trabajadores, tanto de gestión, como asistenciales médicos o enfermeros, la *idea* principal para el cambio del modelo y por ende su aceptación, está relacionada con el fin de esta innovación: de que “las camas son de los pacientes”, convertido, a lo largo de la historia del hospital, prácticamente en un *lema* que envuelve a la organización. Esta *distinción* atribuida tanto al modelo de gestión como de atención, se resume en la característica fundamental que es la de que los pacientes siempre tienen una cama: *las camas son de los pacientes y no de las especialidades*. (Grupo de gestores).

Este lema forma parte de los “valores” de la cultura organizacional. Aquello que vale la pena hacer, las razones que justifican lo que se dice y se hace. (Carrada Bravo, 2002). El autor afirma que esta identificación del valor muchas veces son modelos idealizados. Silva Saraiva, advierte que centrarse en un discurso donde la cama es del paciente, no debe quedar sólo en proclamar una nueva política, sino en concentrarse en un proceso que envuelve estrategias, sistemas, prioridades, actitudes y comportamientos, o sea la cultura de una organización. Hacer un verdadero encuentro entre *el saber y el hacer*.

Según el relato de algunos gestores, el lema está asociado a formas de *perder* ciertos espacios de poder, que se justifican cuando se piensa en el paciente. Resultaría, según lo expresan, incluso más sencillo trabajar de la manera tradicional, con lugares y camas propios,

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

pensándolo desde el lugar de los trabajadores, pero respaldan perder estos espacios propios para anteponer los requerimientos y las conveniencias de los pacientes.

Como expresamos anteriormente estos cambios no sólo tienen una impronta de adaptación, implican cambio de valores, y modificaciones significativas. Cambiar un modelo de atención en una organización de salud, y en este caso, implementar un modelo en el HHH, implicó una gran transformación para los trabajadores, tanto los asistenciales, como para los gestores, que debieron cambiar sus rutinas previas, en el caso de los trabajadores que ya estaban insertos en hospitales o centros de salud tradicionales, para comenzar a adaptarse a este modelo diferente. También en los esquemas mentales de quienes salían de sus formaciones académicas pero que habían observado experiencias tradicionales.

Dado que las organizaciones trabajan en pos de un objetivo común, los intereses individuales deben trabajar hacia la búsqueda de valores compartidos. Muchas personas que ingresaron después de la inauguración a pesar de no conocer demasiado el modelo, aceptan estar en un lugar diferente, y hasta piensan que podrían adaptarse a esta organización.

me cuesta adaptarme creo que por el tipo de pacientes que tenemos y los manejos que son distintos al de muchos otros pacientes ..creo que seguiría también trabajando en el hospital; si bien hay un montón de cosas que bueno es el grupo y el ambiente y que uno ya se va afianzando en el lugar y uno se pone la camiseta también del lugar (Grupo asistencial médico).

Toda vez que un grupo construye un “para qué” (nos encontramos en determinado lugar) común, se está embarcando en lo que Onocko expresa, recurriendo a Testa, “unido en una ilusión, en un sueño, o lo que llamamos más técnicamente como principio de un proyecto”. (Onocko, 2007, p. 97)

En el caso del HHH, consideramos que si bien siempre existe la tendencia a volver al sistema tradicional, tan arraigado desde las facultades y diferentes formaciones, para trabajar los valores, en este caso “las camas son de los pacientes” requiere de un trabajo conjunto de ceder espacios que en los modelos tradicionales están arraigados, incluso de ceder cierto narcisismo y ciertas autonomías entre pares.

nunca nos reconocían como parte del sistema, y muchos no aceptaron este modelo para aceptarlos en sus hospitales, yo creo que debe ser por todo esto, el cambio de modelo, filosofía, mentalidad, de trabajo, si uno no está convencido, no puede a llevar adelante este modelo, (Gestor).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

La creatividad lleva al “encuentro con lo inesperado”, y dado que la mente humana está condicionada por valores y experiencias sociales previas, agregarle un desafío ya de por sí constituye una base propicia para desarrollar creatividad. (Motta, 1995, p.225). Basar el modelo de atención en el paciente, encontró resistencias, producto del desorden, el desconocimiento, el arraigo de los esquemas tradicionales, y también encontró adeptos, algunas voces destacaron los desafíos personales, el crecimiento profesional y el estatus. Esto produjo tensiones entre los que se atreven y los que resisten.

Motta dice que “la construcción de lo nuevo, implica la destrucción de lo viejo” (Motta, 1995, p.227). El autor nos recuerda que en todos los procesos de cambio, junto con los procesos adaptativos chocarán las fuerzas de estabilidad y las de cambio, estos procesos tan conflictivos en algunas situaciones podrían alterar los procesos organizacionales. Como producto del desconocimiento que les significaba insertarse en un modelo nuevo, algunas voces expresaron observar este modelo desde el lugar del desafío personal

me pareció novedoso pero no entendible en ese momento por el hecho de que uno viene de otro tipo de estructura, bueno a ver cómo es eso ¿no? había voces a favor otras en contra, pero bueno creo que no hay mejor experiencia que la propia [...], siempre pensé que la medicina es una sola y bueno uno podrá tener distintas modalidades de llevar adelante su trabajo pero era, todo un desafío interpretar qué era lo que podría pasar en este tipo de sistemas. (Trabajador asistencial médico).

Dado que *el valor* de la institución se considera positivo, no exento de problemas y particularidades, los trabajadores suponen la adaptación como posible. Y si bien se sienten tentados a probar el sistema de CP, esperan enriquecerse a través de la experiencia y de los tiempos de quienes ya conocen el modelo, de manera de que el cambio no les genere rechazo.

tiene muchas ventajas, tiene problemas y creo que los problemas se superan a medida que los protagonistas van entendiendo, incorporándose la dinámica [...] creo que todos lo que se enfrentan por primera vez tienen una [...] sensación de cautela, de rechazo, de protesta porque claro se cambian paradigmas de manejo clásicos, creo que una vez que uno aprende navegar en este río digamos de los cuidados progresivos, va empezando a entender otras cosas y empieza a sentirse más protagonista de esto .(Trabajador asistencial médico).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Motta en referencia a los procesos de aceptación y adaptación, expresa que los cambios son principalmente un proceso de culturización y aprendizaje, se necesita tiempo para que los valores se establezcan. Las personas necesitan tiempo para comprender y practicar nuevas capacidades y adaptarse a nuevas condiciones de trabajo. (Motta).

En los dichos del grupo de Gestión, se rescata como importante que ellos han logrado entender el modelo. Encuentran ventajas para el paciente, al igual que los dos grupos asistenciales y también rescatan respecto de la coordinación diaria como beneficioso para su actividad de gestores. Es decir que este conocimiento del modelo, y la defensa que hacen los posiciona en un lugar de enriquecimiento profesional en el área en que trabajan.

los que logramos entenderlo me parece que queremos defenderlo. [...] te exige mucho más esfuerzo que si fuera en una internación tradicional. vos tenés diez camas y las hago funcionar, no tengo cama, no tengo enfermero...Pero acá hay un trabajo de ingeniería hospitalaria permanente, eso es bueno.(Grupo de gestores).

Suponemos que si el modelo es bien entendido por el grupo de gestores, así como defendido, será más factible trasladar ese conocimiento hacia al grupo operativo. Si el modelo en cambio, no logra encontrar un apoyo conjunto, tanto desde el saber como del hacer, si no se sabe, no se entiende para qué se formula este cambio, entonces nos encontraremos con resistencias. El Hospital Heller no está exento del fenómeno que se da en toda cultura organizacional que presenta resistencias, en este caso, como ciertas disciplinas médicas que solicitan tener servicios propios.

Estas resistencia a cambios, son consecuencia de valores, creencias, mitos y tabúes que se encuentran enraizados en las instituciones y en las personas. Los procesos de implementación de cambios se encuentran lejos de presentar la tranquilidad y la certidumbre acerca de los resultados deseados, sino que ocurren entre discontinuidades, tensiones, debido a los riesgos asumidos por la organización al introducir ideas nuevas.

La resistencia a los cambios del HHH, no son similares a empresas que innovan mientras funcionan. Dado que la innovación fue pensada previamente a la apertura del hospital, podría hacer suponer que el mismo era un momento facilitador. Pero aquí hay un cambio de concepto fundamental porque los trabajadores traen enraizados los métodos tradicionales desde su formación. Como vemos la cultura organizacional está conformada además por valores y formas de saber-hacer de otras instituciones en las que sus miembros se

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

han socializado y de una imagen abstracta ideal de cómo *debe ser* una determinada institución, como en este ejemplo cada miembro trae consigo una imagen de cómo es ó debe ser la organización de la atención en salud.

También sucede que los intereses de unos desfavorecen los intereses de otros, las personas que se sienten así tienden a destacar sus diferencias y confrontarlas con nuevas propuestas, buscando sus aspectos negativos para preservar intereses propios.

Así, se pudieron rescatar algunos dichos del grupo de médicos, respecto de los valores no compartidos con la institución, y de proyectos propios de especialidades quirúrgicas enmarcados en una lucha actual por conformar *un servicio* dentro de los cuidados progresivos del Hospital. También las especialidades quirúrgicas opinaron que el recurso cama es insuficiente, aunque opinaron que si se mejoraran los procesos, o algunas situaciones de conflicto, entonces el modelo sería *mirado* de otra manera.

A su vez el grupo de enfermeros asistenciales entienden las resistencias como propias de los saberes arraigados y de las dificultades que surgen en el día a día, *Estamos acá y somos distintos. Hay gente que no se podría insertar en un sistema así...en el área quirúrgica es más difícil* (Grupo asistencial enfermería).

En la experiencia de otros Hospitales como el Htal. Elizalde, también se pueden observar reacciones similares a las sucedidas en el HHH, “al momento de pensar en cambiar siempre se observaron resistencias” (Cairolí, 2005). Los procesos de innovación suponen una mezcla de expectativas positivas y temores del propio individuo en relación con su trabajo y su organización.

A partir de su fundación las organizaciones consolidan y perpetúan un patrón comportamental único, resultado de las varias circunstancias de su historia. Este patrón no permanece estático, por el contrario, está en continua transformación. El cambio puede ocurrir por cuestiones internas a la organización o por alteraciones externas. Y también, dependiendo del momento histórico de la organización, pueden entenderse como presiones desde adentro y desde afuera.

En los dichos de los trabajadores de gestión se reconocen las presiones tanto internas, por los grupos con mayor resistencia al modelo, como por los hospitales aledaños al momento de las derivaciones. Esto coincide con los grupos de médicos que se sienten presionados al momento de las derivaciones de pacientes, o en el caso de los grupos quirúrgicos favorecen a las presiones.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

tenemos muchas presiones [...] a volver al modelo tradicional [...] porque siempre cuando pasan las crisis o hay una larga lista quirúrgica los cirujanos dicen “yo quiero un servicio para mí”. [...] La impresión mía es como que fuimos imprimiendo nuestra identidad, pero que hay una fuerte presión a veces desde adentro [...]. [...] a cambiar el nivel de complejidad.. [...] y a veces desde afuera que te dicen “sí, [...] pero ustedes tienen que tener terapia”. te presionan a tener un cuidado que no tenemos y que nos obligaría a cambiar toda la estructura hospitalaria y te dice “pero si tienen la posibilidad de hacerlo, porque no lo hacen”. (Grupo de gestores).

Los grupos asistenciales con mayor capacidad de adaptación como enfermeros y especialidades clínicas, consideran la necesidad de sostener este modelo, re evaluando todo lo que ya está escrito; son los que más se refieren a criticar el proceso, la complejidad y el trabajo en equipo.

Esto también se corresponde con voces de entrevistas individuales desde el grupo de gestión, donde plantean como estrategia para las capacitaciones en servicio de los CP, el acompañamiento de las jefaturas intermedias. También sostienen la necesidad de aprender juntos el modelo -asistenciales y gestores- al poder compartir la mirada sobre los CP.

Según plantean algunos autores, los gestores deben asumir la responsabilidad de motivar y promover los cambios a través de fomentar el trabajo en equipo, favorecer el cumplimiento de los compromisos, y cambiar la cultura de cantidad por la de calidad. (Onocko, 2007; Carrada Bravo 2002).

Onocko manifiesta que para aceptar el riesgo de la innovación, el profesional requerirá “maternaje”, dedicación y trabajo conjunto desde la gestión, para salir del compartimento estanco de los saberes preconstituidos”. (Onocko, 2007).

Para la puesta en práctica, luego mantener, continuar afianzando el modelo, se deben tener en cuenta los supuestos inconscientes con los que las organizaciones de salud se encuentran. Motta advierte que los cambios son un proceso que implica observar la cultura, no solamente evaluar un cambio en la tecnología. En este cambio, nos insta a atender todos los símbolos y ritos que las instituciones le agregan a los procesos administrativos. Además el autor advierte que estos valores de cambio deben ser apoyados por la gestión para que puedan desarrollarse. (Motta, 1995). Nosotros coincidimos con el autor, y en el caso del HHH, además, se debería estar atento a sostener el cambio.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

6.2.6.1. Los mitos: ¿“La niña bonita del Sistema” o “la mosca en la leche”?

Al momento de analizar la cultura organizacional del HHH, no podemos dejar de reflexionar respecto de los mitos, la mirada *negativa* hacia el hospital, la connotación de *envidia*, la visión de *poca respuesta*, que se fueron consolidando con el tiempo. Las características que reforzaron ciertos mitos, se relacionan con la visión externa del resto de los trabajadores del sistema de salud.

Al momento de responder respecto de cómo era la relación con los hospitales de referencia y contrarreferencia, todos los grupos se refirieron a la visión peyorativa que se tenía del Hospital Heller, atribuida en general con el desconocimiento que se tiene del mismo. En las voces del grupo de los médicos, expresaron *Yo creo que hubo una expectativa con la inauguración del Hospital Heller que tal vez no conformó al Hospital Regional*⁵². Esta expectativa estuvo fundada en los discursos del momento de la inauguración o incluso previo a su apertura, donde se esgrimieron palabras como eficacia y eficiencia que respondían a la necesidad de dar ciertas respuestas a otros hospitales, no solamente a la comunidad del área programa⁵³.

Debiéndose llamar Hospital del “Progreso”⁵⁴, y ubicado en la zona *oeste* de la Ciudad de Neuquén, considerada como un área de mayor pobreza social de la ciudad, la palabra progreso tendría entonces una connotación particular. Una relación de mejora tanto para la comunidad cercana al hospital, como para el resto del sistema de salud, que luego al parecer y según los dichos de los trabajadores, no cubrió las expectativas de los hospitales aledaños, si bien comenzó a resolver los propios de su área programa. Esta misma expectativa no resuelta, generó una mirada negativa, como de falta de respuesta a determinadas situaciones de la internación.

Esta mirada negativa por parte de hospitales ya establecidos hacia hospitales nuevos y más aún con diferente modelo de organización, también fue experimentada por otros hospitales. Trabajadores del Nuevo Hospital “El Milagro” de Salta, relatan: “se registró una seguidilla de críticas cuestionando si el Hospital verdaderamente atendía a todos los

⁵² El trabajador hace referencia al Hospital Dr. Castro Rendón.

⁵³ Área de cobertura de atención de todas las acciones en salud correspondiente a la población donde está inserto el Hospital.

⁵⁴ Con fecha 5 de diciembre de 1995 se asigna el nombre de Hospital Dr. Horacio Heller mediante Decreto N° 2323/95, al antiguo Hospital de Barrio El Progreso Oeste. Denominado así, en honor a un médico general del Sistema de Salud de la provincia, quien fallece el mismo día de la asunción al cargo de Director General del Hospital Dr. Castro Rendón, (1991).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

ciudadanos de Salta”, y continúa, “a pesar de todas las críticas de agentes externos, médicos de otros establecimientos externos y adversarios políticos del gobierno de Salta, las encuestas de satisfacción indican que un 97% registran un alto grado de satisfacción con la calidad de atención recibida”. (Koffsmon, 2002).

Algunos médicos en entrevista individual, suponen que la distancia dentro de la ciudad, puede generar ciertas *sospechas* de falta de respuestas al sistema de salud. ...*incluso como es un hospital bastante resguardado de la vista da la impresión de que atendemos poco, pero en realidad se atiende mucho.* (Trabajador asistencial médico).

Así como también desde lo despectivo, pero con cierta connotación de *envidia* desde dichas miradas por características que para los trabajadores del hospital son observadas como ventajosas y positivas.

Pero lo que si éste es un modelo parecido a un sanatorio, siempre encuentran una cama. Para nuestros pacientes, distinto con las derivaciones, se sintió mucho la falta de apoyo, nunca se hizo gran cosa para este modelo distinto, y siempre nos siguieron mirado como la mosca en la leche. (Gestor).

También fue catalogado como la *niña bonita del sistema*, un hospital con modelo innovador, con una estructura edilicia estética, con habitaciones confortables, con servicio de limpieza, cocina y mantenimiento tercerizados, que al momento de la inauguración, ningún otro centro de salud poseía.

Se encontró en el discurso de los miembros del HHH una necesidad de *aceptación* por parte de los demás trabajadores del Sistema, que influiría en las relaciones interinstitucionales, redundando en una mejor atención de los pacientes.

esto es un poco un elefante blanco, estás metido ahí en un sistema donde se agitan otras aguas [...] también existen resabios de crisis previas, que han ensuciado un poco la relación, pero creo que estamos un poco mejor [...] cuando yo llegué en el 2006, 2007 en el Castro hablar del Heller era mala palabra ¿viste? y había como que todo lo que venía de acá era malo, eso, ya no lo escucho, [...]creo que todos hemos crecido un poco y creo que la organización se está acostumbrando a tener, dentro de un gallinero un pato [...]nosotros dependemos de[...] la complejidad del Castro [...] quiere decir que ni podemos nosotros claudicar la relación con nuestro hospital cabecera, ni tampoco nuestro hospital cabecera se va a desquitar con nosotros (Trabajador asistencial médico).

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

En esta aceptación también deberá establecerse de alguna manera la transmisión de la cultura y el conocimiento de modelo del HHH, a nuevos miembros no sólo del hospital sino también del Sistema de Salud de la Provincia. En los dichos de un gestor, esta tarea debe repetirse con los cambios de gestión, a pesar de que la creación del hospital estuvo organizada desde la Subsecretaría de Salud y el Ministerio de Salud.

6.2.6.1. Rumores de la Cultura Organizacional ¿es necesario el cambio de complejidad?

Como toda cultura organizacional, ésta no se encuentra libre de rumores que se van gestando entre los trabajadores. Estos rumores surgen al presentarse ciertos cuestionamientos cuyas reflexiones no se concretan en espacios de debate, motivo por el cual al no transparentarse quedan materializadas como tensiones. Pudimos detectarlos a manera de rumores desde el momento en que de sus reflexiones surgían como una falta de visión por parte del otro grupo entrevistado.

Se observa por lo tanto una necesidad de abrir un debate respecto de aumentar la complejidad desde los grupos asistenciales, así podemos ver que en el caso de los enfermeros reconocen estar preparados para la atención de casos más complejos, y de esa forma dar más respuestas a los pacientes, no sólo del área programa sino también de otras áreas.

Desde el grupo de médicos, en el caso de los clínicos, el planteo no incluye aumentar la complejidad hacia otro tipo de cuidados, ya que esto implicaría tener cuidados de terapia intensiva, para lo cual se requeriría otra infraestructura y otras especialidades, sino aumentar ciertos criterios de cuidados y de complejidades dentro de la patología que habitualmente tratan. Sobre lo que reflexionan es respecto de la necesidad de contar con otras especialidades médicas, no sólo las básicas, como ejemplo, infectología, dermatología, o neumonología, que disminuirían los tiempos de traslado y las derivaciones a centros de salud de mayor complejidad.

En cambio, hallamos que para el grupo de gestores la propuesta de aumentar la complejidad, es considerada no sólo como producto de una presión interna, sino también de una presión externa por parte de las autoridades de salud, que plantean aumentar los cuidados hacia terapia intensiva. El grupo de gestores al igual que los médicos clínicos, considera que este planteo no sólo cambiaría la dinámica del hospital, sino que requiere otra infraestructura,

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

otro personal de salud, especialistas en intensivismo, otro plantel de enfermería, y consideran que por el momento, no estarían dadas las condiciones.

En el caso de las especialidades quirúrgicas el debate se relaciona con sentir una inadecuada respuesta hacia otros hospitales y una necesidad de mayor cantidad de camas para resolver cuidados de los pacientes. Vinculamos esto, no sólo a la necesidad concreta de mejorar una respuesta sino también a una necesidad en mejorar la mirada que se impone desde el *afuera*, tal como vimos en el apartado de los mitos.

En base a lo planteado otro médico se cuestiona si la solución no estaría dada en continuar el recorrido del paciente hacia un sistema también por cuidados progresivos, como el hospital de día o los cuidados domiciliarios para mejorar el flujo de los pacientes. En este caso los pacientes se verían favorecidos, se disminuirían las consultas por guardia de aquellos pacientes que presentan situaciones pendientes. El trabajador opina además que los CP como están en la actualidad son una versión reducida y que previo a criticarlo habría que interpretarlo dentro de un contexto más extenso en un sistema ambulatorio que lo acompañe.

Coincidimos con el trabajador que una de las respuestas esté dada en generar continuidad de CP, hacia otras propuestas de internación como hospital de día o internación domiciliaria, para mejorar el transitar del usuario, y de esta manera aumentar la accesibilidad de los mismos. En esta línea algunos gestores manifestaron que han sido numerosas las gestiones que fueron realizadas ante las autoridades para completar el sistema ambulatorio por cuidados progresivos.⁵⁵

Sugerimos en esta situación y a manera de disminuir el *espacio de estos rumores*, una reflexión conjunta entre los trabajadores comprometidos analizando la pertenencia o no de las propuestas, a modo de construcción colectiva.

Como hemos observado en este apartado la cultura correspondiente a nuestro objeto de estudio, no se configura solamente por sus características distintivas, sino que se compone de todas las tensiones permanentes que se producen con las otras instituciones del sistema de salud neuquino y con el resto de los trabajadores del sistema, intentando permanentemente *escapar* de los clásicos modelos de atención.

⁵⁵ Documentación proporcionada por el Dr. Osvaldo M.Neder, Director Ejecutivo del HHH.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

7. CONSIDERACIONES FINALES.

A modo de aproximación, hemos podido reconstruir las características distintivas de la internación por cuidados progresivos que nos propusimos investigar en el Hospital Dr. Horacio Heller; para ello abordamos desde un punto de vista descriptivo a partir de la opinión de los actores considerados el núcleo de la internación, médicos, enfermeros y trabajadores de gestión.

Hallamos que los roles de los trabajadores dentro la internación, determinaron por momentos diferentes respuestas a un mismo planteo, y en otras ocasiones, fueron coincidentes.

Si bien nuestro análisis no intentó generalizar los modelos de internación por CP, pudimos inferir las tensiones originadas en modelos innovadores respecto de aquellos llamados tradicionales.

El modelo innovador del HHH fue observado recreando el momento histórico por el cual transita la institución. En este estudio realizamos un recorte de la visión de los actuales trabajadores en el contexto social, cultural y económico-político propio del momento en que se realizó la investigación.

Un hallazgo interesante en el presente trabajo, ha sido el encuentro de las diversas tensiones y la permanente dualidad de los trabajadores entre lo viejo y lo nuevo, lo conocido y lo desconocido, el orden y el caos. Hemos encontrado incertidumbres dentro de encuentros complejos, llenos de subjetividades, entre compañeros de trabajo y con los usuarios.

El producto de esta investigación es un aporte al conocimiento, siempre aproximado. Su relevancia estriba en la escasa bibliografía sobre Cuidados Progresivos desde la mirada de los propios trabajadores de la internación, lo que permitió reflejar sus prácticas concretas y detectar tensiones que suceden en el cotidiano y sobre las cuales había lagunas en la bibliografía sobre el tema.

Deducimos que las tensiones detectadas son resultado de escuchar las diversas voces de los protagonistas considerados el núcleo de la investigación, no sólo desde el rol que cada uno ocupa sino también desde las diferentes disciplinas de la que forman parte. Si bien los roles destacan miradas diferentes y hasta en ciertos momentos contradictorias, también las contradicciones fueron encontradas dentro de los mismos grupos.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Esta mirada conjunta del modelo enriqueció la construcción colectiva que muestra que al momento de reflexionar, todas esas voces o miradas son necesarias para producir un conocimiento superador al que se obtendría basado en uno de los actores con exclusión de los otros.

Reconocer el trabajo cotidiano de los trabajadores del HHH a partir de sus reflexiones formaba parte de la finalidad de la tarea de la investigadora. A su vez inferimos que el conocimiento de las características propias de un modelo que crece día a día en otras provincias del país, puede aportar a las autoridades una mirada más compleja sobre el modelo de CP para potenciales implementaciones del mismo.

A continuación presentaremos los principales resultados obtenidos, posteriormente desarrollaremos las tensiones generadas en el día a día, para concluir con algunos desafíos a futuro a modo de sugerencias.

7.1. Características distintivas de los Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller.

Pudimos co-construir dentro de las características distintivas, el *concepto del modelo*, el *proceso de atención*, el *modelo de gestión matricial*, y la *cultura organizacional particular*. Se pudo establecer una diferencia respecto de los *modelos tradicionales* de atención.

Todas las características distintivas fueron reconocidas como ventajas o desventajas dependiendo de los roles de quien las observaba y aún dentro de mismos grupos en algunas oportunidades las opiniones resultaron contradictorias.

Dentro del *concepto del modelo* se encontraron dos enfoques según el rol que ocupan los trabajadores. Mientras que el grupo de gestores hizo hincapié en un enfoque economicista, centrado en el recurso cama, la distribución de la tecnología y el recurso enfermería; los trabajadores asistenciales se inclinaron por un enfoque práctico, ligado a ventajas y desventajas en el día a día, según atención adecuada y de calidad referida a los cuidados que requieren los usuarios según su patología. Si bien algunos profesionales asistenciales reconocieron no saber exactamente una definición, podían definirlo a través de los procedimientos necesarios para llevar a cabo la tarea.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Si bien se pudo observar una diferencia de enfoque ligado al rol, hubo coincidencias en cuanto a de *quién dependen los cuidados* y de la noción de *accesibilidad* como parte del concepto del modelo.

A diferencia de la bibliografía que considera a los *cuidados* como pertenecientes a las disciplinas médicas y de enfermería, en nuestra investigación hemos hallado que todos los entrevistados consideran los cuidados como propios de enfermería. Vinculamos esto a una fuerte impronta académica en la que los enfermeros son formados como cuidadores y los médicos como profesionales que hacen procedimientos, ubicando a enfermería en una mirada biologicista, con posiciones asimétricas de poder propia de un modelo médico hegemónico.

Finalmente, respecto del *concepto*, todos los grupos acordaron en que la *accesibilidad* de los pacientes a la internación era parte del concepto del modelo, ya que al hacer un uso eficiente de los recursos, el usuario tendría mayores posibilidades de acceder a una cama hospitalaria.

En cuanto al *proceso de atención* fueron numerosas las tensiones y contradicciones que expresaron los trabajadores, atribuidas a la complejidad del proceso cotidiano. A las complejidades que de por sí presenta una internación tradicional, se suman otras peculiaridades propias de una dinámica particular, tales como el pase de pacientes de un sector a otro o el sistema de rotación de enfermería. Se pudieron discriminar a manera de cartografía, los diferentes componentes que interactúan en el proceso atención del usuario.

Las *normas y procedimientos*, los *pases de pacientes de un sector de cuidados a otro*, la *rotación de enfermería*, el *trabajo en equipo* y el *modelo de gestión matricial*, fueron los temas que surgieron en todas las entrevistas y que según la mirada de los trabajadores, forman parte del proceso de atención.

La utilización de *normas y procedimientos* para categorizar los cuidados que los usuarios requieren, se relacionó con la importancia de unificar criterios en la articulación y en este sentido todos los trabajadores coincidieron en su necesidad. Algunos trabajadores asistenciales enfermeros relataron que si bien estas normas existen, no son muy usados en la práctica, y además no han sido revisadas desde su implementación. Para el grupo de médicos asistenciales no ajustarse a una norma sería resultado de que las mismas no son comunes a las visiones de todos los involucrados, sino que responden a criterios de quienes las realizaron, en este caso de enfermería.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Inferimos que esta situación de no aceptación de las normas y procedimientos podría corresponderse con una divergencia de criterios producto de diferentes lógicas que sostiene cada disciplina, sumado al hecho de tener que aceptar la normativa de trabajo pensada y diseñada por personal que históricamente se consideró auxiliar a la profesión médica.

Por su parte, los gestores pusieron mayor énfasis en la necesidad de ajustarse a normativas ya que no sólo disminuiría conflictos y de esa manera establecería un orden, sino que además sería un medio para el sostén del modelo.

A pesar de estas opiniones, todos los grupos coincidieron que en la práctica, los protocolos no reflejan la realidad de lo que le sucede a los pacientes, ya que su contexto social podría requerir un tipo de cuidados que no necesariamente coincidirá con su situación orgánica. Observamos que ante estas situaciones, se producen tensiones al no poder discernir la pertenencia o no de los pacientes a determinado sector del hospital.

Interesa destacar en nuestra investigación, que la distribución de los usuarios en diferentes sectores de cuidados en un HCP, requiere de categorizaciones, ya que ésta es la única manera posible de ubicarlos. En este sentido, alertamos sobre aquellas situaciones en las cuales los actores comprometidos con la internación, deberían diferenciar la utilidad de una categoría para sostener un proceso de trabajo, de los riesgos de encasillar a un usuario poniendo en juego su dimensión subjetiva. Entendemos que esta tensión tiende a superarse de manera informal, al menos por el momento.

En cuanto al *pase del usuario hacia otro sector* de la internación se destaca una dinámica exclusiva muy compleja, quizá la de mayor tensión, dado la diversidad de actores comprometidos, con diferentes lógicas de saberes, interrelacionados entre sí en un contexto particular, producto de tensiones de poder. *Quién decide el pase* de un paciente de un sector a otro de internación, fue un interrogante clave que permitió detectar estas contradicciones. En relación a este momento hubo discrepancias en las opiniones de los tres grupos.

Para los trabajadores de la gestión, el pase se logra a través de una decisión conjunta, mientras que para los trabajadores asistenciales médicos, siempre hubo tensiones con enfermería, destacando que en algún momento la decisión era unilateral de enfermería, y que posteriormente comenzaron a ser consultados ante esta determinación. También hallamos opiniones que insistían que esta decisión debía ser una responsabilidad *exclusiva* de especialidades médicas. Los enfermeros asistenciales por su lado expresaron que estas decisiones nunca pasaban por ellos, quienes se limitaban a sugerir para que los médicos

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

decidan. Las mayores tensiones son, a su entender, con los profesionales de especialidades quirúrgicas.

Asociamos estas contradicciones a tensiones que sufren todos los trabajadores relacionadas a pujas por sostener una mirada más tradicional dentro de un modelo con esquemas matriciales y cuyo ideal está puesto en el trabajo conjunto.

Los trabajadores también mencionaron cierto *desorden* cotidiano relacionado a diferentes factores, que los llevaría a *enlentecer* la práctica del pase de sector. Como consecuencia de esta circunstancia, se encontraron diferencias de interpretación ligadas a los roles. Según los gestores quedaría comprometida la liberación de una cama, disminuyendo de esta manera la accesibilidad y la eficiencia de los CP. Los profesionales asistenciales relacionaron las demoras con la angustia no sólo del paciente sino también del entorno familiar, disminuyendo de esta manera la socialización del mismo, además puede originar un retroceso en el tratamiento y resultar asociado a prolongación de la internación.

En referencia a la situación que se da cuando necesariamente los pacientes deben transitar por diferentes sectores de cuidados cambiando de médicos y de enfermeros, todos los trabajadores coincidieron que esta *sectorización* es necesaria y favorable para aportar los cuidados, los recursos y la tecnología apropiada que requiere el usuario, aunque también coincidieron en forma paradójica, que puede amenazar la relación con el paciente. En este sentido los profesionales médicos observaron dos situaciones: expresaron que el tránsito por diferentes cuidados requiere necesariamente la mirada de varios profesionales creando en los mismos la idea de reaseguro de las prácticas, con resultados beneficiosos; también consideraron que cuando los pases resultan en falta de comunicación entre los médicos de cada sector, trae aparejada una superposición de tecnologías, sobre todo de las de tipo duras, generando internaciones más prolongadas con consecuencias sobre los pacientes y su entorno así como para los costos en salud.

Consideramos que esta situación, condiciona un esfuerzo cuidadoso y permanente sobre la mirada de los CP, ya que podrían verse amenazados por un cuidado fragmentado, empobreciendo la clínica y también a los trabajadores, siempre que se corten los canales de comunicación.

Al hablar de comunicación, los grupos se refirieron no solamente entre el equipo de salud, sino también a los usuarios. Se halló que para los trabajadores comunicarse mejor con

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

los usuarios tendría el beneficio de integrarlo al tratamiento. Vinculamos esto con la posibilidad de legitimación del usuario como sujeto de derechos.

En relación a la *rotación de enfermería* como parte del proceso de atención, descubrimos discrepancias dadas por los diferentes enfoques de cada grupo. Mientras que para los gestores estaría dado en la asignación de los recursos, para los grupos asistenciales el centro estaría en la respuesta concreta a la situación del paciente. Entre estos últimos, a su vez, identificamos cuatro posturas divergentes: algunos enfermeros consideraron la rotación como ventajosa, enfatizando que la misma los sacaba de la rutina, y aumentaba su crecimiento profesional. Otros enfermeros lo vieron como una desventaja relacionada con la inseguridad que les producía desconocer determinadas prácticas.

Una tercera postura la asumieron los médicos de especialidades quirúrgicas, quienes plantearon las rotaciones como una desventaja, porque obstaculiza la especialización de enfermería en parámetros médicos. Por último, los clínicos valoraron las rotaciones desde la perspectiva de los cuidados, opinando en contra de las mismas si el enfermero no tenía los conocimientos suficientes para el área a ocupar o a favor, si la perpetuación en un cuidado le producía desgaste laboral.

Vinculamos las diferentes posturas a las tensiones que se generan en el desbalance entre los saberes propios de la competencia y la *medicalización* de la enfermería, así como también las relacionadas al desgaste del quehacer cotidiano ante el sufrimiento en la atención de determinados pacientes.

El *trabajo en equipo* surgió como otro gran tema dentro de los CP, aspecto que asociamos a las posibilidades de comunicación como parte fundamental del mismo. Todos los trabajadores reconocieron que a pesar de su importancia, son escasos los espacios formales de reuniones, así como los encuentros de discusión conjunta entre varias disciplinas. Hubo coincidencia respecto de que la comunicación informal del cotidiano, es la manera más frecuente que tienen para trabajar dado que las condiciones parecen ser más favorables que en hospitales tradicionales o por servicios.

Encontramos que la consecuencia primordial de esta falta de comunicación potencia un efecto indeseado: la fragmentación de la atención del paciente al momento del pase de sector, y la falta de criterios comunes en la categorización de los pacientes.

Respecto de las diferencias entre el modelo de CP con los modelos tradicionales hemos verificado que la visión de los trabajadores coincide con los ejes que la bibliografía

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

publicada destaca respecto del tema. Dentro de las mismas, se pudieron observar la *atención indiferenciada agrupada por cuidados*, que define otra peculiaridad, ya que para llevar a cabo la misma no se dispone de espacios cerrados por especialidades, los tradicionales *feudos*. También enumeramos como diferencias: la *flexibilidad* de poder internar pacientes en caso de epidemias o catástrofes; y la *optimización de los recursos*.

La existencia de compartimentos *estancos* o la visión de los servicios como propietarios de la dotación de las camas no se dan en el HHH. Esta ausencia de espacios de poder cerrados se corrobora incluso desde lo edilicio, y hemos encontrado que fue valorada por los diversos trabajadores de forma contradictoria como obstáculo o como beneficio según lo miren asistenciales o gestores respectivamente.

Producto del análisis, encontramos que para los trabajadores dedicados a la tarea asistencial, la pérdida de estos espacios significa una pérdida de poder médico ante enfermeros y gestores e incluso entre sus pares. Se observó que esta situación produce ciertas resistencias, que incluso podrían generar espacios denominados de contracultura, como por ejemplo en el caso de asistenciales que pensaban que la solución era crear un servicio al modo tradicional. Por el contrario, en los gestores encontramos que era considerado como un beneficio para favorecer el aprovechamiento de los recursos y por la flexibilidad.

En cuanto a los espacios donde confluyen varias especialidades médicas, están destinados a compartir mayor flujo de información y genera mayor capacidad de diálogo, situación observada tanto por los gestores como por los médicos asistenciales.

Un hallazgo de nuestra investigación fue que para todos los actores estudiados hubo acuerdo en que en esta aparente pérdida de poder, los pacientes ganan, dado que la *accesibilidad* aumenta al quedar camas disponibles para todos los cuidados.

Otra de las diferencias que se encontró respecto de los sistemas tradicionales, fue la *flexibilidad* que otorga la internación por CP, caracterizado por cierta preparación ya instituida que presenta la institución cuando se trata de responder ante cambios epidemiológicos estacionales o circunstanciales y también catástrofes. En esta característica todos los grupos coincidieron. Consideramos que en circunstancias especiales, todos los establecimientos de salud pueden cambiar su dinámica de trabajo. Sin embargo, los trabajos de investigación sobre CP, le adjudican esta característica como distintiva de ese modelo.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Pudo apreciarse un hecho particular en el HHH, que podría corresponderse con un ejemplo. En circunstancias especiales, parte de la internación del servicio de Salud Mental del HCR, debió ser trasladado al HHH. Esta circunstancia quizá se dio no sólo por tener espacios más *abiertos* dentro de la comunidad hospitalaria desde lo edilicio, sino también por el hecho del cambio del saber-hacer en los esquemas mentales, propio de HCP.

La *optimización de los recursos* es otra diferencia que resaltamos. Los trabajadores asistenciales se refirieron mayormente a optimización del recurso de enfermería, mientras que los gestores ampliaron el concepto al resto de recursos como equipamiento, y recurso cama.

Finalmente, otra diferencia que se reconstruyó a partir de los dichos de los trabajadores, fue la *valorización del usuario de manera más integral*. Los entrevistados reconocen al equipo médico de cabecera como *norteador* de la atención, aunque con cierta tendencia a reducir dicha función dada la disminución del recurso médico. Esta característica también está presente en la bibliografía, aunque no hay referencia acerca del concepto. Consideramos según lo analizado que el concepto de visión integral del usuario continua siendo acotado dado que hace referencia a la suma de una mirada clínico-quirúrgica que no logra ser integral, una mirada y un abordaje integral del usuario requerirá de otras disciplinas, no sólo médicas.

Pudimos inferir que los términos integral y holístico, son utilizados como sinónimos de enfoque ampliado que supera la mirada biologicista, aunque sin una delimitación precisa de en qué aspectos o dimensiones se supera lo biológico, ni una definición rigurosa de las dimensiones subjetivas y sociales que se fundamenten en las ciencias y no sólo en el sentido común.

En relación al *modelo de gestión matricial* se localizaron discrepancias en gestores y en ambos grupos asistenciales sobre la manera de organizarse en la labor cotidiana, y dado que las organizaciones son estructuras de poder, las discusiones giraron alrededor de este concepto.

Hallamos que los gestores opinaban que dentro de una organización matricial la comunicación era fundamental y la falta de comprensión del modelo por parte de los grupos operativos al momento de resolver ciertas dificultades, llevaría a los mismos a depender de los gestores intermedios o altos para su resolución. Vinculamos estas reflexiones con la amenaza de *volver* una organización que estaría preparada para lidiar con problemas cotidianos en un espacio más democrático, hacia una organización burocrática. Además no

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

podemos inferir que al momento de hablar de matriz se esté hablando de la manera horizontal de encarar proyectos terapéuticos, pero sí de problemas o dificultades de resolución horizontal.

En algunas entrevistas se observó una falta de entendimiento desde el rol del gestor, lo que demuestra que aún se requiere trabajar en los conocimientos del modelo. Respecto del grupo de enfermería, pudimos concluir que la gestión matricial les resulta muy confusa.

En las consideraciones de los médicos operativos se agrega un punto interesante relacionado al factor poder dentro de las instituciones, se infiere que estos lo consideran un punto débil dentro del modelo que favorecería el otorgarle mayor poder a la alta conducción, así como también a enfermería.

En relación a la *cultura organizacional* del HHH, advertimos que tanto gestores como profesionales asistenciales, coinciden que una característica distintiva ha sido *el modelo innovador* de los cuidados progresivos de pacientes, donde incluyen al modelo de atención y de gestión, diferentes a los que conocían previo al ingreso al Hospital.

El hecho que el Hospital fue inaugurado *de cero* se presenta para los gestores como una oportunidad para la implementación del mismo.

Se halló tanto en gestores como en trabajadores asistenciales que para la implementación del modelo fue oportuno tener por un lado, un edificio apropiado, es decir con sectores y no con espacios para servicios, como en los hospitales tradicionales; y por otro, un alto porcentaje del recurso humano recién *salido* de la residencia, así se conformó en un alto porcentaje, un plantel con personal que, enterado de un modelo diferente, *aceptaba* con entusiasmo el desafío.

Una de las primeras dificultades que se observaron estuvo relacionada a la capacitación del personal. Se vio que para los gestores, en la implementación, la capacitación para lograr el cambio, ocupa un lugar de jerarquía.

La *idea* principal para el cambio del modelo y por ende su aceptación, consideramos que se relacionó con el fin de esta innovación: “las camas son de los pacientes”, convertido, a lo largo de la historia del hospital, prácticamente en un “lema” que envuelve a la organización. A lo largo de esta investigación pudimos constatar que este lema forma parte de los *valores* de la cultura organizacional.

Consideramos por lo estudiado que el lema está asociado a formas de “perder” ciertos espacios de poder, que los trabajadores lo justificaron pensando en el paciente. Para trabajar

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

los valores, en este caso “las camas son de los pacientes”, se requiere una labor conjunta, se precisa ceder espacios que en los modelos tradicionales están arraigados, incluso de ceder cierto narcisismo y ciertas autonomías entre pares.

Dado que las organizaciones a nivel explícito trabajan en pos de un objetivo común, los intereses individuales deben trabajar hacia la búsqueda de valores compartidos. Muchas personas que ingresaron más adelante a pesar de no conocer demasiado el modelo, aceptaron estar en un lugar diferente, y hasta piensan que podrían “ponerse la camiseta”.

Basar el modelo de atención en el paciente, encontró resistencias, producto del desconocimiento, el arraigo de los esquemas tradicionales y del desorden relacionados a ciertos procesos de la gestión diaria relacionados con pases de sector, y también encontró adeptos, algunas voces destacaron los desafíos personales, el crecimiento profesional y el estatus. Esto produjo tensiones entre los que se atreven y los que resisten.

En el grupo de Gestión, se rescata como importante que ellos han logrado entender el modelo. Encuentran ventajas para el paciente, al igual que los dos grupos asistenciales y también rescatan respecto de la coordinación diaria como algo beneficiosos para su actividad de gestores. Es decir que este conocimiento del modelo, y la defensa que hacen los posiciona en un lugar de enriquecimiento profesional en el área que trabajan.

Concluimos que si el modelo es bien entendido por el grupo de gestores, así como defendido, será más factible transmitir ese conocimiento al grupo operativo.

Si el modelo en cambio, no lograrse encontrar un apoyo conjunto, entonces nos encontraremos con resistencias. En este sentido se pudieron rescatar que el grupo de médicos no comparte todos los valores de la institución. Encontramos que para enfermería las resistencias tenía origen en los propios saberes arraigados y en las dificultades cotidianas de trabajo.

Pudimos reconocer en los gestores que las presiones internas, de los grupos con mayor resistencia al modelo, y externas, de los hospitales aledaños al momento de las derivaciones, también coincide con los grupos de médicos en las presiones que se generan en la referencia-contrarreferencia de pacientes.

Respecto de los mitos propios de toda cultura organizacional, y que se fueron consolidando con el tiempo, reforzaron ciertas características que deducimos que se relacionan con la visión externa al HHH, es decir provienen del resto de los trabajadores del sistema de salud de la provincia del Neuquén.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Se vio que todos los grupos consideraban que sobre el HHH existía una visión negativa, que fue atribuida en general al desconocimiento que se tiene del modelo de CP.

Consideramos que esta visión puede estar fundada en la expectativa respecto de los discursos del momento de la inauguración o incluso previo a su apertura, donde se esgrimieron palabras como eficacia y eficiencia que tal vez respondían a la necesidad de obtener ciertas respuestas desde otros hospitales, no solamente hacia la comunidad del área programa.

Posiblemente se creó una expectativa de mejora tanto para la comunidad cercana al hospital, como para el resto del sistema de salud, que luego al parecer y según los dichos de los trabajadores, *no cubrió* las expectativas de los hospitales. Esta misma expectativa no resuelta, generó una mirada negativa, como de *falta de respuesta* a determinadas situaciones de la internación.

Encontramos que existiría una mirada despectiva hacia el HHH pero que también es entendida por los trabajadores como con cierta connotación de *envidia* desde dichas miradas por las características distintivas consideradas por los propios trabajadores del hospital como ventajosas y positivas.

7.2. Tensiones permanentes con las cuales convive el trabajador de internación.

A lo largo de todo el análisis se fueron rescatando diferentes tensiones que los trabajadores nucleados en la internación sufren en el cotidiano. Las que más se destacaron por su relevancia, las definimos como: tensiones entre el modelo médico hegemónico y enfermero hegemónico, tensiones entre el modelo biologicista y el modelo integral, y tensiones entre la gestión tradicional y las nuevas concepciones de gestión.

Las tensiones derivadas de modelos centrados en médico versus centrado en enfermero, si bien se observan en otras instituciones incluso tradicionales, aquí están fuertemente ligadas al trabajo cotidiano de tener que decidir el ingreso de un paciente hacia un sector de cuidados, que los mismos trabajadores han denominado cuidados de enfermería. Esto se traduce en un debate permanente por cuestiones de poder, no sólo desde el poder-saber sino desde el poder-hacer.

Los enfermeros han encontrado en la implementación del modelo de CP un lugar donde desplegar sus saberes y sus propias competencias, a la vez que los médicos ven su

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

poder hegemónico disminuido toda vez que deberán consultar con el cuerpo de enfermería cuestiones de pertenencia del usuario.

Se establecen tensiones entre la mirada biologicista y la mirada holística del usuario, propias de los modelos con centro en los saberes biomédicos. En el caso del HHH, la integración de los saberes hacia un modelo más integral, será motivo de lucha interna permanente. La tendencia es favorecer modelos biologicistas en detrimento de holísticos o integrales.

Si bien hay una mirada conjunta entre lo clínico y lo quirúrgico, y una consideración a favor de una mirada más integral, la concepción del paciente no es holística. Los médicos tienden a permanecer en el espacio de las prácticas de su núcleo profesional sin ampliar su saber-hacer hacia prácticas interdisciplinarias ni transdisciplinarias. Aún falta ampliar la mirada “conjunta” hacia la dimensión social y subjetiva del usuario. Si bien no fue motivo de la investigación elaborar diferencias entre las disciplinas médicas, se pudieron rescatar que las especialidades quirúrgicas tienen mayor tendencia a ser celosas de sus prácticas nucleares así como de sus espacios exclusivos.

Otra de las tensiones que se desprenden del presente trabajo es aquella relacionada a los espacios de gestión matricial en contraposición a la gestión tradicional. Estos espacios de gestión que siempre son considerados como arenas de poder, parecen complicar a los trabajadores, al punto tal que hemos observado que hay quienes llegan a confundir quién es el jefe. La modalidad de organización institucional basada en la jerarquía debe confrontar permanentemente con un esquema diferente, con un doble comando de médicos-enfermeros, así como también administrativo-funcional. Se da una lucha en la que enfermería busca ocupar el lugar que tradicionalmente detentaban los médicos. Y los médicos añoran aquel que parecía ser un feudo seguro y tranquilo, a punto de desarrollar intereses propios.

Las democratizaciones hacen tambalear el poder médico hegemónico, donde los modelos de enfermería pueden tomar espacios de poder, ya que si alguien cede, alguien toma.

7.3. Sugerencias a futuro.

Testa opina que es necesario modificar la forma de atender en salud, parafraseándolo, de “pensar en salud”. También dice que no alcanza con reconocer que la institución hospitalaria es un aparato ideológico, no puede esperarse que por el sólo hecho de ese

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

reconocimiento se logren cambios. El autor nos insta a analizar “sus valores”, para lo cual “se deben adoptar procedimientos que permitan observar su funcionamiento desde adentro, es decir comprometiendo a sus trabajadores en el análisis” (Testa, 2006).

El saber quiénes somos y para qué estamos nos hará no sólo replantear nuestras prácticas sino también reconocer nuestras limitaciones y nuestros alcances.

¿De qué modo se disminuyen tensiones? ¿De qué manera se produce salud para los usuarios y beneficio para los trabajadores?

Sugerimos que una manera de disminuir tensiones es la de constituir espacios institucionales e institucionalizados de reflexión desde la práctica, abriendo espacios de debate que centren la mirada en el usuario, en el costo y la calidad de sus necesidades dado que el modelo de cuidados progresivos propone esa perspectiva.

El desafío se encuentra en ajustar esa mirada, en desmenuzarla, en desandarla para luego recomponerla, para no perder el eje, que es el paciente.

La fragmentación de la práctica, el recorrido del paciente dentro de los sectores de internación del hospital, siempre estará en tensión con la necesidad de una mirada clínica ampliada. La manera como se articulen estos recorridos será lo que en definitiva caracterice de mayor o menor integralidad la atención.

Para la superación de dicha fragmentación se propone avanzar en la dimensión cuidadora, que no pertenece a ningún recorte profesional específico, sino que se relaciona con el vínculo diario en las necesidades de salud de las personas y en la articulación de los diferentes saberes (Merhy, 2006). Así como con cualquier acto sobre su salud, los pacientes y sus familias deberán ser informados respecto del movimiento habitual entre sectores o de demoras imprevistas que puedan acontecer.

Para disminuir la tensión entre cuidados y disciplinas, sugerimos a los trabajadores centrarse en el usuario mediante un trabajo conjunto para reforzar los cuidados. Sería necesario repensar la tecnología apropiada que cada sector de cuidados merece tener de acuerdo a la diferente complejidad que requieran los usuarios.

Esto para muchos trabajadores de la salud, supondría reconsiderar sus saberes cuando se encuentre frente a un caso concreto. Se observó que aumentar el conocimiento implicaría para los trabajadores una instancia superadora de conflictos. Este conocimiento quizá debiera plantearse en términos no de disciplinas, sino de cuidados, que son la base del modelo de cuidados progresivos de pacientes.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Incluso se propone, que al momento de nuevos trabajadores ingresantes, se tomen modelos de competencias acordes a los cargos a ocupar, evaluando no sólo las prácticas o las técnicas sino también los valores y actitudes que se requieren para trabajar en modelos innovadores.

Sostener la comunicación entre el equipo a través de dispositivos, encontrando espacios concretos de trabajo colectivo, trabajo en equipo con sus diversas instancias de comunicación, evaluaciones de equipo, relaciones interdisciplinarias y transdisciplinarias. Estos espacios deberían buscarse así como comprometerse al sostén de los mismos, a la reflexión y evaluación de los procesos que afectan al modelo.

Para las tensiones de modelos centrados en enfermeros versus centrados en médicos, se propone sostener las acciones centradas en el usuario, a través de la producción del cuidado desde todos los actores implicados.

Para favorecer la salud del trabajador, en el caso concreto de las rotaciones de enfermería, se sugiere un trabajo conjunto de los implicados con el equipo de conducción del hospital, reafirmando la dimensión subjetiva de quienes ponen en práctica el acto cuidador.

Sugerimos que los espacios de gestión lleven la responsabilidad del acompañamiento, estableciendo una relación de compromisos y responsabilidades entre los saberes individuales y colectivos para comenzar la búsqueda de soluciones efectivas en torno a las múltiples actividades que implican el recuperar el usuario a su comunidad, escuchando por supuesto, lo que el usuario tendrá para sugerir.

Proponemos favorecer todos los canales de comunicación que estén al alcance, no un único canal. Se pueden establecer canales informales, formales, redundantes, matriciales, los verticales, y por qué no transversales. Todos estos canales deberían ser propiciados por los espacios de gestión y defendidos por todas las instancias.

La limitación de la mirada de los componentes sociales, culturales y subjetivos que acompañan los procesos de salud-enfermedad-atención, se relacionan con los modelos centrados en saberes biomédicos, propios de la formación de la mayoría de las facultades de medicina. En esa línea convendría entonces poner especial énfasis, en la construcción de la articulación de los saberes ya que como se mostró en este estudio si bien en algunos sectores se está avanzando en ese sentido, aún faltan espacios de trabajo conjunto y formación para poder hacerlo.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Para favorecer esta construcción del conocimiento se podrían tomar dos oportunidades: por un lado la formación de los residentes de medicina general para aumentar el conocimiento teórico y práctico así como la difusión del modelo de CP al resto de los hospitales de la provincia al momento de sus rotaciones, y por otro, la relación estrecha que tienen los profesionales del HHH dedicados a la educación, con la facultad de medicina de la Universidad del Comahue, propiciando el conocimiento no sólo cuando los alumnos asisten en calidad de rotantes, sino desde un aporte teórico previo a la salida de la facultad, agregando además el concepto del modelo de los CP.

Para lograr un valor de uso, a través de la humanización de la atención, es necesario que se pauten las decisiones colectivas y se democratizen las relaciones de trabajo, entre las capacidades de gestión y las de atención, teniendo en cuenta como afirma Merhy, que ambas se encuentran en permanente tensión dentro de todos los trabajadores de la salud⁵⁶. Es necesario ante esto, también dar cuenta de las acciones llevadas a cabo a través de un sistema de rendición y petición de cuentas, discutidas en todos los niveles de trabajo en salud.

Los gestores podrán motivar y promover los cambios requeridos a través de fomentar el trabajo en equipo, favorecer el cumplimiento de los compromisos, y fomentar la cultura tanto de cantidad como de calidad. Se sugiere para ello el análisis institucional combinado con métodos de gestión y de planificación para producir salud del usuario y de los trabajadores, admitiendo la articulación entre lo cuantitativo y lo cualitativo ante los problemas que deban ser analizados.

7.4. A modo de reflexión final.

Los CP no necesariamente son sinónimo de transdisciplinariedad, trabajo en equipo y gestión eficiente de los recursos, aunque podemos inferir que por la distribución del poder, para nada libre de tensiones, los espacios de reunión que favorecerían los encuentros entre diferentes disciplinas, la construcción de acuerdos en pos del beneficio de producir salud a través del compromiso grupal, todo lo mencionado, podrían ser características que

⁵⁶ cuando Merhy se refiere a capacidades de gestión y atención, se refiere a que “todo trabajador de salud” vive la tensión de hacer el papel de clínico y de gerente del proceso de cuidar de toda una red para la realización del acto terapéutico. Merhy, 2004. P.90

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

favorecieran una mirada compleja del usuario aunque entendemos que los CP no son la única opción para ello. El modelo de gestión matricial favorecería el trabajo por proyectos y a la vez la mirada integral del usuario, pero aún así, nunca está libre de amenazas.

Entendemos que los cuidados progresivos de pacientes no deberían ser un fin en sí mismos, sino un medio, una herramienta y una oportunidad *para*. Una herramienta para producir salud tanto para los usuarios como para los trabajadores.

En ese sentido, podemos rescatar que en el medio de la complejidad, y las tensiones producidas entre *lo viejo y lo nuevo*, los trabajadores comienzan a debatir la necesidad de superar la fragmentación de las prácticas.

En líneas generales, podríamos decir que los trabajadores de la internación del HHH, resisten la tentación de volver a trabajar en modelo tradicional y delegando su narcisismo, acceden a perder ciertos espacios de poder, para volcar su saber en beneficio de ésta praxis, la de los cuidados progresivos, para que en definitiva, *las camas sean de los pacientes*.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alvarado J.S. El Hospital como Institución de Cuidados Progresivos. Rev. Med. Hondur.1972; 40(3):212-231.

Almeida Filho N, & Paim Silva J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médicos Sociales. Año 1975: 5-30.

Amezcu M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. En Enfermería Clínica 2003; 13(2):112-17.Fundación Index, Granada, España.

Ansolabehere K. *et al* Descentralización de la Salud Pública en los Noventa: una reforma a mitad de camino. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia. Documento 55. Octubre 2001. [citado 5 abril 2012] Disponible en: <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/cedi/dt55.pdf>

Araujo Hartz, Z.M de Evaluación en Salud: de los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud. Organizado por Zulmira Maria de Araujo Hartz y Ligia Maria Vieira da Silva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009.

Aravena Carrasco P & Mella Neira P., Modelo de Cuidados Progresivos ¿Utopía o Realidad? [Tesis de Licenciatura] . Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de enfermería. Chile, 2008.

Artaza B *et al*. Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios. Ministerio de Salud. División de gestión de red asistencial. Subsecretaría de redes asistenciales. Gobierno de Chile. 2006.

Arroyo Menendez, M. Coord: Aldo Merino. Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales: Temas, problemas y aplicaciones. Buenos Aires, 2009.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Belmartino S. Una década de cambios en la organización en la seguridad social médica. ¿Reconversión o Reforma? En Spinelli H. compilador. Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad: Epidemiología, gestión y Políticas. Buenos Aires, 2004, p.147-169.

Cairolí H. *et al* Modalidades de Internación en el Hospital Pedro de Elizalde. Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario. Publicación de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. oct 2005. Año 9 N°41.

Carrada Bravo T. La cultura Organizacional en los Sistemas de Salud. ¿Por qué estudiar la Cultura? Rev. Med. IMSS 2002; 4° (3): 203-211.

Carrillo R. Teoría del Hospital. Buenos Aires. Biblioteca Nacional. 2012.

Cecilio L. Autonomía versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. Ciencia & Saúde Colectiva, 1999. 4 (2): 315-329.

Chorny A. Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes. Cuadernos Médicos Sociales. 1998.73: 23-44.

Costa J. La comunicación en acción. Informe sobre la nueva cultura de la gestión. Paidós. 1999. P.55-84; 109-135.

Del Castillo Rueda A & Khosravi Sashi P. Reingeniería en el proceso de gestión e innovación de la asistencia médica hospitalaria. An Med Interna (Madrid) 2005; 22:509-510.

Davila C. Unidades de Cuidado Intensivo en América Latina. [Internet] Segunda conferencia regional de Hospitales de la Federación Internacional de Hospitales. 1-6 dic 1968, San José de Costa Rica. Boletín de OPS [citado en julio 1970].

Disponibile en: <http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v69n1p50.pdf>

Deslandes S., Cruz Neto O, & Gomez R. Investigación Social: teoría, método y creatividad. Minayo M. C. (org.), Buenos Aires. Lugar Editorial. 2003.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

De Sousa Campos G.W. Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2001.

Da Silva D, Titonelli Alvim N & de Figueiredo P. Tecnologías leves em Saude e sua relacao com o cuidado de enfermagem hospitalar. Esc. Anna Nery Rev. Enferm 2008 jun; 12(2):291-298.

Díaz C. Complejidad y cambio en las organizaciones de salud. Gestión y Análisis organizacional. ISALUD, 2008.

Diaz Legaspe, A. Hacia un Nuevo modelo de Atención y Gestión de los Hospitales. En Encuentro Internacional del Seguro Público de Salud. Fundación ISALUD y Provincia de Río Negro. P. 123-146. Buenos Aires. 1998.

Eco U Cómo se hace una Tesis. Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura. Ed. Gedisa, sexta reimpr. 2005.

Ferraz C, Ribas Gomes E & Martins Mishima S. O desafio teórico-prático da gestao dos servicos de Saúde. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 jul-ago; 57 (4):395-400.

Fleury S. Modelos de reforma de la salud en América Latina. En Spinelli H. compilador. Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad: Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires, 2004, p.171-199.

Flores F. Inventando la empresa del siglo XXI, Dolmen Ediciones, Santiago de Chile, 1989.

Flores F. Entrevista. En Creando Organizaciones para el futuro. Granica, 1997.

Franco B & Miranda Magalhaes H. Integralidade na asistencia a saúde: A organização das linhas do cuidado. En: O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004-2º Ed.; Sao Paulo, SP.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Galende E. Debate cultural y subjetividad en salud. En Spinelli H. compilador. Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad: Epidemiología, gestión y Políticas. Buenos Aires, 2004, p 121-144.

Garcia Cardoso C & Azevedo Hennington E. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção a espera pelos sujeitos da mudança. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.9, supl.1, 2011: 85-112.

Gonzalez Castro J. & Salgado Alvarez, C. Aproximación a los efectos de la medicalización sobre la enfermería. Rev. EGEH, 2010: 19-22.

Hernandez Vergel L. *et al.* La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2010:26(1)30-41.

Hospital General Santa Sofía De Manizales. El cuidado progresivo de pacientes. 1979 [Internet] [citado 5 abril 2012] Disponible en:
<http://telesalud.ucaldas.edu.co/rmc/articulos/v2e1a2.htm>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Provincia de Neuquén. Total de Viviendas por Departamento- Año 2010[Internet] Buenos Aires: INDEC; 2010c [Internet] [Citado 5 de julio 2012]. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar>

Iriart C., Merhy Ee & Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 16(1):95-105, jan-mar, 2000.

Koffsmo A. El caso de “El Milagro” Cuando la gestión eficaz permite superar la crisis de salud. Seminario Internacional de Gestión y Reforma de la Salud. Buenos Aires, Nov 2002. [Internet] [citado 10 agosto 2012]
Disponible en: <http://www.elmilagro.egyta.com/modulos/clientes/elmilagro>

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Kornblit, A. Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis. Buenos Aires. Biblos, 2004.

Kuerten Rocha P. Cuidado e tecnologia: aproximacoes a través do modelo de cuidado. Rev.Bras.Enferm. Brasilia 2008.jan-fev; 61(1):113-116.

Lawrence P & Kolodny H. El lado humano de la organización matricial. 2004.[Internet] [citado 06 abril 2012] Disponible en: <http://www.academia.uat.edu.mx/pariente/Articulos/Administracion>

Matos E & Pires D. Teorias administrativas e organizacao do trabalho : de Taylor aos dias atuais, influencias no setor saude e na enfermagem. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2006 jul-set ; 15(3) :508-514.

Merhy E.E.&Oliveira C. O singular processo de coordenação dos hospitais. Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES – v.1– São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2003.P.110-122.

Merhy E.E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde? BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. VER–SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde (2004): 108-137.

Merhy E.E. Salud: cartografía del trabajo vivo?. Buenos Aires: Lugar Editorial.2006.

Merlino A. La entrevista en profundidad como técnica de producción discursiva. En Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales, Arroyo Menéndez, Millán, et al; Coordinador Aldo Merino. 1ªed Buenos Aires, Cengage Learning Argentina, 2009:cap4, 111-132.

Minayo M. C. El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud. Buenos Aires. Lugar Editorial. 1997.

Minayo *et al.* Evaluación por triangulación de métodos: abordaje de programas sociales. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2005.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Minayo M.C. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial.2009.

Mintzberg H. La burocracia profesional. En Diseño de Organizaciones eficientes. Ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2001.

Montaño Freire R. El dispositivo grupal como instrumento de intervención e investigación, Revista Liberaddictus No. 82, noviembre-diciembre Edit. Liberaddictus, AC, México, DF. 2004: 8-19 [Internet] [citado 10 agosto 2012]

Disponible en: <https://sites.google.com/www.liberaddictus.org>

Morgan G. Imaginización: Presentando una nueva amplitud para tiempos turbulentos. Imaginización. Ed. Granica, España, 1999: 39-62.

Morgan G. La Mecanización toma el mando: la organización como una máquina. Alfaomega grupo Editor, México, 1999: 9-28.

Morgan G. Hacia la Auto-Organización: las organizaciones como cerebros. En Imágenes de la organización. Alfaomega Grupo Editor. México, 1999: 65-93.

Morgan G. La creación como realidad social: las organizaciones como culturas. En Imágenes de la organización. Alfaomega Grupo Editor. México, 1999: 99-121.

Morici P.*et al.* Gestión de Recursos: Cuidados Progresivos de Pacientes “Hospital Zonal de Agudos Gral. Manuel Belgrano” Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. [Internet][citado 10 mayo 2012]

Disponible en: <https://sites.google.com/www.eduardorodas.com/gestion-de-recursos-cuidados-progresivos-de-pacientes.2004>.

Motta P. La Ciencia y el Arte de ser Dirigente. Un instrumento indispensable para el desarrollo personal y profesional de actuales y futuros dirigentes. Ed. Tercer Mundo, 1995.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Narvaez J., *et al* .Qué es administración, Editorial Macchi, Buenos Aires, marzo de 1998

Neri A. La reforma del sistema de salud. Cuadernos Médicos Sociales. 2000.77:5-17.

Onocko Campos, R. Reflexões sobre o conceito de humanização em Saúde. Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES – v.1– São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2003:123-130.

Onocko Campos, R. Humano, demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. En Spinelli H. compilador. Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad: Epidemiología, gestión y Políticas. Buenos Aires, 2004: 103-120.

Onocko Campos, R. La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007.

O.P.S. Unidades de Cuidados Intensivos para América Latina. Hacia la Atención Progresiva de Pacientes. Washington. EEUU, 1973.documento 87.

O.P.S. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. La administración estratégica. Washington. EEUU, 1992.

Pereira Tavares, F. A cultura organizacional como um instrumento de poder. Caderno de pesquisa em administração, Sao Paulo, V.1, Nº 3, 2º SEM.1996.

Prestes Motta F.C & Vasconcelos I. Cultura nacional e cultura organizacional. Revista da ESPM. 1997.17-23.

Rodriguez M. El grupo de diagnóstico, en Diagnóstico organizacional. México D.F. Ed Alfaomega. 2005. 103-117.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Ruales J. Tendencias en servicios de Salud y Modelos de Atención de la Salud. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, marzo, año/ vol .22, número 099. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia 2004: 33-39.

Sabino C. El proceso de investigación. Buenos Aires, LUMEN, 1996.

Santoni R. Propuesta de un Nuevo Modelo de Gestión y Atención en Hospitales del Subsector Público de la Provincia del Neuquén. Trabajo Final Integrador. Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social. ISALUD .Inédito: Neuquén, 2004.

Santos Alvarado J., El Hospital como Institución de Cuidados Progresivos al Paciente. Rev. Medica. Hondureña. Vol. 40 1972:212-231.

Samaja J. Epistemología de la Salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial 2004.

Schejter, Virginia *et al.* El clínico pediatra en la alta complejidad: Un trabajo de campo. *Arch. Argent. Pediatr.* [Internet]. 2004, vol.102, n.6 [citado 23 febrero 2012], pp. 451-460. Disponible

en:http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032552004000600008&lng=es&nrm=iso->ISSN 1668-3501

Silva Saraiva L. Cultura Organizacional em Ambiente Burocrático. RAC, V6, Nº1, Jan/Abr, 2002:187-207.

Spinelli H. El proyecto político y las capacidades de gobierno. Salud colectiva, Buenos Aires, mayo-agosto, 2012. 8(2):107-130.

Taranda D. *et al.* Silencio Hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén. Editorial EDUCO. Universidad Nacional del Comahue. Neuquén, 2008.

Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2006.

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Testa M. El Hospital, visión desde la cama del paciente, al Viejo Víctor de la cama seis. En: Salud, problema y debate. Año V, N°9. Buenos Aires; 1993:31-37.

Testa M. Análisis de Instituciones Hipercomplejas en Praxis en Salud: un desafío para lo público, Emerson Merhy y Rosana Onocko, HUCITEC y Lugar Editorial, 1997. 11-70.

Tobar F. Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina. En herramientas para el análisis del Sector Salud. Medicina y Sociedad.2001.

Tobar S. Análisis del Modelo de Gestión y la participación en el Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano en el marco de la política implementada por la Provincia de Buenos Aires. Tesis de Maestría. Fundação Oswaldo Cruz .Escola Nacional de Saúde Publica. Sub-Área de Concentração: Políticas Públicas. 1999.

Vergara C. El contexto de las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Pública. Pan Am j Public Health 8 (1/2), 2000.

Vicente M. Cultura organizacional y desarrollo profesional de los enfermeros. [Tesis de doctorado] Universidad de Granada. Dpto. de Antropología Social. Editorial de la Universidad de Granada. 2007.

Vieytes R. Campos de aplicación y decisiones de diseño en la investigación cualitativa. En Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales, Arroyo Menéndez, Millán, et al; Coordinador Aldo Merino. 1ªed Buenos Aires, Cengage Learning Argentina, 2009: cap2: 41-83.

Zarate Grajales R. La gestión del cuidado de enfermería. Index de enfermería 13.44-45 Granada (2004): 42-46. [citado 4 de marzo 2012] Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009

Peve A.V. Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

APÉNDICES

APÉNDICE A - Modelo de Consentimiento libre e informado.....	171
APÉNDICE B - Guía de entrevista grupal e individual.....	174

Apéndice A- Modelo de Consentimiento libre e informado

Protocolo de confidencialidad y consentimiento informado:

Estimado/a Sr /a:

Por medio de este instrumento, le informamos que Ud. ha sido invitado para participar voluntariamente de la investigación cuyo título es: “Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén: características distintivas, logros y dificultades”. Dicha investigación se realiza como Tesis para obtener el Título de Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, otorgado por la Universidad Nacional de Lanús, maestría cursada en el período 2005-2008.

Los Objetivos de este estudio son:

Objetivo General

- Analizar el concepto del modelo de atención por cuidados progresivos desde la perspectiva de gestores y profesionales del Hospital Dr. Horacio Heller respecto de sus características distintivas, logros y dificultades.

Objetivos Específicos

- Describir las dificultades y logros de la atención por cuidados progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, según la perspectiva de profesionales y gestores.
- Identificar similitudes y diferencias respecto de sistemas tradicionales, según la opinión de profesionales y gestores del Hospital Dr. Horacio Heller.
- Verificar si existen diferencias respecto de la interpretación del modelo según el rol de profesionales o gestores al que pertenezca.

Es Necesario que usted preste consentimiento en relación a los procedimientos que se realizarán:

- Se realizará una entrevista individual o grupal, donde se recogerá información sobre los tópicos a investigar. Los dichos serán grabados por un medio digital y podrá ser devuelto al / la, entrevistado(a) como así también podrá interrumpirse en el momento en que este así lo desee, en cualquier fase de la investigación dado que su participación es voluntaria.

- Las entrevistas individuales y grupales se realizarán respetando lugar, fecha y horario escogidos por los sujetos de investigación. Se espera poder realizar una entrevista en profundidad de 2 hs con cada informante clave; y la entrevista grupal con el equipo en un encuentro de aproximadamente dos horas.
- La entrevista grupal será coordinada por el equipo de investigación.
- Se garantizarán al/a participante anonimato, privacidad y confidencialidad absoluta en relación a las informaciones y declaraciones prestadas verbalmente y/o por escrito antes, durante y después de la realización de la investigación, en el marco de compromiso de respeto y conocimiento de las normas legales y éticas internacionales, nacionales y provinciales
- Se garantizará el acceso, en cualquier etapa del estudio con la investigadora Andrea Peve que puede ser encontrada en la dirección Godoy y Lighuen, del Hospital Dr. Horacio Heller.
- Las informaciones obtenidas no serán utilizadas en perjuicio de las personas, inclusive en términos de auto-estima, prestigio y/o económico-financieros. Las grabaciones estarán seguras y serán inutilizadas al finalizar la investigación.
- Se solicitará responsabilidad con la confidencialidad de los dichos o identidad de las demás personas que participen en la entrevista grupal.
- La transcripción de la grabación será realizada por parte del equipo de investigación y presentada a los(as) entrevistados(as) para revisión y aprobación de la fidelidad a lo dicho.
- La investigadora no posee financiamiento para esta investigación.
- No habrá viáticos personales para participantes en ningún momento del estudio.
- No habrá compensación financiera relacionada a la participación. Si por causa de la misma existiera algún gasto adicional será anteriormente pautado con el investigador para que este absorba esos gastos si estuviere a su alcance.
- Concluida la investigación, los resultados serán divulgados respetando las normas de confidencialidad antes mencionadas y serán accesibles a todas las personas interesadas.
- La modalidad de la divulgación será a través de un encuentro formal con todos los participantes una vez concluida la investigación.
- Este estudio ha sido avalado por la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos, (CAIBSH).
- Respecto de dudas éticas acerca de la investigación y con la finalidad de garantizar sus derechos, usted puede contactar con la Lic. Nadia Heredia, coordinadora de CAIBSH, al

Área de Bioética, al Tel: 4495590-4495591 Int. 7550. Correo electrónico:
areabioetica@yahoo.com.ar

Consentimiento Informado

He sido suficientemente informado sobre el estudio “Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén: características distintivas, logros y dificultades”, como parte de Tesis de Maestría en Gestión, Epidemiología y Políticas de salud, otorgada por la Universidad de Lanús.

La información que he leído me permite tomar conocimiento sobre el objetivo del estudio.

Conversé con la investigadora: sobre mi decisión de participar en este estudio.

Me quedaron claros los propósitos del estudio, los procedimientos que se realizarán y las garantías de confidencialidad y el derecho a la información permanente. Acuerdo voluntariamente en participar de esta investigación y podré retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes o durante la misma, sin perjuicio para mí, ni para el equipo, o servicio en que desarrollo mi labor.

_____, _____, _____ de 20__.

Firma y Aclaración del participante

Firma y Aclaración del investigador

Apéndice B: Guía de entrevista grupal e individual.

Preguntas de entrevista

- **Entrar en clima**

Cuánto hace que trabaja o trabajó en el hospital?

Cuál es el rol que ocupa u ocupaba?

- **Concepto de modelo de cuidados progresivos.**

Tenía experiencia en la modalidad de cuidado progresivos antes de su ingreso al hospital?

¿Qué entiende por internación por cuidados progresivos?

En el hospital Horacio Heller:

De qué manera se organiza la actividad de los cuidados? Quién decide el tipo de cuidados que requerirá el paciente?

Hay protocolos o estándares para la realización de las tareas de cuidado?

Quien organiza los cuidados progresivos?

Cómo se da la interacción entre los diversos sectores de internación?

Cómo ocurre la articulación de los diferentes profesionales en la atención una vez definidos los cuidados?

Cómo ocurre la articulación entre profesionales de diferentes especialidades?

Cuáles son los desafíos a superar cuando los pacientes pasan de un sector de cuidados a otro?

- **Principales características o características distintivas.**

Este modelo hace que el hospital tenga características distintivas? Cuáles serían a su entender?

- **Logros del modelo de atención.**

Cuáles son los logros que se destacan en este modelo?

A quién benefician más directamente los cuidados progresivos?

- **Dificultades del modelo.**

Este modelo de internación por CP conlleva dificultades particulares respecto de la internación tradicional? Cuáles serían?

Qué tipo de dificultades observa hacia el interior del equipo asistencial?

Considera que existen dificultades de relación entre este hospital y el resto de los hospitales de la provincia? Por qué?

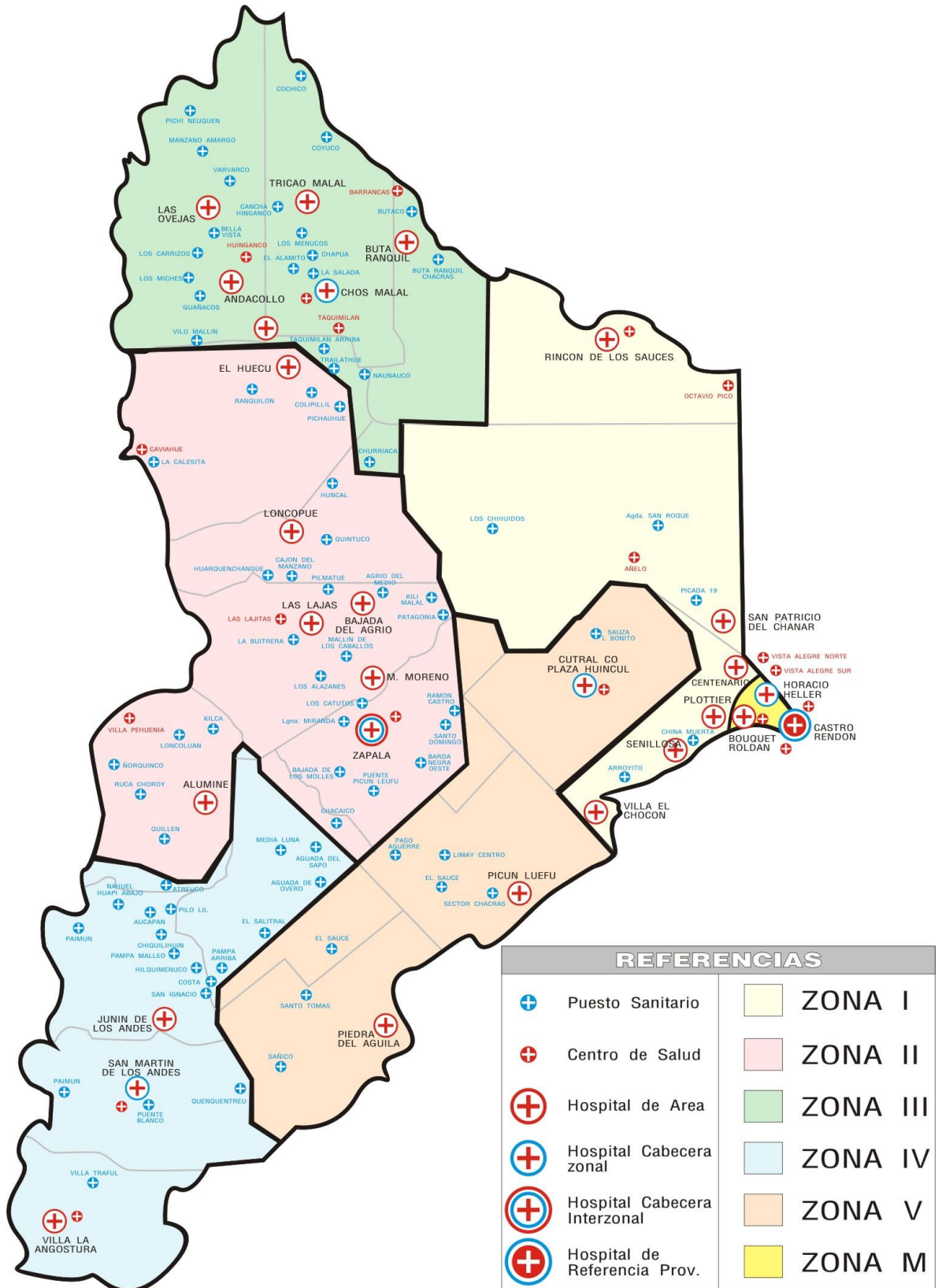
Quisiera agregar algo más?

ANEXOS

ANEXO A - Mapa de la Provincia del Neuquén regionalizado por Zonas Sanitarias	177
ANEXO B – Cuadro. Distribución de Enfermería en relación a Sectores de Cuidado	178
ANEXO C - Organigrama HHH.....	179
ANEXO D- Categorización de Unidades de Producción de enfermería.....	180

ANEXO A.

Figura 1. Mapa de la Provincia del Neuquén, regionalizado por Zonas Sanitarias.



Anexo B

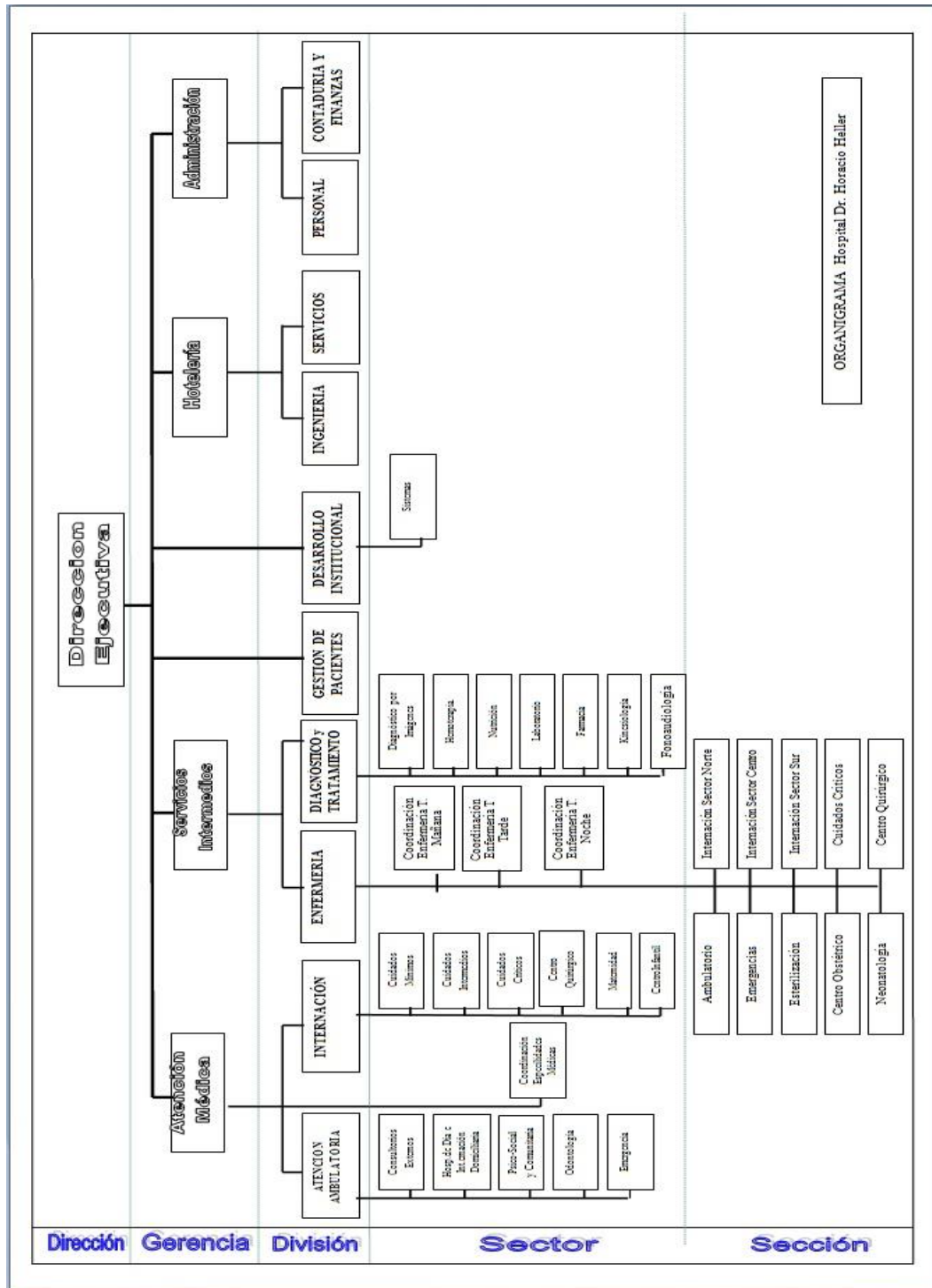
Cuadro 1. Distribución de Enfermería en relación a Sectores de Cuidados de Internación en el HHH.

	Cuidados Críticos	Cuidados Intermedios	Cuidados Mínimos
Camas disponibles	8	30	30
Relac.enfermero-cama	1 cada 3	1 cada 6	1 cada 8

Fuente: Elaboración propia. Datos aportados por Jefatura de División de Enfermería del HHH. 2013.

ANEXO C.

Figura 2. Organigrama del Hospital Dr. Horacio Heller.



ORGANIGRAMA Hospital Dr. Horacio Heller

ANEXO D.

Categorización de Unidades de Producción de Enfermería.UPE.

Categoría I Cuidados Mínimos.

Índice de horas de Atención de Enfermería = 1 hora.

Unidades de Producción de Enfermería = 20 UPE.

- Observación y control de la alimentación, higiene, movilización y eliminación.
- Paciente colaborador.
- Control de signos vitales una vez al día.
- Medicación por vía oral y parenteral.
- Riesgos potenciales: ninguno.
- Arreglo de la unidad.
- Apoyo emocional.
- Información al paciente.
- Observación de la evolución y registros una vez por turno.

Categoría II: Cuidados Moderados

Índice de horas de Atención de Enfermería = 3 horas.

Unidades de Producción de Enfermería = 60 UPE.

- Ayuda en la higiene, movilización y eliminación.
- Paciente poco colaborador.
- Puede comer solo.
- Control de signos vitales una vez por turno.
- Medicación por diferentes vías cada ocho horas.
- Puede estar con venoclisis.
- Riesgos potenciales escasos.
- Arreglo de la unidad más de una vez por día.
- Información al paciente.
- Observación de la evolución y registro dos veces por turno.
- Puede requerir pruebas especiales.

Categoría III: Cuidados Intermedios

Índice de horas de atención de enfermería: 5 horas.

Unidades de Producción de Enfermería: 100 UPE

- Necesitan ser alimentados.
- Baño en cama e higiene parcial por turno.
- Control de eliminación.
- Traslado acompañado o en silla de ruedas. Dificultad en la movilización.
- Cuidados de la piel en los puntos de presión.
- Control de signos vitales uno o más por turno.

- Medicación por venoclisis y vía oral.
- Poco colaborador. Cambios importantes en su estado general.
- Riesgos potenciales: caídas, escaras, infección, complicaciones.
- Arreglo de la unidad varias veces en un turno.
- Uso de instrumentos de compensación de impedimentos funcionales (sondas) y posturales (almohadas, arcos).
- Apoyo emocional al paciente y la familia.
- Observación de la evolución y registro más de tres veces por turno.
- Está sometido a tratamientos específicos de que requieren controles (punciones, medicación riesgosa, estudios especiales).
- Coordinación con otros profesionales para su atención.

Categoría IV. Cuidados especiales

Índice de horas de atención de enfermería: 6.30 hs.

Unidades de producción de Enfermería: 130 UPE.

- Puede alimentarse por sí solo, con ayuda o por alimentación asistida.
- Dificultad para movilizarse por reposo o requerimiento postural.
- Baño en cama. Aseo perineal frecuente.
- Uso de chata, orinal o sonda vesical conectada a bolsa colectora.
- Venoclisis. Plan de hidratación.
- Control de signos vitales varias veces en el turno según evolución.
- Colocación de drenajes. Control.
- Procedimientos invasivos para diagnóstico.
- Curaciones complejas.
- Cuidado general de la piel. Uso de colchón de aire. Cambios de decúbito frecuentes.
- Riesgos potenciales: caídas, infección, requerimiento de oxígeno, escaras, complicaciones.
- Toma de muestras para cultivos.
- Análisis cualitativos.
- Apoyo permanente de enfermería.
- Información a la familia.
- Observación de la evolución y registro más de cuatro veces por turno.
- Requerimiento de asistencia de kinesiología y psicología.
- Arreglo de la unidad y posible aislamiento.

Categoría V. Cuidados Intensivos.

Índice de horas de Atención de Enfermería 10 horas.

Unidades de producción de enfermería: 200 UPE.

- Alimentación asistida (parenteral o por sonda).
- Higiene en cama con cambios frecuente de ropa.
- Movilización cada dos horas. Masajes en zona de apoyo.
- Paciente no colaborador. Desorientado. Dormido. Puede estar en coma.

- Fluidoterapia continua por más de una vía de acceso venoso o arterial, periférico o central.
- Medicación riesgosa. Requiere controlar las dosis, formas de administración y efectos.
- Sonda vesical y nasogástrica. No controla esfínteres.
- Control de signos vitales, presión venosa central, pupilas cada dos horas o con mayor frecuencia.
- Conexión a monitor.
- Aporte de oxígeno intermitente o permanente. Puede requerir asistencia respiratoria mecánica.
- Muestras para cultivo y análisis cualitativos.
- Control electrocardiográfico diario.
- Procedimientos invasivos (punciones, traqueostomía).
- Tratamientos especiales (diálisis).
- Arreglo de la unidad con frecuencia.
- Apoyo de kinesioterapia.
- Vigilancia del paciente y registros muy frecuentes.
- Control de balance hidroelectrolítico muy frecuente.
- Apoyo emocional al paciente y a la familia estableciendo formas de comunicación de acuerdo a las circunstancias.
- Informes de enfermería muy frecuente.
- Aplicación de medidas de estimulación a los pacientes.
- Riesgos potenciales inmediatos: descompensación renal, neurológica, respiratoria, cardíaca. Infección generalizada.

Fuente: Extraído de “Propuesta de un Nuevo Modelo de Gestión y Atención en Hospitales del Subsector Público de la Provincia del Neuquén”. Dr. Ricardo Mario Santoni, Agosto 2004.