

Enmarcando las dificultades de la aplicación del Modelo de Gestión Participativa en un hospital público¹

Andrea Bernardes²

Greta Cummings³

Yolanda Dora Martinez Évora⁴

Carmen Silvia Gabriel²

Objetivo: El estudio tiene como objetivo tratar de las dificultades del equipo de enfermería durante el cambio del modelo de gestión en un hospital público en Brasil. **Método:** Este estudio cualitativo utilizó el análisis de contenido temático propuesto por Bardin; los datos fueron analizados utilizando el marco teórico de Bolman y Deal. **Resultados:** La aplicación vertical de la Gestión Participativa, en contradicción con su filosofía, incide negativamente en la aceptación del cambio por los empleados. La estructura descentralizada se llevó a cabo, pero la toma de decisiones compartida se utilizó sólo en parte. Aunque existe facilitación de la comunicación dentro de la unidad, dificultades surgieron de la falta de comunicación inter-unidades. Valores y principios deben ser compartidos por los equipos; esto sólo ocurre si los gerentes reestructuran las responsabilidades y describir las funciones de todos. **Conclusión:** Modelos innovadores de gestión que tienen como premisa la descentralización de las decisiones y una mayor comunicación fomentan la motivación, la responsabilidad, aumento de la satisfacción, y mejoran la calidad de la atención. La contribución de este estudio se centra en la complejidad de la implementación de una gestión innovadora, el análisis de disenso e intencionadamente en el reconocimiento de dificultades que enfrentan los empleados de la organización.

Descriptor: Grupo de Enfermería; Organización y Administración; Comunicación; Gestión en Salud.

¹ Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), proceso nº 2008/03775-5.

² PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

³ PhD, Profesor, Faculty of Nursing, University of Alberta, Canada.

⁴ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

Correspondencia:

Andrea Bernardes
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Av. dos Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: andreab@eerp.usp.br

Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público

Objetivo: O estudo objetiva abordar as dificuldades relatadas pela equipe de enfermagem durante o processo de mudança do modelo de gestão em um hospital público no Brasil. Método: Este estudo qualitativo utilizou a análise temática de conteúdo proposta por Bardin, sendo os dados analisados usando o referencial teórico de Bolman e Deal. Resultados: A implementação vertical da Gestão Participativa contradiz sua filosofia, influenciando negativamente a aceitação das mudanças por parte dos trabalhadores. A estrutura descentralizada foi implementada, porém a tomada de decisão compartilhada foi apenas parcialmente utilizada. Apesar de haver facilitação da comunicação intra-unidade, as dificuldades mais significativas surgiram da falta de comunicação inter-unidades. Valores e princípios precisam ser compartilhados por equipes, contudo, isso somente ocorrerá se os gestores reestruturarem responsabilidades descrevendo os papéis de todos os membros da equipe. Conclusão: Modelos de gestão inovadores que tenham como premissa a descentralização da tomada de decisão e intensificação da comunicação incentivam a motivação, a responsabilização, o aumento da satisfação do pessoal, além de contribuir para melhorar a qualidade do atendimento. A contribuição do estudo centra-se na descrição da complexidade da implementação de um modelo de gestão inovador, na análise do dissenso e, intencionalmente, no reconhecimento das dificuldades enfrentadas pelos funcionários da organização.

Descritores: Equipe de Enfermagem; Organização e Administração; Comunicação; Gestão em Saúde.

Framing the difficulties resulting from implementing a Participatory Management Model in a public hospital

Objective: This study aims to address difficulties reported by the nursing team during the process of changing the management model in a public hospital in Brazil. Methods: This qualitative study used thematic content analysis as proposed by Bardin, and data were analyzed using the theoretical framework of Bolman and Deal. Results: The vertical implementation of Participatory Management contradicted its underlying philosophy and thereby negatively influenced employee acceptance of the change. The decentralized structure of the Participatory Management Model was implemented but shared decision-making was only partially utilized. Despite facilitation of the communication process within the unit, more significant difficulties arose from lack of communication inter-unit. Values and principals need to be shared by teams, however, that will happens only if managers restructure accountabilities changing job descriptions of all team members. Conclusion: Innovative management models that depart from the premise of decentralized decision-making and increased communication encourage accountability, increased motivation and satisfaction, and contribute to improving the quality of care. The contribution of the study is that it describes the complexity of implementing an innovative management model, examines dissent and intentionally acknowledges the difficulties faced by employees in the organization.

Descriptors: Nursing, Team; Organization and Administration; Communication; Health Management.

Introducción

Las raíces históricas de gestión clásica de la contabilidad contemporánea siguen incrustadas en la teoría y la práctica, incluso en hospitales⁽¹⁾. En Brasil, el sistema de gestión en la mayoría de los hospitales todavía está basada en un modelo funcional que destaca las estructuras formales y verticales. Sin embargo, tales modelos tradicionales no más tratan de las expectativas de los gestores, trabajadores, y particularmente de los pacientes. Los profesionales de enfermería que trabajan en ese contexto a veces se distancian de la atención

prestada a los pacientes cuando se involucran en actividades administrativas burocráticas, con foco en los intereses institucionales. Eso puede ir en contra del papel de los enfermeros como profesionales que interactúan directamente con los clientes para alcanzar mejores resultados de salud para los pacientes⁽²⁾. Así, la capacidad de los enfermeros para alcanzar mejores resultados de salud también es influenciada por el modelo gerencial que una institución adopta.

El mundo en que funcionan los gestores públicos está cambiando rápidamente, indicando un cambio hacia mayor descentralización en los niveles organizacionales y, al mismo tiempo, promoviendo la flexibilidad de la gestión y autonomía⁽³⁾. El modelo participativo de gestión trata de la descentralización de las estructuras de decisión, con unidades autónomas, que reflejan, a principio, el todo organizacional⁽⁴⁾. Esos modelos son basados en equipos multidisciplinarios, menos capas de papeles jerárquicos, responsabilidad compartida y una dinámica de poder balanceada, desarrollada en los procesos de decisión.

Los procesos de democratización están basados en la Cogestión (espacios de lucha/negociación entre los distintos autores) y en la Gestión Colegiada, de manera que todos los trabajadores participan de la toma de decisiones que incide en el trabajo. Todos esos trabajadores se encuentran periódicamente para repensar el ambiente de trabajo y sugerir direcciones para la organización. Un tipo de asamblea o consejo de los Trabajadores en el local de trabajo, ejercitando formas compartidas de liderazgo⁽⁵⁾, es un ejemplo de gerencia democrática esperada actualmente.

Semejante al concepto del Modelo de Gestión Participativa, los hospitales de gobernanza compartida y imanes benefician los pacientes, los enfermeros y las instituciones de salud. Los enfermeros que son liderazgos visionarios y lideran la asistencia logran tomar decisiones, alcanzar la participación colectiva en la producción del cuidado de alta calidad a los pacientes y permiten una gestión más participativa⁽⁶⁻⁷⁾.

La meta del cambio organizacional es implementar cualquiera transformación, utilizando conocimientos e ideas que funcionan en la práctica. Así, el referencial conceptual de *Based on this, was used in this study Bolman and Deal's*⁽⁸⁾ fue adoptado en ese estudio, quienes habían distribuidos entendimientos tanto de la investigación como de la práctica, sobre como las organizaciones funcionan en cuatro grandes cuadros – Estructural, Recursos Humanos, Político y Simbólico. Los conceptos centrales del cuadro *Estructural* son las reglas, papeles, políticas, tecnología y ambiente. Las premisas de ese cuadro reflejan una creencia en la racionalidad, que implica que un variedad adecuada de papeles y responsabilidades formales minimizará la distracción de las personas y maximizará su desempeño en el trabajo. El cuadro de *Recursos Humanos* trata de las necesidades, capacidades y relacionamientos entre los funcionarios y la organización. Otra premisa en ese cuadro es que las organizaciones existen para servir a las necesidades de las personas y que las personas y las organizaciones necesitan unas a las otras. El cuadro *Político* abarca el uso de poder, conflicto, competición y

políticas organizacionales, y su impacto en la eficacia de la organización. El cuadro *Simbólico* trata de la cultura, significado, metáfora, ritual, ceremonia, historias y héroes. La premisa en ese cuadro es que el significado es más importante que los propios eventos.

Esa investigación intenta responder cuales son las principales dificultades con las que se enfrenta el equipo de enfermería en la implementación de un modelo de gestión innovador y participativo. Aunque se admita la necesidad de cambiar el modelo de gestión de un modelo centralizado hacia un modelo participativo y descentralizado en Brasil, ultrapasar barreras para su implementación no es fácil⁽⁹⁻¹⁰⁾, particularmente cuando la organización invirtió en la comunicación verticalista y en la centralización del poder y de la toma de decisión. Así, la finalidad de ese estudio es tratar de las dificultades relatadas por enfermeros durante el proceso de cambio del modelo de gestión en un hospital público en Brasil.

Métodos

Fue llevado a cabo un estudio de caso histórico-organizacional con foco en los resultados de la implementación de un nuevo modelo de gestión en una institución de salud para la vida laboral. Así, el investigador necesita de conocimientos sobre la organización investigada⁽¹¹⁾. Fue adoptada una aproximación cualitativa porque ofreció una comprensión mas a hondo del fenómeno dado.

Este estudio fue conducido en un hospital público ubicado en la región nordeste del estado de Sao Paulo, Brasil. Los programas asistenciales de esa institución terciaria son considerados modelos de excelencia para pacientes en situaciones de urgencia y emergencia. A partir del 1999, empieza a apostar en la descentralización de la estructura administrativa, mediante la aplicación de la gestión compartida, centrada en la planificación colegiada, con representación multiprofesional⁽¹²⁾.

Los principales motivos de cambios enfocaron el hecho que el hospital poseía espacios limitados con administración deficiente y también necesitaba de una atención de salud orientada a las necesidades de la población. Así, los cambios empezaron con la segmentación del hospital en trece unidades funcionales administradas por el Coordinador, designado por el superintendente de la institución; el Equipo de Planificación y Responsabilidad Técnica; el Equipo de Responsabilidad Operacional; el Consejo Administrativo de la Unidad Funcional, incluyendo los Gestores y el Equipo Gestor, y el Grupo de Apoyo Operacional. Los Gestores y Vice-Gestores de las Unidades necesitan de nivel educacional superior, ocupan

una función de nivel superior y deben ser elegidos por mayoría simple entre los miembros del Equipo Gestor.

Los datos fueron recolectados en el 2009, mediante entrevistas con 39 trabajadores del equipo de enfermería del Departamento de Emergencia y de la Unidad de Terapia Intensiva. Solamente un respondiente se recusó a participar. La entrevista abarcó preguntas sobre las modificaciones identificadas en la gestión de enfermería tras el cambio del modelo de gestión, y también sobre cambios identificados en la toma de decisión, comunicación y poder y como esos cambios interfirieron en el trabajo diario. La entrevista también trató de dificultades enfrentadas durante y después del proceso de implementación.

Los criterios de inclusión fueron: estar trabajando en el hospital durante el período de recolecta de datos y haber sido contratado en el 1999 o anteriormente. La muestra abarcó a 11 enfermeros (E), 27 técnicos de enfermería (TE) y una Asistente Técnica de Salud (ATS). Entrevistas semi-estructuradas fueron grabadas con E, TE y ATS con su consentimiento, siendo garantizada la confidencialidad. El guión de la entrevista fue sometido a la validación aparente y de contenido, involucrando a cuatro jueces del área de Gestión en Enfermería.

Entre las varias técnicas propuestas para el análisis de los datos, fue elegido el análisis temático de contenido descrita por Bardin. Las diferentes fases del análisis de contenido son organizadas cronológicamente en: 1- pre-análisis, 2- exploración del material y 3- tratamiento de los resultados, inferencia e interpretación⁽¹³⁾. El referencial teórico⁽⁶⁾ introdujo cuatro interpretaciones de procesos organizacionales utilizadas en el análisis de los datos. Por lo tanto, enfocó el modelo de cuatro cuadros, que abarca los cuadros Estructural, Recursos Humanos, Político y Simbólico. Primero, categorizamos y presentamos los datos cualitativos de la entrevista, y después discutimos los resultados mediante el uso de los cuatro cuadros organizacionales. El proyecto recibió la aprobación del Comité de Ética de la institución (Proceso nº 3068/2008), para cumplir con las exigencias de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, que reglamenta las normas para investigaciones con seres humanos. Los participantes confirmaron su interés y disponibilidad en participar y firmaron el Término de consentimiento tras recibir informaciones completas sobre el estudio.

Resultados

Los análisis de contenido identificaron dos temas principales: dificultades vividas durante el proceso de implementación (Dificultades surgidas del proceso de

implementación), y el regreso a la gestión centralizada (Regresando al Modelo Tradicional de Gestión).

Dificultades surgidas del proceso de implementación

Implementación autocrática y falta de involucramiento del equipo

Según los actores institucionales entrevistados, esa forma de administrar el trabajo diario ofrece ventajas en comparación con la forma anterior. Se destaca la mayor visibilidad del hospital, facilitando la visión de interdependencia entre las diferentes unidades productivas. Sin embargo, cuando fue implementado un nuevo proceso, varias dificultades surgieron y necesitaron de ser ultrapasadas para alcanzar los resultados deseados. Uno de los más importantes aspectos subrayados en los relatos de los participantes fue la "estrategia" utilizada por el coordinador para implementar el modelo de Gestión Participativa. El estilo de implementación vertical y la falta de información sobre cambios fueron destacados en los relatos de los participantes, identificando que no conocían las responsabilidades de cada miembro del grupo:

Lo que pasa es que fue un caos, porque los profesionales quedaron perdidos, sin comprender lo que estaba pasando o sin saber a quien hablar para la solución de problemas y ocurrió una gran confusión del papel del gestor, que no fue bien definido. (E3)

Queda claro que surgieron retos cuando el equipo no estaba preparado para las consecuencias de la implementación de un modelo de Gestión Participativa, que incluyó el liderazgo del equipo multidisciplinar. Surgieron conflictos cuando los individuos no recibieron informaciones adecuadas sobre las responsabilidades de cada miembro del equipo de gestión de la unidad funcional.

Centralización del Poder y de la Toma de Decisión

Las líneas de comando y decisión verticales fueron mitigadas en la situación mencionada anteriormente. Provocar alteraciones adherentes al modelo de Gestión Participativa por cierto significa cambio a través de todo un sistema de relacionamientos y compromisos. Como ejemplo, se destaca la participación intensificada en discusiones en el modelo de Gestión Participativa. Algunos funcionarios relataron que los problemas fueron resueltos más rápido tras la implementación del modelo de gestión colectiva. Sin embargo, eso ocurrió gradualmente y durante un período limitado. Algunas dificultades observadas en algunas unidades funcionales desde la descentralización del poder, tales como la mala información a los trabajadores sobre el modelo de gestión propuesto, llevaron a dificultades en la toma de decisiones. Otro reto enfrentado se refiere a una nueva

centralización del poder y de la toma de decisión en las unidades funcionales:

Pero quien decide es una categoría. Son principalmente los enfermeros quien deciden. (TE5)

Los principios de la Gestión Participativa no fueron seguidos en todas las unidades, especialmente en lo que se refiere a la descentralización del poder y de la toma de decisión, que los participantes percibieron como todavía centrados en los grupos de médicos y enfermeros. Otro hallazgo importante está relacionado a la participación de los profesionales de nivel medio – técnicos de enfermería – en los foros de discusión. El modelo de Gestión Participativa implica el involucramiento de todos los interesados en la solución de problemas y en el desarrollo de propuestas para mejorar los servicios. En ese caso, esos técnicos de enfermería se sintieron desvalorizados, percibiendo que solamente fueron incluidos para prevenir la cancelación de reuniones. Los técnicos de enfermería, como parte interesada minoritaria en los grupos gestores, relataron que los grupos raramente alcanzaron un consenso y que las votaciones durante las reuniones acabaron por apoyar los intereses de los profesionales de nivel superior.

"[...] Cosas importantes, nosotros profesionales del nivel bajo y medio para abajo, poco importa nuestra opinión. Muchos veces nuestra opinión se requiere solamente para hacer números, protocolos. (AE16)

Se evidenció el involucramiento limitado de algún técnico de enfermería en la solución de problemas, en el establecimiento de ideas y en el uso del potencial creativo. Esos profesionales, quizá debido a la desilusión vivida durante las reuniones, no más se interesan por su representación en el grupo. Varios participantes relataron que aquellos que representan su disciplina profesional no les informan sobre las decisiones y que su poder disciplinario fue expropiado.

Comunicación vertical y desorganización en el trabajo diario

Los participantes relataron comunicación más fácil dentro de la unidad durante la implementación de este estilo de gestión. A pesar de la facilitación, emergieron dificultades más significativas de la falta de procesos comunicativos dentro de la unidad. Algunas unidades presentaron dificultades de comunicación intensificada en todos los niveles durante la implementación, especialmente en aquellas cuyos gestores eran más centralizados:

[...] dependiendo del gestor de cada unidad funcional, funcionó de una manera, si el gestor era una persona comunicativa, que se importaba con que todo el equipo supiera lo que estaba ocurriendo, de los hechos, de las decisiones, todo el equipo era informado (ATS)

Esfuerzos en el desarrollo de estrategias que estimulan la comunicación entre y dentro de las unidades, y mayor unidad entre los profesionales durante la solución de problemas es una característica importante de esa implementación.

Dificultad en la elección de los gestores

A principios del proceso de implementación, el coordinador propuso elegir los gestores. Sin embargo, eso no ocurrió a la hora de cambiar el equipo:

Se hizo una elección solamente la primera vez, no la segunda. El segundo fue nombrado. (TE10)

Los participantes relataron que fue organizada una elección inicial para elegir los gerentes; sin embargo, los miembros del grupo no tuvieron oportunidad de votar la segunda vez cuando un gestor salió. Para que los grupos gestores funcionen de forma óptima, cada uno elige un gestor quien coordina y apoya al equipo. La posición de ese gestor es estratégica, y abarca el monitoreo de planes de implementación en la unidad funcional. Sin embargo, los equipos deben lograr desarrollar relaciones de trabajo próximas con los gestores, confiar en y tener un sentido de empatía por ellos, y eso aumenta aún más cuando se elige los gestores.

En muchos casos, los grupos no se movilizaron para indicar candidatos potenciales para una futura elección, ni manifestaron interés personal. Los posibles factores relacionados son múltiples, tales como la no adhesión de los grupos a las premisas del modelo, falta de compromiso, falta de conocimiento, características personales (autoritarismo, autocracia) y/o falta de incentivo, incluso compensación financiera y la liberación de parte de la carga de trabajo para desempeñar las actividades de gestión.

Regreso al Modelo de Gestión Tradicional

La implementación del Modelo de Gestión Participativa resultó en muchos avances y, para alcanzar las mejoras descritas arriba, fueron encontradas muchas dificultades, mas la salida del coordinador en febrero del 2003 tuvo papel crucial, ya que señaló el regreso al modelo anterior. Sin esa presencia constante, una reorganización interna permitió el regreso a un Modelo de Gestión Tradicional, a pesar de la adopción formal de un Modelo de Gestión Participativa.

Mira, mientras [sic] yo estaba todavía pensaba que todavía estaba más o menos, no es que estaba aquello que nosotros realmente esperábamos, digamos, estaba término medio, después que [sic] partí se estropeó de una vez. (TE1)

La creación de nuevas directivas de gestión y procesos organizacionales resulta en el alcance de

soluciones localmente de manera más contextualizada y eficiente. Parece que esa fue la situación en ese hospital durante el liderazgo del primer coordinador. Tras la salida del coordinador, las reuniones multiprofesionales se eliminaron casi totalmente y una vez más los funcionarios eran informados sobre decisiones solamente después que habían sido tomadas. Así, mientras el coordinador lideraba el proyecto, las premisas de la Gestión Participativa eran implementadas:

El coordinador peleó con muchos debido a ese sistema, así [sic] visualizar el sistema de salud, de intentar colocar, implantar... (TE12)

La implementación con éxito implica que la mayoría de los involucrados apoya y se compromete con el modelo, ya que el compromiso lleva a la responsabilidad compartida. Es solamente si el modelo se integre a la práctica actual y se enraíce mediante acciones concretas de varios actores sociales que la implementación pueda ser efectiva.

Cuando el coordinador partió dificulto, porque [sic] era el único, de todo eso, que discutía, y aseguraba (el modelo). Los otros hicieron continuar el trabajo hasta que todos vacilaron y entonces, lógico, el sistema tradicional regresa. (TE12)

La persistencia del coordinador fue apropiada, ya que la transición hacia un nuevo modelo de gestión demanda tiempo para que los profesionales comprendan y aceptan transformaciones en el estilo de gestión. Sin embargo, concomitantemente con ese proceso, la salida del coordinador dificultó considerablemente la continuación del Modelo de Gestión Participativa siendo construido.

La centralización de la toma de decisión y del poder

El regreso gradual al Modelo de Gestión Tradicional, que acarrió la centralización del poder y de la toma de decisión, culminó en la salida del coordinador:

Peor que antes, porque el poder se le estaba subiendo a la cabeza de las personas otra vez, sólo que, así, un poco peor que antes... Me pongo muy enfadada, a veces salgo fastidiada, las personas no vienen y conversan como está... (E1)

Aunque esa institución originalmente fue considerada flexible con una estructura horizontal, en realidad adoptó un estilo de gestión jerárquico, vertical, que también deconstruyó la lógica de la Gestión Participativa respecto al poder y a la toma de decisiones. Eso quedó evidente cuando varios miembros del equipo de enfermería revelaron que siguieron reportando a una enfermera:

Tenemos una enfermera jefe, una enfermera jefe de guardia, ¿sí? Y tenemos una encargada, encargada de guardia, gerente operacional y otra no me acuerdo ahora cual es, pero son tres niveles de... Como era anteriormente. (E5)

Se evidenció que el equipo de enfermería, y otros profesionales, empezaron a aislarse una vez más y desempeñar su trabajo de manera independiente de los otros. Eso fue una gran preocupación, particularmente cuando se esperaba la interacción y el trabajo interprofesional.

Comunicación divisiva

Los ideales del equipo descentralizado fueron socavados cuando el coordinador salió y los funcionarios abrazaron la segregación, que trajo una comunicación divisiva y difícil, anteriormente arraigada en el Modelo de Gestión Tradicional.

[...]Después de la partida del coordinador, la tendencia del modelo fue querer regresar a los modos tradicionales, porque las personas en la dirección, en aquel momento, todavía era personas con una formación y visión del modelo tradicional. ... Ahora se hizo una promesa. El nuevo coordinador está solicitando a los gestores de las unidades que empiecen a hacer reuniones, para dejar todo en orden, pero no sé lo que resultará. La puerta que teníamos de acceso a la dirección no tenía tranca. Llegaba, batía muy respetuosamente y pronto era atendido, por quien estuviera allí. Ahora tiene una tranca, es el modelo tradicional, eso impone una barrera [...] (TE12)

El Modelo de Gestión descentralizada ofreció un cambio bienvenido, en que los funcionarios fueron escuchados y las cuestiones se discutían en conjunto. Sin embargo, el regreso a la Gestión Tradicional llevó al acceso limitado de los funcionarios a la gestión, siguiendo únicamente la jerarquía establecida.

Discusión

La comprensión del servicio de enfermería en un Modelo de Gestión Tradicional es relevante para la implementación de un modelo participativo porque romper las líneas de comando verticales en una organización hospitalaria tradicional representa un reto, además de las peleas y rivalidades interprofesionales existentes⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Un estudio en Malasia mostró que las aproximaciones de la gestión participativa tuvieron papel fundamental en el alcance de las metas, blancos y objetivos organizacionales. La responsabilidad fue una gran preocupación en el proceso de gestión y muchas veces le faltaban aproximaciones participativas, llevando a su substitución por el 'modelo burocrático' en la práctica actual⁽¹⁷⁾.

En ese contexto, para mejor comprensión de las dificultades identificadas en la implementación de ese modelo de gestión, se discuten los cuatro cuadros⁽⁸⁾.

Cuadro estructural

El Modelo de Gestión Participativa ofreció algunas ventajas que contribuyeron a los avances alcanzados en el hospital – mayor visibilidad interna y externa, y algunos señales de mejora en la prestación de cuidados. Esos muestran el Cuadro Estructural con su enfoque en cambios ambientales⁽⁸⁾. Sin embargo, cambiar las estructuras institucionales funciona bien cuando hay metas claras, y cuando las relaciones de causa y efecto son bien comprendidas. Cuando los cambios han sido establecidos desde hace poco, varias dificultades emergieron, especialmente tras la partida del coordinador y visionario de la propuesta.

En el cuadro estructural, darles a las personas los papeles ciertos representa una expectativa significativa. Cuando recubierto del cuadro político, con su énfasis en la necesidad de construir y mantener relaciones fuertes para la toma de decisiones⁽⁸⁾, uno de los retos principales fue la “estrategia vertical”, utilizada por la coordinador para implementar la Gestión Participativa. A pesar de la clara necesidad de cambio en la institución⁽¹²⁾, no ocurrieron discusiones internas en gran escala para preparar la reforma administrativa. Sin embargo, se debe considerar que, cuando hay cambios significativos en la estructura de la organización, los funcionarios sufren porque las maneras antiguas de hacer las cosas se fueron e nuevas manera todavía no se confirmaron, dejando un período de transición desordenada⁽¹⁸⁾. La respuesta del liderazgo es admitir las pérdidas y sentimientos caóticos que emergen, y pasar por los cambios hasta la familiarización con las nuevas estructuras y los nuevos procesos.

Las demandas de los ambientes de atención a la salud del siglo 21^o de cierta manera resisten a las soluciones gerenciales tradicionales de los problemas; así, los servicios de salud necesitan de habilidades de toma de decisión especializadas y procesos dirigidos por estrategias innovadoras de pensamiento y comunicación efectiva⁽¹⁵⁾. La estructura modelar, con varias unidades de trabajo vinculadas, se basa en la comunicación facilitada por los equipos; sin embargo, la interdependencia entre las unidades funcionales puede ser alcanzada solamente mediante un sistema amplio de comunicación intensa⁽⁴⁾.

Como las premisas del Modelo de Gestión Participativa no se cumplieron totalmente, la adhesión de los profesionales se dificultó. La pérdida de sentido, estabilidad, confusión y caos representaron barreras al éxito, y ni todos los funcionarios estaban dispuestos a cambiar. Aquellas personas que se recusan a aceptar el cambio organizacional, especialmente trabajadores más

viejos, a veces construyen sus propios cárceles psíquicos y entonces se encierran⁽⁸⁾.

Cuadro de Recursos Humanos

La presencia de los Técnicos de Enfermería como minoría en los grupos de gestión representó otro reto, ya que esos profesionales raramente lograron participar en las discusiones. Para mejorar las relaciones profesionales de alta calidad, la gestión hospitalaria debe destacar estrategias organizacionales como apoyo a la participación del equipo en actividades de grupos de trabajo y en la toma de decisiones, comunicación interpersonal formal/informal, y actividades integradas para construir confianza y relacionamientos entre los miembros de un grupo de trabajo. Cuando el contrato entre la organización y el equipo funciona bien, las necesidades de ambos son atendidas: la organización posee una fuerza de trabajo que presta cuidados excelentes, y los profesionales tienen trabajo significativo y satisfacción con su compensación⁽⁸⁾. Sin embargo, cuando la centralización y los procedimientos de control para administrar las cuestiones profesionales no muestran los funcionarios como esenciales al alcance de las metas organizacionales, los esfuerzos se fragmentan y el desempeño sufre con influencia negativa en la atención.

Cuadro político

La mayoría de los grupos funcionaron hasta la partida del coordinador. Después, muchos grupos se volvieron disfuncionales y, a pesar de la descentralización formal del modelo, la toma de decisión una vez más siguió los principios tradicionales de jerarquía y centralización.

Los participantes también relataron que fue organizada una elección inicial de los gestores, pero que no se repitió. En el Cuadro Político, la elección de gestores con habilidades apropiadas puede ser considerada un recurso escaso y, así, la falta de repetición de esa elección representa un conflicto político significativo⁽⁹⁾. La creación de arenas para negociación y formación de nuevas coaliciones por los liderazgos es primordial. Para que eso ocurra, no obstante, los profesionales de salud deben confiar en su liderazgo y, por lo tanto, participar en la selección de un candidato para aquel papel de liderazgo.

Cuadro simbólico

El regreso al Modelo de Gestión Tradicional sugiere que los cambios no fueron cambios centrales, pero principalmente simbólicos, sin alterar el significado del trabajo para todos los individuos, y por eso no sería sustentados⁽⁸⁾. La falta de consideración de los representantes disciplinarios como mediadores para sus

disciplinas también muestra cambios que fueron más simbólicos que profundos para el núcleo del trabajo de los profesionales. El significado del trabajo no cambió realmente para el equipo porque siguió tan centralizado dentro de los grupos de médicos y enfermeros.

Los líderes disciplinarios inspiran las personas e influyen positivamente en la cultura organizacional mediante su comportamiento y prácticas de liderazgo esperados⁽¹⁹⁾, especialmente en ese modelo. Esos líderes intentan captar los profesionales; enmarcan el significado al proveer interpretaciones plausibles de experiencias. Descubren y comunican una visión. En ese caso, la respuesta del liderazgo abarcó la reunión de grupos de profesionales para revisar las metas de cambio y su real significado para el trabajo, la delegación y la operación del cambio por funcionarios individuales. Los líderes también necesitan llamar a aquellos que pretenden cambiar pero en realidad no suponen un cambio verdadero. Ese tipo de responsabilidad es necesario y muchas veces falta en tales contextos.

Implicaciones para Organizaciones Cambiantes

La comunicación es uno de los procesos que más influyó en la implementación exitosa de ese modelo, y puede ser considerada a través de los cuatro cuadros⁽⁸⁾. Se usa la comunicación para a) transmitir hechos e información dentro del cuadro Estructural, b) expresar la troca de información, necesidades y sentimientos dentro del cuadro de Recursos Humanos, c) enfocar la influencia, el poder, o la manipulación y gestión de conflictos, construir alianzas y desactivar la oposición dentro del cuadro Político, y d) permitir que las personas cuenten historias y discuten sus sentimientos y deseos dentro del cuadro Simbólico. Cuando la comunicación transmite hechos e información, tiene relación con el cuadro de Recursos Humanos y, cuando expresa la troca de información, necesidades y sentimientos, está asociada al cuadro Político porque enfoca la influencia en o manipulación de los otros, además de la construcción de alianzas y la capacidad de desactivar la oposición. La comunicación también se refiere al cuadro Simbólico cuando las personas cuentan historias y discuten sus sentimientos y deseos.

Diez años después, las características inherentes a los Modelos de Gestión Tradicional son observadas actualmente en ese hospital. Esos abarcan el poder y la toma de decisión centralizados y dificultades para establecer un proceso de comunicación eficiente, mientras las características ideales consistentes con la Gestión Participativa son la colaboración interdependiente entre las unidades, la comunicación abierta y la toma de decisiones compartida⁽²⁰⁻²¹⁾. Notablemente

fueron observados el compartimiento gradual del poder y mayor autonomía en la toma de decisiones hasta la partida del coordinador de la implementación.

Cuando una organización anuncia un cambio y empieza la trayectoria de la implementación, es importante seguir las acciones hasta el final y ultrapasar las adversidades. Cuando las cosas no mejoran, el equipo puede volver aún más suelto que antes, lo que puede causar gran perjuicio a todos⁽¹⁶⁾.

Mantener esa implementación puede demandar un campeón para enfrentar los grupos poderosos, para mostrarles que su comportamiento no más está aceptable si mantengan el poder y la toma de decisiones para sí. El trabajo en equipo y también los pacientes son influidos por el líder, sea el médico o la enfermera. Por lo tanto, las enfermeras y los médicos deben colaborar y beneficiarse de la capacitación para solución de conflictos, métodos efectivos de afirmar su opinión, habilidades de escucha y conducción de rondas colaborativas, lo que significa el compartimiento de la comunicación y toma de decisiones, y cooperación basada en poder y autoridad compartidos⁽²²⁻²³⁾.

Limitaciones y Fuerzas

Ese estudio complementa otra publicación en la misma Revista en los últimos dos años sobre el Modelo de Gestión Descentralizada, que principalmente enfocó los avances de esa implementación⁽¹⁰⁾. La contribución de ese estudio es que describe la complejidad de implementar un modelo de gestión innovador en un hospital brasileño, examina la discordancia, expresa diferentes creencias e intencionadamente admite las dificultades que los funcionarios enfrentan en la organización.

Una de las limitaciones de este estudio es que las entrevistas fueron conducidas solamente en el equipo de enfermería de dos unidades en un único hospital. Es importante expandir la población del estudio e involucrar el equipo interdisciplinario para observar las percepciones diferentes y semejantes respecto al modelo de gestión adoptado. Otra limitación se refiere al hecho que el proceso de cambio inició diez años antes de la recolecta de datos, lo que significa la posibilidad de sesgo, ya que ni todos se acuerdan de todo el proceso.

Conclusión

La implementación del Modelo de Gestión Participativa permitió mejoras internas en la institución hospitalaria estudiada, con repercusiones positivas para la prestación de cuidados a los pacientes, principalmente durante los años iniciales del cambio. La percepción

del equipo de enfermería sobre ese proceso es que la comunicación y decisiones aumentaron poco después de la implementación.

Sin embargo, la implementación de ese modelo puede ser socavada cuando el equipo no se compromete a poner en práctica sus premisas filosóficas – estructuras descentralizadas, participación en equipo, responsabilidad compartida y comunicación con grupos de interesados, participación de todos los miembros del equipo en la toma de decisiones y cualificación de las mejoras, y mayor motivación de los funcionarios en su desempeño. Así, los profesionales no sabían lo que se esperaba de ellos en la nueva estructura, ni cuales eran las responsabilidades del grupo gestor. Ese hallazgo importante se relacionó al estilo de implementación "vertical" para finalmente estancar el éxito de la iniciativa. Por lo tanto, mientras el modelo de gestión formalmente adoptado era la Gestión Participativa, Modelo de Gestión Tradicional reinó.

Se destaca que no basta simplemente reestructurar la organización sin considerar todos los cuatro cuadros que serán más exitosos cuando combinados. Cómo las personas colaboran (o no) no cambiará si los líderes y gestores simplemente reestructuren las responsabilidades sin cambiar los verdaderos papeles y descripciones funcionales de todos los miembros del equipo en discusión con los mismos. La alta administración necesita liderar por ejemplo y confiar en su equipo para elegir su gestor apropiadamente. Valores y principios deben ser decididos en grupo, y entonces los equipos necesitan identificar como colocarán en práctica un valor específico en el local de trabajo.

Cuando de la reanudación con el modelo de Gestión Participativa para implementación futura, recomendamos que, para ser exitosa, sea considerada la importancia de la participación y responsabilidad compartida de todos los miembros del equipo hospitalario en su implementación.

Referencias

1. Parker L, Ritson P. Accounting's Latent Classicism: Revisiting Classical Management Origins. *Abacus*. 2011;4(2):234-65.
2. Rocha ESB, Trevizan MA. Quality management at a hospital's nursing service. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(2):240-5.
3. Casanovas GL, McDaid M, Costa Font J. Decentralization and management autonomy? Evidence from the Catalan hospital sector in a Decentralized Spain. *Int Public Manage Rev*. 2009;10(2):103-19.
4. Motta PR. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record; 2002. 236 p.
5. Campos GWS. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: HUCITEC; 2000. 236 p.
6. McDowell J, Williams R, Kautz D, Madden P, Heilig A, Thompson A. Shared governance: 10 years later. *J Nurs Manage*. 2010;41(7):32-7.
7. Kramer M, Maguire P, Brewer BB. Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *J Nurs Manage*. 2011;19(1):5-17.
8. Bolman LG, Deal TE. *Reframing organizations: artistry, choice, and leadership*. 4th ed. United States of America: Jossey-Bass; 2008. 528 p.
9. Haugaard M. Democracy, Political Power, and Authority. *Soc Res: Int Q*. 2011;77(4):1049-74.
10. Bernardes A, Cecílio LCO, Évora YDM, Gabriel CS, Carvalho MB. Collective and decentralized management model in public hospitals: perspective of the nursing team. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(4):1003-10.
11. Fachin O. *Fundamentos de metodologia*. São Paulo: Saraiva; 2006. 210 p.
12. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Evaluation of the model of organization of the emergency unit of the university hospital, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, based on the adoption of the national policy of emergency care and humanization as a reference. *Medicina*. 2003;36:498-515.
13. Bardin L. *Content Analysis*. Lisboa: Persona; 2007. 223p.
14. Bernardes A, Cecílio LCO, Nakao JRS, Évora YDM. Obstacles found in the construction of a democratic and participatory hospital management model. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):861-70.
15. Bernardino E, Felli VEA. Knowledge and power necessary to reconstruct nursing after management changes at a teaching hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(6):1032-7.
16. Kirkpatrick I, Dent M, Jespersen PK. The contested terrain of hospital management: Professional projects and healthcare reforms in Denmark. *Current Sociol*. 2011;4(59):489-506.
17. Hashim F, Alam GM, Siraj S. Information and communication technology for participatory based decision-making-E-management for administrative efficiency in Higher Education. *Int J Phys Sci*. 2010;5(4):383-92.
18. Bridges W. *Managing Transitions: Making the most of change*. 2 ed. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company; 2003. 130 p.

19. Wong CA, Laschinger H, Cummings GG, Vincent L, O'Connor P. Decisional involvement of senior nurse leaders in Canadian acute care hospitals. *J Nurs Manage.* 2010;18(2):122-33.
20. Spiers JA, Cummings GG, Langenhoff P, Sharlow J, Bhatti A. But we can't go back. *J Leadership Studies.* 2010;4(1):6-19.
21. Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2008;61(2):232-41.
22. Thomas EJ, Sexton B, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med.* 2003;31(3):956-9.
23. Dougherty MB, Larson E. A Review of Instruments Measuring Nurse-Physician Collaboration. *JONA.* 2005;35(5):244-53.

Recibido: 9.8.2012
Aceptado: 6.11.2012

Como citar este artículo:

Bernardes A, Cummings G, Évora YDM, Gabriel CS. Enmarcando las dificultades de la aplicación del Modelo de Gestión Participativa en un hospital público. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].* nov.-dic. 2012 [acceso: / /]; 20(6):[10 pantallas]. Disponible en: _____

día mes abreviado con punto año

URL