

Proceso de cambio organizacional en el área de urgencias de un Hospital Público

Ernesto Pacheco y Leonor López
Unidad de Posgrado e Investigación de la FCA
Universidad Autónoma de Yucatán
Mérida, Yucatán, México
Ernesto.po86@gmail.com, leonor.lopez@correo.uady.mx

Abstract— The work presented had the intention to describe the process of organizational change in the emergency room of a public hospital in Mérida, Yucatán. Whereupon is intended to advance the understanding of the phenomena of change itself, and the way it is presented. Likewise shows the need for the state to fulfill the social mandate to provide timely care, with quality and equal to population, to study and publicize the problems facing the change process will help the authorities to take measures to achieve more efficient results, through the processes of organizational change. The research was approached from a qualitative perspective and to gather information it was used the semi-structured interview, documental review and participant observation. The results show that the hospital has not achieved effective change process, identifying as the main cause failure in communication about change at all levels.

Keyword— *Hospital, change, organizational change.*

Resumen— El trabajo que se presenta tuvo como objetivo describir el proceso de cambio organizacional en el área de urgencias de un hospital público en Mérida, Yucatán, con lo cual se pretende avanzar en la comprensión tanto del fenómeno mismo del cambio, como de la manera en que éste se presenta. Estudiar y dar a conocer la problemática que se enfrenta en el proceso de cambio, contribuirá a que las autoridades tomen medidas para lograr resultados más eficientes, a través de los procesos de cambio organizacional. La investigación se abordó desde una perspectiva cualitativa y para recolectar la información se hizo uso de la entrevista semi estructurada, revisión documental y observación participante. Los resultados permiten concluir que el hospital no ha logrado un proceso de cambio efectivo, identificado como causa principal el fallo en la comunicación acerca del cambio a todos los niveles.

Palabras claves— *Hospital, cambio, cambio organizacional.*

I. INTRODUCCIÓN

La salud humana representa un elemento de gran importancia en cualquier sociedad ya que repercute en su desarrollo y en la calidad de vida de sus habitantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), define a la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud es un elemento esencial para el desarrollo económico de cualquier país, por lo que se constituye en una prioridad de las políticas públicas como una estrategia para buscar y mantener el bienestar social. El concepto de bienestar social, de acuerdo con la OMS (2009), hace referencia a aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, las cuales explican muchas de las inequidades sanitarias.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo establece como factores esenciales para alcanzar el desarrollo de las personas la salud, la educación y los recursos necesarios para disfrutar de un nivel de vida decoroso. Dados estos factores se deben desarrollar y poner en acción las capacidades del Estado para brindar a la población los servicios que se requieren para alcanzar estas aspiraciones (López, 2011).

Según Ascués (2005), la Organización Panamericana de la Salud, establece como delimitación mínima del sector salud, a todas las unidades institucionales de la economía cuyas actividades y

productos están relacionadas con la prestación de servicios de prevención, curación y rehabilitación de la salud.

La Secretaría de Salud (2008), en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, señala que el sistema público de salud mexicano, está integrado por dos grandes sectores: el Sector de Seguridad Social y el Sector Asistencial. El primer sector presta servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, sus familias y trabajadores ya jubilados. El segundo sector presta servicios a la población no derechohabiente que, de acuerdo con los últimos censos publicados, representa alrededor del 50% de la población y que es la que se encuentra en condiciones de mayor vulnerabilidad socio-económica. El sector salud se enfrenta a problemas de fragmentación lo que desemboca en capacidades de atención diferentes para la población (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Las expectativas de los ciudadanos en relación con los servicios de salud son cada vez mayores. Para considerar que un servicio es suficientemente bueno, se debe cumplir con los estándares esperados por los usuarios, así como los estándares de las instancias con influencia social que ponen en evidencia, de manera pública, la mala calidad o la existencia de problemas en los servicios de salud (Grol, Baker y Moss, 2004).

En el caso de Yucatán corresponde a su Secretaría de Salud (2013) planear, normar y controlar los servicios de salud en el Estado, en sus vertientes de atención médica, asistencia social y salud pública, regulación sanitaria y operación administrativa general.

El Plan Estatal de Desarrollo 2012-2018, menciona que los SSY deben prestar servicios que cumplan dos condiciones: (a) una cobertura efectiva y (b) una respuesta eficiente y con calidad a los retos de la salud pública de la región (Gobierno del Estado de Yucatán, 2012).

El hospital público objeto de la investigación llevada a cabo depende de los SSY y representa uno de los principales actores en la prestación de servicios de salud, ya que su área de influencia se extiende no sólo al estado de Yucatán sino a las entidades circunvecinas. Su importancia radica en ser el único hospital que ofrece servicios de atención en todos los niveles, sin embargo, su capacidad resolutoria está ampliamente rebasada por la demanda de atención, situación que ha redundado en prolongados tiempos de espera que le han restado eficiencia y oportunidad en la resolución de los padecimientos atendidos.

La situación general de escasez de servicios de salud eficientes se ha visto agravada por el incremento en la demanda de atención derivada del establecimiento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud¹, encargada de supervisar el Seguro Popular; al mes de octubre de 2015 había un total de 1,054,292 personas afiliadas en el Estado de Yucatán (Seguro Popular, 2015).

Un área donde los efectos de la saturación se reflejan de manera especial es el área de Urgencias. Por ello el trabajo que se presenta tiene como objetivo describir el proceso de cambio organizacional emprendido en dicha área para tratar de cumplir con el reto de cobertura efectiva, con calidad y eficiencia.

II. MARCO TEÓRICO

El cambio es un fenómeno organizacional respecto del cual han existido distintas corrientes de pensamiento y propuestas teóricas. Sin embargo, de acuerdo con Poole y Van de Ven (2004) todas las

¹ La cuál es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud de México con autonomía técnica, administrativa y operativa que responsable de financiar la provisión de los servicios de salud a la población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud.

teorías de cambio llevan implicaciones respecto del papel de la agencia, el espacio (niveles de análisis individuo, grupo, organización y ecológico) y el tiempo.

Se puede definir el cambio organizacional como una diferencia en la forma, calidad o estado de una entidad organizativa en el tiempo. La entidad puede ser un individuo, un grupo de trabajo, una subunidad de la organización, la organización en general, o comunidades más grandes de las organizaciones, como las industrias (Poole y Van de Ven, 2004).

Explicar el cómo y por qué las organizaciones cambian ha sido una búsqueda continua por parte de los académicos (Van de Ven y Poole, 1995). Sin embargo, la diversidad de teorías y conceptos tomados de diferentes disciplinas a menudo alienta que se compartan perspectivas que no se enriquecen mutuamente y producen líneas aisladas de investigación (Gioia y Pitre, 1990).

De acuerdo con French y Bell (1995) el cambio ha sido estudiado desde diferentes perspectivas y tiene también diferentes facetas, siendo una de ellas el que sea planeado (deliberado o intencionado) o accidental (no planeado).

La implementación de cambios en las organizaciones hospitalarias es difícil, desafiante y a menudo, los resultados son de corta duración. Plsek y Greenhalgh, citados por Parkin (2009), afirman que la prestación de servicios de salud opera en sistemas complejos, donde la colección de individuos actúa de maneras impredecibles y diversas, donde las tensiones y paradojas se crean a través de las fuerzas opuestas de la competencia y la cooperación y donde las decisiones y acciones sobre el cuidado de la salud están dominadas por el contexto, prioridades y opciones de quienes lo practican.

El modelo de cambio planeado, propuesto por Kurt Lewin, si bien ha recibido críticas por considerarse mecanicista ha servido de base a diversos autores como es el caso de Edgar Schein quien lo mejoró especificando los mecanismos psicológicos involucrados en el cambio (Schein, 1982). Otra modificación fue la realizada por Lippitt, Watson y Wesley quienes ampliaron el modelo a siete etapas, entre otros. Dada la importancia del modelo de Lewin se considera pertinente partir de su descripción para posteriormente presentar tres modelos para la implementación del cambio, siendo el último de ellos, el propuesto por Levasseur el que fue utilizado para efectos de la investigación llevada a cabo.

El modelo propuesto por Lewin (1958) incluye tres fases: la primera consiste en descongelar una situación determinada, para ello es necesario decodificar y establecer los parámetros de esa situación, como son las ideas, actitudes, comportamientos, etc. a través de los cuales se manifiesta; la segunda fase se emprende la acción, mediante una intervención, para cambiar la situación que ha sido descongelada, durante esta intervención se adoptan los nuevos modelos de pensamiento y acción que llevarán a una situación diferente; finalmente, la tercera fase busca estabilizar la nueva situación promoviendo los dispositivos necesarios para asegurar la permanencia del cambio realizado.

Para Ulrich (1998) el cambio comienza preguntando quién, por qué, qué y cómo. Su modelo ha sido utilizado para guiar a las organizaciones en sus procesos de transformación, para ello identifica factores clave para que el cambio tenga éxito y plantea preguntas que permiten evaluar lo alcanzado.

Para Kotter (1996) el proceso de cambio atraviesa una serie de fases que, en total, usualmente requieren de un tiempo considerable, por lo que puede caerse en la tentación de saltarse pasos, creando la ilusión de ir más rápido sin que produzca resultados satisfactorios. Errores críticos en cualquiera de las fases tienen un impacto devastador, desacelerando el ímpetu y anulando logros que implica mucho trabajo conseguir. Kotter propone un modelo de 8 pasos que se describen a continuación:

Paso 1. Establecer el sentido de urgencia.

Los esfuerzos de cambio más exitosos comienzan cuando algunos individuos o algún grupo empiezan a analizar la situación competitiva de la organización, su posición en el mercado, su ámbito tecnológico y su desarrollo financiero. Ellos apuntan a la caída potencial de ingresos, entonces, encuentran vías para comunicar esta información en un modo general y dramático, especialmente en lo que respecta a crisis, crisis potenciales o grandes y convenientes oportunidades. En el inicio del programa de transformación se requiere de la cooperación agresiva de muchos individuos; sin motivación, la gente no estará dispuesta a ayudar y el esfuerzo no tendrá ningún destino.

Paso 2. Formar una coalición conductora poderosa.

Se requiere ensamblar un grupo con poder suficiente para encabezar los esfuerzos de cambio. Enfrentar al grupo a trabajar juntos y como equipo. El cambio más grande es imposible a menos que a la cabeza de la organización haya un respaldo activo.

Paso 3. Crear una visión.

Se debe crear una visión que ayude directamente a los esfuerzos de cambio, así como desarrollar estrategias para alcanzarla. Una visión siempre debe ir más allá de los números que se pueden encontrar en los planes de cinco años.

Sin una visión sensible, los esfuerzos de transformación se pueden disolver fácilmente en una lista de proyectos confusos e incompatibles que pueden llevar a la organización en una dirección equivocada o a ninguna parte.

Paso 4. Comunicar la visión.

El principio conductor es simple: usar cada canal posible, especialmente esos que han estado mal aprovechados en información no esencial. La comunicación viene tanto en las palabras como en los hechos y los últimos son generalmente la forma más poderosa. Nada dificulta más los cambios que cuando el comportamiento de los individuos importantes es inconsistente con sus palabras.

Paso 5. Autorizar a otros para actuar en la visión.

Es necesario deshacerse de los obstáculos para el cambio, cambiar sistemas o estructuras que dificulten seriamente la visión y encarar los riesgos tomando ideas no tradicionales, actividades y acciones.

La coalición conductora autorizará a otros para tomar acciones simples pero exitosas comunicando la nueva dirección. Pero la comunicación nunca es suficiente por sí misma. La renovación también requiere la remoción de obstáculos.

Paso 6. Planear la creación de éxitos a corto plazo.

La creación de éxitos de corto plazo es diferente a la esperanza de éxitos de corto plazo. La última es pasiva, la primera activa. En una transformación exitosa, los gerentes buscan, activamente, modos de obtener mejorías claras en el desarrollo estableciendo metas en el sistema de planificación anual, alcanzando los objetivos y protegiendo a las personas involucradas con reconocimiento, ascensos e incluso dinero.

Paso 7. Consolidar las mejoras y producir más cambios.

Se debe usar el aumento de la credibilidad para cambiar sistemas, estructuras y políticas que no se ajustan a la visión. Para ello se puede contratar, ascender y formar empleados que puedan

implementar esta visión. Es necesario revigorizar el proceso con nuevos proyectos, temas y agentes de cambio.

Hasta que los cambios estén profundamente enraizados en la cultura de la organización, un proceso puede demorar de 5 a 10 años y cualquier nuevo acercamiento es frágil y sujeto de regresión.

Paso 8. Institucionalizar nuevos acercamientos.

Dos factores son particularmente importantes en la institucionalización de los cambios en la cultura de una organización. El primero es el intento consciente de mostrar a las personas cómo los nuevos acercamientos, comportamientos y actitudes han ayudado a mejorar el desarrollo. El segundo factor es tomarse el tiempo suficiente para asegurarse de que la nueva generación de altos cargos realmente personifique estos ideales. Si los requerimientos para un adelanto no cambian, la renovación raramente durará. La toma de decisión pobre puede ocurrir si los directores no son parte integral del esfuerzo de renovación.

Por su parte Levasseur (2001) propone un marco de trabajo utilizando las fases propuestas en el modelo de Lewin. A continuación, se señala lo que incluye cada una de ellas.

Descongelamiento

1. Determinar qué debe cambiar.
 - Estudiar a la organización para determinar el estado actual.
 - Entender las razones objetivas para el cambio
2. Asegurar el apoyo de la dirección.
 - Identificar las personas clave de la organización y conseguir su apoyo.
 - Enmarcar los problemas teniendo la perspectiva global de la organización.
3. Crear la necesidad de cambio.
 - Difundir las razones del cambio.
 - Usar la misión y visión como puntos de apoyo.
 - Comunicar la visión en términos de los cambios necesarios.
 - Enfatizar el porqué del cambio.
4. Entender y gestionar las dudas y preocupaciones.
 - Mostrar una actitud abierta hacia las preocupaciones de los miembros de la organización y resolverlos en términos de la necesidad de cambio.

Cambio

1. Comunicar a menudo.
 - Tanto durante la planificación como en la implementación.
 - Mostrar los beneficios.
 - Explicar exactamente cómo los cambios afectarán a cada miembro de la organización.
 - Preparar a todos para el proceso de cambio.
2. Fuera rumores.
 - Responder a las preguntas de manera honesta y abierta.
 - Tratar los problemas de inmediato y por lo menos empezar a resolverlos.
 - Relacionar siempre el cambio con necesidades operativas de la organización.
3. Dotar de poder de decisión.
 - Permitir a los miembros de la organización múltiples formas de participación.
 - Asegurar que los líderes del cambio proporcionen dirección en el día a día.
4. Involucrar a las personas en el proceso.
 - Generar objetivos a corto plazo para reforzar el cambio.

Negociar con las partes implicadas externas a la organización (clientes, proveedores, etc.) en caso de ser necesario.

Congelamiento

1. Anclar el cambio en la cultura.
Identificar quién apoya el cambio
Identificar los distintos obstáculos.
2. Desarrollar estrategias para mantener el cambio.
Asegurarse el apoyo de las personas influyentes de la organización
Crear un sistema de reconocimiento.
Establecer mecanismos de retroalimentación.
Adaptar la estructura de la organización si fuera necesario.
3. Proporcionar información soporte.
Mantener a todo el mundo informado y proveer de soporte en caso de necesitarlo.
4. Celebrar cada éxito
Como parte del proceso de cambio los éxitos deben ser celebrados y comunicados, se debe premiar a aquellos que han participado y romper barreras para aquellos que todavía no estén interesados en el proceso.

III.MÉTODO

Se determinó que la metodología de investigación sería cualitativa, dada su flexibilidad en el diseño de la investigación (diseño emergente) y la importancia del escenario en el que se desarrolla la acción. Se aplicó el enfoque de estudio de caso, considerando que se buscó analizar aspectos específicos observados en un caso dentro de un sistema cerrado (Creswell, 2007). Yin (2009) considera el estudio de caso como un método de investigación que define su lógica de operación y formas de recopilar y analizar evidencia empírica, que investiga un fenómeno contemporáneo a profundidad en su propio contexto. Creswell (2007) establece como su postura considerar al estudio de caso como un enfoque metodológico cualitativo de investigación, donde el investigador explora un sistema delimitado (un caso) o múltiples sistemas delimitados (casos) a lo largo del tiempo, a través de la recolección detallada y profunda de múltiples fuentes de información (observación, entrevistas, material audiovisual, documentos, informes, etc.), generando una descripción del caso y temáticas basadas en el caso.

Para la identificación de los participantes según Creswell (2007), es necesario que hayan experimentado el fenómeno que está siendo estudiado. En la investigación cualitativa, se utiliza el concepto de muestreo intencionado, lo cual significa que el investigador selecciona a los individuos que puedan proporcionar información que contribuya de manera significativa a la comprensión del problema de investigación y del fenómeno central del estudio.

Con base en lo anterior, se seleccionaron los actores a entrevistar y a los cuales se dio seguimiento a lo largo del trabajo de campo, con base en el procedimiento siguiente:

1. Se identificó con la ayuda del Jefe del área de Urgencias del Hospital, los diferentes grupos profesionales y ocupacionales que tendrían intervención en el proceso de cambio.
2. Se determinó el número de personas que conforman cada grupo.
3. Se identificó a la(s) personas, dentro de cada grupo, que son reconocidas por sus compañeros y/o por los directivos del Hospital, por su capacidad de influencia.

4. Adicionalmente, dentro de cada grupo, se identificó, con el apoyo del Jefe del área de Urgencias y de los actores influyentes dentro de cada grupo, a empleados que tuvieran una actitud positiva hacia el cambio y personas que pudieran dificultar la adopción del cambio.

Debido a la importancia que implicó conocer el contexto en el que se desarrolló el fenómeno estudiado se hizo uso de la investigación documental, la entrevista, la cual fue una técnica principal que sirvió para el acercamiento al terreno y la observación.

Las entrevistas fueron abiertas, en profundidad a diferentes tipos de actores. Con estas entrevistas se pretendió obtener las opiniones y puntos de vista sobre el proceso de cambio organizacional, así como de algunas otras problemáticas que fueron emergiendo en el transcurso de su realización, y que los actores consideraron importantes señalar.

En total, se trabajó con personal de 5 sub áreas de urgencias del hospital (primer contacto, observación hombres, observación mujeres, sala de choque y sub farmacia de urgencias), se condujeron entrevistas individuales con 25 actores (20 de personal de enfermería y 5 del personal administrativo de la sub farmacia de urgencias), mismas que fueron grabadas y posteriormente transcritas a un documento en Word, el cuál fue la base para el análisis en el software Atlas TI identificando códigos, súper códigos, familias y redes de asociación.

IV.RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados en función de las fases propuestas por Levasseur (2001), quien como se señaló anteriormente se basa en el modelo de Lewin (1958).

A. Descongelamiento

Para determinar que se debía cambiar en el año 2012, se elaboró un plan de acción a través de un grupo de trabajo conformado por actores organizacionales en puestos gerenciales dentro del organigrama. Los directivos tenían una clara idea de las razones para el cambio las cuales giraban en torno al logro de una mayor calidad en los servicios y la seguridad del paciente.

Se reconocía la importancia de asegurar el apoyo de la Dirección, así como la identificación de personal clave que dieran apoyo así como diferentes perspectivas. Con base en esto el grupo estuvo encabezado por el Director del Hospital e integrado por la sub directora administrativa, el jefe del servicio de urgencias, jefa de enfermeras, jefa de trabajo social, médicos seleccionados por su dedicación y disposición al cambio y un grupo de investigadores de una universidad pública para la creación de una visión compartida que permitiera ayudar directamente a los esfuerzos de cambio.

Se estableció como primer punto realizar un diagnóstico situacional del hospital, el resultado fue la identificación de diversas problemáticas, que fueron agrupadas obteniendo 4 categorías: infraestructura, estructura, tecnología y personal.

Posteriormente, dichas problemáticas fueron catalogadas como controlables y no controlables, afín de incidir en las primeras. Así mismo se identificaron las áreas de mayor interés, que resultaron ser: el área del adolescente, el área de la mujer, admisión hospitalaria de urgencias y la sub farmacia de urgencias, siendo esta última la seleccionada para la siguiente fase de la investigación.

Al pasar el estudio al área específica se fue perdiendo la visión del problema desde una perspectiva global de la organización.

El grupo de trabajo dio por supuesto que para todos los involucrados era clara la necesidad de cambio así como sus razones por lo cual no fueron difundidas, ni se abrieron los canales necesarios para conocer las preocupaciones del personal.

Tabla I. Cómo se dio el descongelamiento.

Fases	Cumple	No cumple
Qué debe cambiar	Se determinó el estado actual.	No todos entendían las razones del cambio.
Apoyo de la dirección	Se identificaron las personas clave y se obtuvo su apoyo.	No se vio el problema considerando toda la organización.
Crear la necesidad de cambio		No se dieron las razones para el cambio, ni su por qué
Entender y gestionar las dudas y preocupaciones		No se establecieron mecanismos para entenderlas ni gestionarlas.

B. Cambio

El servicio de urgencias puede ser visto como un indicador del funcionamiento general de un hospital, ya que implica y depende de todos los servicios. Por lo que para su mejora se requiere ver aspectos tanto internos como externos de esta área.

De las entrevistas realizadas y demás herramientas utilizadas, se determinó que si bien el cambio fue comunicado entre mandos altos del hospital, el mensaje no trascendió hacia los mandos operativos, de forma que no se preparó al personal para el cambio, quienes identificaron atravesar un cambio en la organización no tuvieron claridad de las afectaciones del mismo, por lo que en términos del marco del modelo, la comunicación formal y el entendimiento del cambio no se dio de manera exitosa.

Un elemento importante en los procesos de cambio es la comunicación y aunque en el proyecto se previó un trabajo en este sentido que abarcaba incluso a los usuarios con campañas de concientización respecto de qué es una urgencia real, esto no se dio, quedando todo en canales informales. En opinión del jefe de urgencias: “falla mucho la comunicación, no se hace el análisis conceptual del plan a mediano y largo plazo, son muy individualistas y cerrados en la política”.

Al asumirse al cambio organizacional como un proceso multi perspectiva que contempla la construcción de una realidad social que influye en las actitudes y comportamientos de las personas, dichas actitudes son resultado del entendimiento cognitivo del individuo con respecto al cambio. Es entonces, que el cambio percibido por los actores puede generar reacciones positivas o negativas hacia el cambio organizacional. Entre las primeras se encontraron la conformidad y satisfacción y en el caso de las segundas se identificaron frustración, inconformidad, injusticia, irresponsabilidad y molestia. Entre el personal de enfermería algo que les ocasiona molestia es el verse involucrados con tareas consideradas como adicionales a su carga de trabajo.

El análisis de la percepción de cambio arrojó que poco personal percibe un cambio significativo o sustancial, para la mayoría el cambio es simplemente las variaciones del proceso que se dan de manera natural para poder llevar a cabo su labor principal de atención a la salud; quienes perciben que el cambio les afecta negativamente, expresan sentimientos claros de tolerancia, resiliencia y disgusto, sin embargo, insuficientes para provocar una acción manifiesta de rechazo.

El análisis del discurso, especialmente del personal de enfermería sugiere levemente el problema de las jerarquías entre médicos y enfermeros, ya que parece estar de forma inherente al discurso, el hecho de que los médicos no le den importancia a cumplir con los procesos administrativos si para eso tienen al personal de enfermería; la reacción generalizada es de rechazo ante esta actitud, ocasionando las molestias del personal:

“...al doctor lo que le da es flojera de hacer la receta...porque a veces el doctor no lo hace se lo pelotea a otro doctor porque lo hace, pero puso mal el diagnóstico, o lo hace, pero no puso el Seguro Popular, o lo hace, pero no puso la edad y tú pues obviamente lo rechazas siempre”.

De igual manera el modelo sugiere dotar de poder de decisión a los líderes del cambio, a nivel gerencial si se toman decisiones que afectan a los operativos, sin embargo, estas decisiones suelen irse modificando en la práctica ya que involucran no sólo a las enfermeras y administrativos sino también a la salud y atención que recibe un paciente por lo que en ocasiones se pasan por alto las normas o reglas establecidas.

Finalmente, en esta etapa se debe involucrar a las personas en el cambio, sin embargo, al no ser comunicado adecuadamente a los actores organizacionales, estos se sienten excluidos, su opinión es irrelevante y no son tomados en cuenta en la toma de decisiones.

Tabla II. Cómo se dio el cambio

Fases	Cumple	No cumple
Comunicar a menudo	Se dio más en la planeación que en la implementación.	No quedaron claro los beneficios, sobre todo en el caso del personal de enfermería. No se preparó a todo el personal para el proceso de cambio.
Fuera rumores	Se relacionó el cambio con la necesidades operativas	No se establecieron canales formales para responder preguntas y manejo de los problemas.
Dotar de poder de decisión	Los líderes proporcionaban dirección pero no siempre cercana.	No a todos los miembros se les permiten diversas formas de participación.
Involucrar a las personas en el proceso		No se establecieron objetivos a corto plazo para reforzar el cambio.

C. Congelamiento

Dados los resultados encontrados, en esta fase si bien hay que identificar a las personas que apoyan el cambio, se debe tener especial cuidado en las que lo obstaculizan. El cambio percibido no es igual en su totalidad al cambio planeado, ya que como se mencionó previamente, no fue comunicado a todas las partes involucradas.

La irresponsabilidad de ciertos actores en relación con la operación de la sub farmacia se vuelve causa generadora de las reacciones negativas que manifiesta el personal ante el cambio; a pesar de que el proceso de cambio se asuma positivo y con beneficios, queda implícita la posibilidad de que pudiera ser mejor. Esto se muestra de manera explícita en el discurso de los trabajadores, a continuación, se presenta un fragmento que corrobora lo anterior:

“a veces si los médicos te dicen que están muy atareados y pues no te dan la receta, pero pues tú ya pediste el medicamento...pero antes de terminar el turno o cuando tu terminaste el turno tienes que llevar la receta y si por x o y no la llevaste los mismos de la farmacia van y te lo piden y si tu médico no te la da a ti ahí si se arma el show...”

Desde la perspectiva del personal de enfermería que interactúa con la farmacia, la identificación de la “irresponsabilidad” de otros actores, como es el caso de los médicos, deriva en que los procesos no se realicen de manera correcta, ocasionando esto que al verse involucrado el personal de enfermería en estos procesos, se generan reacciones negativas que van construyendo una expectativa insatisfecha en dicho personal; la idea que queda inherente es que el cambio debió ser para mejorar, pero los médicos no cumplen con su parte y por lo tanto, todos terminan haciendo cosas inadecuadas.

Se identifica entonces que las reacciones de los grupos de actores ante el cambio son radicalmente diferentes:

- a) el personal encargado de la farmacia tiene una reacción positiva, considera que las acciones realizadas han sido para mejorar los procesos y hacer más eficiente el área de sub-farmacia;

- b) el personal de enfermería tiene una reacción negativa, ya que, aunque se logra identificar en el discurso que reconocen las mejoras y los avances del proceso (mayor control, menor desabastecimiento, espacio más amplio y mejor acondicionado de la farmacia, aumento de personal, etc.), las prácticas indebidas en cuestiones operativas del personal siguen siendo la causa principal de las inconformidades, derivándose la noción de que el cambio no tuvo impacto positivo e incrementó la percepción de los otros actores involucrados de que el personal de enfermería no realiza adecuadamente su trabajo.

Tabla III. Cómo se dio el congelamiento

Fases	Cumple	No cumple
Anclar el cambio en la cultura	Se identificó quienes apoyaban el cambio. Se identificaron los obstáculos.	No se logró anclar el cambio en la cultura.
Desarrollar estrategias para mantener el cambio	En un principio se tuvo el apoyo de personas influyentes pero al darse los cambios en la dirección este apoyo disminuyó.	No se creó un sistema de reconocimiento No se establecieron mecanismos de retroalimentación.
Proporcionar información soporte		Faltó comunicación y apoyo.
Celebrar cada éxito		No se celebraron los éxitos, ni se premiaron a los que participaron, ni se generó interés en los aun no interesados.

V. CONCLUSIONES

La organización hospitalaria tiene rasgos y características particulares que la hacen diferente a cualquier otro tipo de organización. No es suficiente tener una administración adecuada, sino también es necesario que se cultive y esté en constante innovación para asegurar su continuidad y supervivencia. Como señalan Plsek y Greenhalgh, citados por Parkin (2009) los integrantes de las organizaciones hospitalarias se ven inmersos en fuerzas opuestas, pero se espera que sean colaboradores activos, cooperativos y actualizados de tal manera que permitan convertirse en herramientas para resolver de forma adecuada cualquier tipo de problemática.

Considerando el modelo referencial de Levasseur (2011) expuesto en este trabajo, se identificó un fallo evidente en la etapa de descongelamiento y en la de cambio, específicamente en relación con los canales de comunicación e intención de cambio. Si bien en algunos casos, el personal ha detectado un cambio, no logra entender que es lo que se pretende con el mismo; los actores organizacionales principalmente perciben una implementación de controles administrativos, pero estos no se ven como algo positivo sino como una medida de restricción que en la práctica no es eficiente ni llevada a cabo como fue planeada. Como se mencionó con anterioridad el cambio es una diferencia en la forma, calidad o estado de una entidad (Pool y Van de Ven, 2014) por lo que en ese sentido el cambio ocurrió, sin embargo, los actores inmersos en el mismo pueden o no reconocer la intención o dirección de éste.

Del análisis de los discursos, se pudo identificar que los actores tienen una meta común, sin embargo, también se identificó que la construcción de una visión compartida es incipiente, ya que, en los casos analizados, se puede identificar que la adhesión al proceso de cambio en el hospital no va más allá de no tener afectaciones en su responsabilidad laboral.

Los diferentes actores están identificados en el proceso de construcción social de una realidad compartida donde todos establecen buscar las mismas metas y los mismos objetivos. Desde un punto de vista cultural, el área donde se realizó esta investigación comparte ese conjunto de valores (eficiencia,

calidad, buena atención, cuidado del paciente) que está logrando ser un habilitador positivo del proceso de cambio. Sin embargo, la extensión del compromiso de los actores hacia el cambio es corta, queda limitada a su responsabilidad directa del puesto o de sus funciones, lo que genera que en la medida de que un actor percibe que su trabajo se ve afectado negativamente por circunstancias de otros actores, se empiezan a manifestar reacciones negativas aisladas que, de no cuidarse por parte de la dirección del hospital, constituyen un factor de riesgo para el proceso de cambio.

El cambio es percibido como algo positivo, los actores consideran que el cambio les ha facilitado hacer su trabajo o por lo menos, ciertos aspectos del mismo. La visión ante el cambio es positiva, los fines perseguidos con este proceso de cambio son claros y compartidos por los actores, lo que nuevamente, genera un efecto habilitador favorable para el proceso de cambio. Los actores se perciben a sí mismos como agentes de cambio, capaces de promover e incentivar el cambio; sin embargo, esta actitud positiva ante el cambio es fácilmente eclipsada cuando se percibe una desigualdad en la realidad inherente, si el actor percibe que su compromiso ante el cambio y sus exigencias no son valorados, permitiendo que otros actores no cumplan con los requisitos del cambio, el valor del cambio queda comprometido y, por lo tanto, su adhesión al mismo. Nuevamente, la comunicación durante la etapa de cambio, especialmente la eliminación de rumores, no se da de forma efectiva haciendo que como indica el modelo, esta etapa del proceso conlleve altas posibilidades de un fracaso ante el cambio deseado; esta falta de comunicación se complementa con la falta de mecanismos de retroalimentación eficaces que complican que se lleve exitosamente a cabo la etapa de congelamiento.

A partir de la experiencia del estudio llevado a cabo es pertinente señalar algunas recomendaciones que pudieran dar mayor viabilidad a futuras propuestas de cambio planeado en el Hospital.

Es conveniente que desde el inicio la propuesta de cambio se comunique y que la necesidad de cambio sea transmitida desde un nivel alto de la organización. El apoyo de los líderes es más probable si se mantienen involucrados e informados sobre el proyecto, desde una perspectiva cultural, deben sentirse parte del proceso de cambio.

El esfuerzo de cambio debe ser consistente y contribuir con los objetivos de la organización, esto con la finalidad de lograr mayor compromiso y participación. Será menos probable que el personal se oponga si ve poderosas ventajas al cambio propuesto.

El cambio es más probable que se adopte, si se percibe como razonable, los cambios vistos como una amenaza o incompatibles con las condiciones actuales es más probable que sean resistidos y dadas las características de una organización como el hospital estudiado, esta resistencia se da manera pasiva e indirecta en los procesos operativos.

Se debe fomentar el compromiso y reducir la resistencia. La identificación y apoyo de líderes informales podría ser de gran importancia.

Si bien es importante el involucramiento de la alta dirección, no es de descuidar a los mandos medio los cuales pueden ser más propensos a apoyar un cambio si creen que con ello promoverán sus propios objetivos.

Al igual que los principales líderes y mandos intermedios, los empleados son más propensos a apoyar un proyecto que ellos creen que sea en su propio interés. Por lo que el equipo del proyecto debe comprender las necesidades de los empleados y asegurarse de que estos conozcan cómo la propuesta de cambio puede contribuir a satisfacer esas necesidades.

Un agente de cambio es fundamental para el establecimiento de un clima para la creación, implementación y mantenimiento del cambio.

La implementación exitosa es más probable si la propuesta puede ser fácilmente adaptada para encajar en la cultura y las prácticas existentes, ya que la cultura no es fácilmente modificable. Se debe

dar seguimiento, evaluación de los avances y sobretodo retroalimentación a los empleados de una manera libre de riesgo durante la ejecución a fin de favorecer actitudes positivas hacia el cambio.

Así mismo se debe capitalizar la participación de agentes externos a la organización, como fue en este estudio en el que participaron personal de otro hospital y académicos, ya que aportan ideas e información nueva.

Considerando el modelo teórico, la integración de un equipo de trabajo que conjunte actores claves internos del hospital, así como agentes externos puede dar una mayor probabilidad de éxito en el proceso de gestión del cambio, especialmente en la etapa de descongelamiento, ya que esta conformación potencializa la adecuada determinación del estado actual y el diseño adecuado de los canales de comunicación necesarios para crear la necesidad del cambio.

En conclusión, en todo proceso de cambio existe la posibilidad de que se vea interferido por diversos factores, sin embargo, el cambio se alcanzará, aunque no por los medios ni con la intención deseada.

REFERENCIAS

- [1] Ascués, M., (2005). Manual de Cuenta Satélite de Salud (CSS). Versión 1. Organización Panamericana de la Salud, pág. 39.
- [2] Creswell, J. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2nd ed.). USA: Sage Publications.
- [3] French, W. L. & Bell, C. H. (1995). *Desarrollo Organizacional* (5th ed.). México, D.F: Prentice Hall.
- [4] Gioia, D. A., & Pitre, E. (1990). Multiparadigm perspectives in theory building. *Academy of Management Review*, 15: 584-602.
- [5] Gobierno del Estado de Yucatán, (2012). Página principal. Consultado en: <http://www.yucatan.gob.mx/gobierno/ped/PED-2012-2018-Yuc.pdf>
- [6] Grol, R., Baker, R., Moss, F. (2004). Quality improvement research. The science of change in health care. In R. Grol, R. Baker, F. Moss, *Quality improvement research: Understanding the science of change in health care* (1-5). BMJ Publishing Group. London, England.
- [7] Kotter, J. P. (1996). *Liderando el cambio: por qué los esfuerzos de transformación fracasan*. Boston: Escuela de Negocios de Harvard Prensa: MA.
- [8] Levasseur, R.E. (jul-ago., 2001). People skills: change management tools Lewin's change model. *Interfaces* 31(4) 71-73.
- [9] Lewin, K. (1958). Group Decisions and Social Change. In *Readings in Social Psychology*. E. E. Maccobby, T. M. Newcomb, and E. L. Hartley (eds.). Pp. 330-344. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- [10] López, L. (2011). *La construcción de una red regional de salud en el sureste de México*. España: Mondragón Unibertsitatea.
- [11] Organización Mundial de la Salud, (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Conferencia Internacional de la Salud. Nueva York, OMS, pág. 1.
- [12] Organización Mundial de la Salud, (2009). *Determinantes sociales de la Salud*, http://www.who.int/social_determinants/es/
- [13] Organización Panamericana de la Salud, (2007). *Salud en las Américas*. Washington D.C., OPS.
- [14] Parkin, P. (2009). *Managing change in healthcare. Using action research*. London, England: SAGE Publications Ltd.
- [15] Poole, M. S. & Van de Ven, A. (2004). *Handbook of organizational change and innovation*. New York: Oxford University Press.
- [16] Schein, E. (1982). *Psicología de la organización*. 3ª. Edición. México: Prentice Hill.

- [17] Secretaría de Salud (2008). Programa sectorial de salud 2007-2012. México: Diario Oficial de la Federación jueves 17 de enero.
- [18] Secretaría de Salud. Seguro Popular. Consultado en: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>
- [19] Secretaría de Salud del Estado de Yucatán (2013). Página principal. Consultado en: http://www.yucatan.gob.mx/gobierno/dependencias/informacion_dependencia.php?id=15
- [20] Ulrich, D. (Enero-febrero, 1998). A new mandate for human resources. Harvard Business review.
- [21] Van de Ven, A. H., & Poole, M. S. (1995). Explaining development and change in organizations. Academy of management review, 20(3), 510-540.