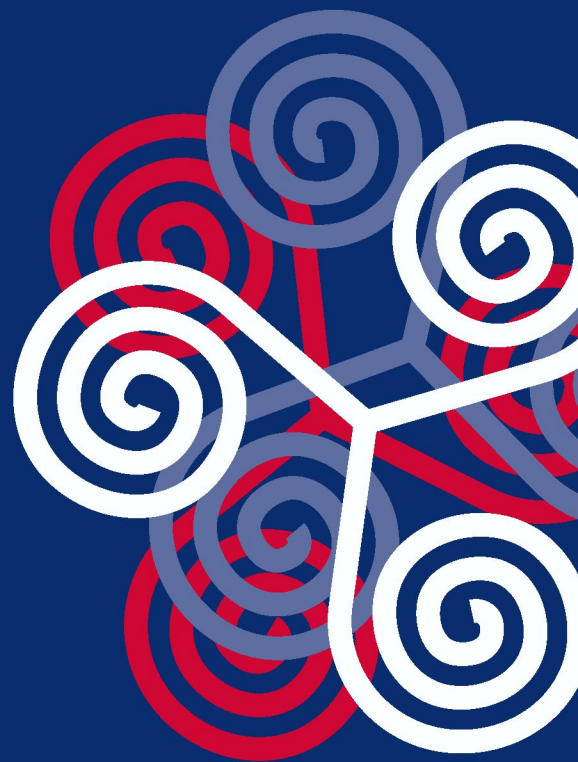


Integración de Servicios para Personas Mayores

Guía de recursos para coordinadores asistenciales

HENK NIES Y PHILIP C. BERMAN



**Junta de
Castilla y León**

Integración de Servicios para Personas Mayores:

Guía de recursos para coordinadores asistenciales

Integración de Servicios para Personas Mayores:

Guía de recursos para coordinadores asistenciales

HENK NIES Y PHILIP C. BERMAN



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Familia
e Igualdad de Oportunidades
Gerencia de Servicios Sociales

2006

Esta publicación es una traducción autorizada del libro *“Integrating Services for Older People: A resource book for managers”*, editado por la European Health Management Association, con la ayuda de la Comunidad Europea.

© Junta de Castilla y León

Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
Gerencia de Servicios Sociales

Traducción: Carmen Otero Ferrero

Depósito Legal:

I.S.B.N.: 84-9718-402-5

Presentación

Existen hoy pocas dudas acerca de la necesidad de avanzar en las políticas que desarrollen y profundicen la coordinación sociosanitaria: la interrelación de los dispositivos sociales y sanitarios aplicados a las personas que precisan ambos tipos de atención. Esta ha sido siempre una apuesta importante de la Junta de Castilla y León, que se plasmó en el Decreto 59/2003, de 15 de mayo, por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León

Aunque es evidente que el aumento de la eficiencia es uno de los aspectos relevantes de esta línea de trabajo –coordinando ambos dispositivos se ahorra dinero y se puede atender a mayor número de personas– no es el más importante.

Lo que resulta más interesante de la coordinación de ambos dispositivos, es que permite cubrir mejor las necesidades de las personas que precisan atención integrada, con carencias múltiples, complejas y crónicas. La continuidad asistencial busca garantizar que entre los dos sistemas de atención no se produzcan lagunas, tanto en los casos en los que el residente de un centro social requiera cuidados sanitarios, como cuando un enfermo deberecibir el alta hospitalaria y precisa atención social en su domicilio.

El texto que aquí presentamos refleja las principales enseñanzas y lecciones aprendidas, basadas todas ellas en casos reales, de algunos de los mejores y más avanzados sistemas sanitarios y sociales de Europa. El trabajo entusiasta de una red de profesionales europeos pertenecientes a la EHMA (*European Health Management Association*), apoyado por la Comunidad Europea, se ha materializado en la publicación *“Integrating Services for Older People: A resource book for managers”*, del que este libro es una traducción.

Entre sus principales aportaciones cabe destacar las precisiones sobre equipos y estructuras organizativas integradas, los procesos de gestión de casos, los apartados sobre liderazgo, cambio, planificación, gestión de la información y gestión de calidad.

Deseo que este texto pueda resultar de utilidad, tanto para los técnicos de la Comunidad de Castilla y León como para los del resto de España, en todos los trabajos que buscan una mejor atención a las personas mayores con necesidades múltiples.

Juan Vicente Herrera Campo
Presidente de la Junta de Castilla y León

Índice

Prólogo

HENK NIES Y PHILIP C. BERMAN

Definiciones y Terminología
Implementación del concepto
¿Cómo se ha realizado este libro de recursos
¿A quién va dirigido este libro?
Cómo se puede utilizar este libro
Temas tratados.
Ámbito geográfico
Cómo participar
Agradecimientos

Capítulo 1: Atención Integrada: conceptos y contexto

HENK NIES

Definiciones
Retos para los directores
Objetivos de la integración
Adaptación de los usuarios a formas de integración
Dimensiones de la continuidad asistencial
¿Qué servicios tienen que integrarse?
Servicios pioneros
Papel de los usuarios y de los cuidadores no profesionales
Obstáculos que impiden la integración
Proceso de Implementación
Cuestiones éticas
Bibliografía
Páginas *web*

Capítulo 2: Estructuras organizativas integradas

RICHARD PIEPER

Definiciones
Objetivos y resultados esperados
Modelos y enfoques
Proceso de implementación
Personal
Obstáculos
Apoyos
Conclusión
Bibliografía
Páginas *web*

Capítulo 3: Participación, Capacitación y Defensa

JAN REED

Definiciones
Objetivos y resultados esperados
Modelos y enfoques
Proceso de implementación
Sistemas e instrumentos
Personal
Obstáculos
Apoyos
Conclusión
Bibliografía
Páginas *web*

Capítulo 4: Evaluación de Necesidades

GUNNAR LJUNGGREN

Definiciones
Objetivos y resultados esperados
Modelos y enfoques
Proceso de implementación
Sistemas e instrumentos
Personal
Supervisión y evaluación
Obstáculos
Apoyos
Conclusión
Bibliografía
Páginas *web*

Capítulo 5: Vías clínicas

TIZIANO VECCHIATO

Definiciones
Objetivos y resultados esperados
Modelos y enfoques
Proceso de implementación
Personal
Supervisión y evaluación
Una solución integral para una evaluación de necesidades integrada
Obstáculos
Apoyos
Conclusión
Bibliografía
Páginas *web*

Capítulo 6: Gestión de casos

PENNY BANKS

Definiciones
Objetivos y resultados esperados

Modelos y enfoques
Proceso de implementación
Personal
Supervisión y evaluación
Obstáculos
Apoyos
Conclusión
Bibliografía

Capítulo 7: Equipos integrados

JUDY TRIANTAFILLOU

Definiciones
Objetivos y resultados esperados
Modelos y enfoques
Proceso de implementación
Sistemas e instrumentos
Personal
Supervisión y evaluación
Obstáculos
Apoyos
Conclusión
Bibliografía

Capítulo 8: Recursos Humanos

NICOLINE TAMSMA Y SWANEHILDE KOOIJ

Definiciones
Objetivos y resultados esperados
Modelos y enfoques
Proceso de implementación
Personal
Supervisión y evaluación
Obstáculos
Apoyos
Bibliografía

Capítulo 9: Cambio Cultural

MIA DEFEVER

Definiciones
Objetivos y resultados esperados
Modelos y enfoques
Proceso de implementación
Sistemas e instrumentos
Personal
Supervisión y evaluación
Obstáculos
Apoyos
Bibliografía

Capítulo 10: Liderazgo

JAN REED

Definiciones
Objetivos y resultados esperados
Modelos y enfoques
Sistemas e instrumentos
Proceso de implementación
Personal
Supervisión y evaluación
Obstáculos
Apoyos
Bibliografía y páginas *web*

Capítulo 11: Planificación estratégica

PENNY BANKS

Definiciones
Objetivos y resultados esperados
Modelos y enfoques
Proceso de implementación
Personal
Supervisión y evaluación
Obstáculos
Apoyos
Bibliografía

Capítulo 12: Gestión de la Información

PIETER HUIJBERS

Definiciones
Objetivos y resultados esperados
Modelos y enfoques
Proceso de implementación
Personal
Supervisión y evaluación
Obstáculos
Apoyos
Bibliografía
Páginas *web*

Capítulo 13: Gestión de Calidad

MARJA VAARAMA

Definiciones
Objetivos y resultados esperados
Modelos y enfoques
Medición de calidad de atención integrada
Proceso de implementación
Supervisión y evaluación
Obstáculos
Apoyos

Conclusión
Bibliografía
Páginas *web*

Figuras y tablas

Figuras

Fig 1: Adaptación de los coordinadores al sistema de atención integrada
Fig 2: Tres perspectivas que tener en cuenta en gestión asistencial
Fig 3: Punto de partida para acceder a las diferentes vías clínicas
Fig 4: Mapa de vías clínicas integradas
Fig 5: Vías clínicas para derrame cerebral y Alzheimer
Fig 6: Diagrama polar
Fig 7: Proceso de gestión de casos
Fig 8: Mapa de destrezas para una red de servicios integrados
Fig 9: Características del liderazgo
Fig 10: Planificación conjunta, supervisión y evaluación
Fig 11: Ciclo de Gestión de Calidad
Fig 12: Modelo FOCUS PDCA

Tablas

Tabla 1: Niveles de Integración
Tabla 2: Repercusiones en cuanto al funcionamiento
Tabla 3: Modelos de integración y estrategias de control:
opciones para estructurar la integración
Tabla 4: Modelos de Gestión de casos
Tabla 5: ¿Qué me ofrece a mí?

Prólogo

HENK NIES Y PHILIP C BERMAN

Este libro de recursos trata de la atención integrada para personas mayores con necesidades múltiples, complejas y crónicas. La provisión sostenible de una atención apropiada para los mayores es un desafío al que todos los miembros de la UE tendrán que hacer frente. Tres son las causas: cambios demográficos, contención del gasto y capacitación.

- **Cambios demográficos.** El gran porcentaje de personas mayores en nuestra sociedad, especialmente personas mayores que viven solas (algo sin precedentes hasta ahora), provocará un aumento de las demandas de atención y servicios. Por un lado, el número de personas mayores necesitadas de atención se incrementará, mientras que, por otro lado, la provisión de asistencia también peligrará debido al envejecimiento de la población. Existe también necesidad creciente de aprovechar el potencial y las competencias de los mayores para que puedan ofrecer contribución positiva y activa a la sociedad.
- **Contención del gasto.** La tendencia general de aumentar el gasto público en salud y servicios sociales, y el hecho de que esté en juego el futuro de las pensiones, exige contención de este gasto público. La sostenibilidad financiera de los sistemas de protección social es un asunto muy debatido en la actualidad entre todas las naciones y gobiernos de la UE.
- **Capacitación.** A las personas mayores y sus cuidadores cada vez se les otorgan más poderes. Exigen la atención y servicios a los que tienen derecho, y exigen también poder elegir una atención que sea acorde a sus necesidades. Igualmente, demandan unos servicios responsables. La relación entre los profesionales y los clientes cada vez está más legislada, y los clientes reclaman sus derechos legales. La época en que los ciudadanos eran dóciles está a punto de desaparecer. La atención integrada proporciona “una” respuesta a estos retos, no “la respuesta”. Este tipo de atención promete tratar los problemas de los mayores con enfermedades crónicas, y con necesidades complejas y múltiples. Las personas pertenecientes a este grupo requieren un enfoque diferente en la provisión de servicios: un paquete adaptado de atención y servicios que cubran múltiples aspectos de la vida, así como nueva actitud por parte de los cuidadores; en resumen, un paquete que prestará atención a sus preferencias y responsabilidades. Normalmente estos cuidadores se enfrentan con problemas complejos en el ámbito social, mental y físico. Una detección a tiempo, una evaluación apropiada, tratamiento y atención, pueden, al menos en parte, mejorar o evitar los resultados negativos de salud y bienestar.

Proporcionar paquetes de atención y servicios adecuados en el momento adecuado y en el lugar adecuado contribuye al bienestar de la gente en su etapa de vejez, a pesar de su fragilidad y discapacidades. Además, el tener autonomía y responsabilidad contribuye a su bienestar. Por lo tanto, la atención integrada trata de reconocer las necesidades complejas y múltiples de los mayores, y de capacitarlos para que puedan vivir sus propias vidas. Es importante que reconozcamos esto último, pero sin olvidar que no todas las personas mayores son iguales.

Los diferentes proveedores asistenciales y los profesionales no deberían generalizar ni crear estereotipos de las personas mayores. Por ejemplo, la mayor parte de los mayores prefiere quedarse en su casa siempre que sea posible, y así tener cierto control de su vida. Otros, simplemente no

quieren esto. En la interacción entre el profesional y la persona mayor estas preferencias se deben comunicar. Esta interacción es el punto de partida de la atención, incluso aunque la relación entre la persona mayor y el profesional pudiera ser una relación desigual. La atención es una disciplina de las relaciones humanas, y la clave de la atención integrada es asegurar que estas relaciones funcionan óptimamente.

Es un reto para los proveedores de atención (gestores y profesionales por igual) y para los legisladores ofrecer este tipo de prestación. Existen muchos obstáculos en la práctica diaria y en los sistemas asistenciales, así como en los modelos de gestión tradicionales. Este libro de recursos proporciona una clara percepción y herramientas para ayudar a los gestores a establecer servicios integrados apropiados. También contiene ejemplos prácticos, bibliografía y páginas *web*. Es un primer paso para establecer una recopilación documental pan-europea sobre atención integrada para personas mayores.

Definiciones y terminología

Atención integrada

Entendemos “atención integrada” como un conjunto de servicios o procesos asistenciales bien planificados y bien organizados, dirigidos a las necesidades y los problemas multidimensionales de un cliente particular, o de una categoría de personas que comparten unas necesidades/problemas similares. Este concepto se ampliará a lo largo de este libro. Por ahora mencionaremos que la atención integrada para personas mayores debería desarrollarse teniendo en cuenta elementos tales como: atención a crónicos, atención socio-sanitaria crónica, asistencia social, alojamiento y servicios como transporte y comidas. También debería incluir la capacitación de los mayores, para permitirles vivir su vida lo más independientemente posible.

Personas mayores

En este libro, utilizamos los términos “personas mayores” o “clientes” para referirnos a personas mayores con necesidades múltiples y complejas. No pretendemos crear un estereotipo de la persona mayor como una persona siempre necesitada, o una persona que siempre tiene una relación “de cliente” con el profesional o cuidador no profesional. Aquí simplemente utilizamos este término para facilitar y unificar la lectura.

Implementación del concepto

Aunque el concepto de atención integrada cada vez cobra más protagonismo, implementarlo parece todavía complicado. Las estructuras políticas y financieras y la legislación vigente no están adaptadas a este tipo de atención. Las organizaciones se fundamentan en divisiones del trabajo y tareas concretas y los profesionales han sido formados en un sistema que favorece y premia la especialización y la fragmentación. Sin embargo, los mayores, sus cuidadores y la sociedad esperan servicios que proporcionen la atención correcta, en el momento y lugar adecuados. Por lo tanto, el reto de la atención integrada debe ser asumido, y hay que decir que este proceso ya ha comenzado.

En los últimos tres años que hemos estado trabajando en atención integrada, hemos aprendido que existen diversas estrategias, mecanismos y herramientas, y que, de hecho, ya se están aplicando. También existen medidas políticas de apoyo. Sin embargo, una recopilación y descripción sistemática de instrumentos y medidores aún no existe.

La recopilación documental conjunta sobre atención integrada está en sus inicios. La investigación y desarrollo de políticas en este ámbito se recogen en el *International Journal of Integrated Care*, pero este libro de recursos es el primer paso trans-nacional para proporcionar base sólida profesional en el ámbito de la gestión de este tipo de atención en un contexto concreto, como es el de los sistemas asistenciales europeos.

¿Cómo se ha realizado este libro de recursos?

Este libro ha sido realizado por la red *Care and Management of Services for Older People in Europe Network* (CARMEN). Esta es una red temática que opera bajo los auspicios de EHMA, (European Health Management Association). Tiene el apoyo del programa de la Comisión Europea para la Calidad de Vida y Gestión de Recursos Humanos. Forman parte de ella 40 organizaciones de 11 países europeos. Estas organizaciones miembros representan un amplio abanico de beneficiarios, incluyendo representantes de usuarios de servicios, cuidadores, proveedores de atención primaria, hospitales de críticos, residencias asistenciales, proveedores de servicios sociales, compradores, investigadores, asesores y otros miembros.

La primera tarea de los miembros de CARMEN fue explorar los sistemas socio-sanitarios y los sistemas regionales y locales de provisión de atención dentro de los estados miembros de la Unión Europea. Posteriormente estudiaron los interfaces entre atención primaria y atención secundaria (en otras palabras, entre atención domiciliaria y hospitalaria), entre atención primaria y residencial (hogar y las residencias) y entre atención residencial y atención secundaria (residencias y hospitales).

En un tercer momento, analizaron la integración en 3 niveles: nivel cliente, nivel organización/nivel red asistencial y nivel político. Basaron sus análisis en la literatura publicada, en un cuestionario hecho a los diferentes miembros, apuntes de trabajo (*vignettes*), análisis estructurados de buena práctica, aportaciones de expertos externos, y conversaciones entre miembros de CARMEN. Uno de los grupos ha trabajado en gestión de calidad y evaluación. La red CARMEN también desarrolló una página *web*, que en un primer momento sirvió como sistema de comunicación interna y en una posterior etapa como sistema de comunicación externo, y como portal para incluir links relevantes.

Esta publicación es el resultado del conocimiento y la experiencia. Los temas se han establecido y discutido en subgrupos y en sesiones plenarias, y los miembros y directores (no miembros de CARMEN) han revisado con criterios críticos los borradores, tanto en las reuniones como también vía correo electrónico o a través de la página *web*. La red tiene en mente desarrollar y actualizar este libro de recursos con regularidad. Esto supondrá añadir nuevos capítulos, organizar nuevas reuniones para mejorar los conocimientos aquí recogidos. La red también invita a cualquier organización que esté interesada en el libro y que pueda aplicarlo a la situación concreta de su país (véase extensión geográfica del contenido).

¿A quién va dirigido este libro?

En un principio este libro va dirigido a directores de organizaciones asistenciales y a gerentes y funcionarios a cargo de atención a largo plazo para personas mayores. El libro trata los conceptos principales, preguntas y consideraciones que un director necesita en cuanto nivel estratégico y táctico. Proporciona una visión general más que una explicación detallada, ya que lo que pretende es ayudar a los coordinadores y directores a tomar las decisiones adecuadas en su labor de dirección, de desarrollo e implementación de servicios y a conocer mecanismos e instrumentos. Una información más detallada, e información acerca de aspectos de funcionamiento, están disponibles en las referencias bibliográficas, páginas *web* y trabajos monográficos.

¿Cómo se puede utilizar este libro?

Este libro se puede leer de un tirón, pero también se ha diseñado para que se profundice en uno u otro aspecto según las prioridades del lector. Se ha escrito en un estilo condensado para permitir acceder a cada uno de sus temas de forma sencilla. Cada uno de los capítulos sigue un formato similar, con alguno (o todos) de los siguientes títulos:

- definiciones
- objetivos y resultados esperados
- modelos y enfoques
- proceso de implementación
- personal
- supervisión y evaluación
- obstáculos que deben superarse
- factores de apoyo
- referencias, bibliografía y páginas web.

También se proporcionan monografías y ejemplos prácticos, y cada capítulo termina con una sección llamada “puntos clave” que resume los aspectos principales tratados en el capítulo. Existe una versión impresa y también una versión electrónica, disponible a través de www.ehma.org. Esto significa que los lectores pueden descargarlo, fotocopiarlo y distribuir el libro, o partes de él, tantas veces como quieran. No está prohibido, por el contrario, invitamos y animamos a que lo hagan. Información adicional específica, como por ejemplo ejemplos prácticos y web links están a su disposición en la página web de EHMA (www.ehma.org)

Temas tratados

Este libro de recursos es un primer paso para establecer una recopilación documental sobre atención integrada para personas mayores. En esta primera edición hemos tratado de incluir una selección de temas de interés actual. CARMEN y EHMA tratan de formar un grupo especial que lo vaya mejorando y actualizando y al que se vayan añadiendo nuevos trabajos y nuevas web links. La red también espera incluir secciones con temas claves, tales como financiación y capacidades, cuando se disponga de suficientes recursos.

Si desea obtener información sobre atención integrada y políticas de desarrollo, véase *Policy Framework for Integrated Care For Older People / Marco político para la atención integrada a personas mayores* publicado conjuntamente con este libro. Este marco se puede utilizar en cuanto nivel nacional, y contempla consideraciones básicas y requisitos políticos que se han determinado como importantes en los análisis y reuniones de CARMEN.

En el formato actual, este libro de recursos trata actividades de integración en las que los directores pueden influir y los instrumentos y mecanismos que pueden aplicar. En los capítulos 2-7 se tratan los elementos básicos de la atención integrada:

- estructuras organizativas integradas (Capítulo 2)
- buena voluntad para dar a las personas mayores y sus cuidadores voz y responsabilidad compartidas en la provisión de atención profesional (Capítulo 3)
- Procedimientos e instrumentos de evaluación de necesidades bien diseñados y procedimientos de acceso al sistema de atención profesional fáciles y claros (Capítulo 4)
- Vías clínicas bien desarrolladas (Capítulo 5)

- Gestión en casos con paquetes de atención complejos (Capítulo 6)
- Equipos multi-profesionales entorno al paciente (Capítulo 7)

Estos elementos básicos requieren un número de factores que permitan que estos funcionen de forma efectiva. Estos factores se detallan en los capítulos 8-10:

- un tipo de personal que este cuantitativa y cualitativamente equipado para poder realizar su tarea (Capítulo 8)
- una cultura organizativa entre y dentro de las organizaciones participantes. Centrada en el cliente, dispuesta a colaborar y con ganas de innovar (Capítulo 9)
- liderazgo que apoye esta cultura organizativa y que guíe los procesos operacionales y estratégicos (Capítulo 10)

Por último, estos procesos deberían verse secundados por los siguientes factores: (detallados en capítulos 11-13):

- planificación estratégica (Capítulo 11)
- gestión de la información (Capítulo 12)
- gestión de calidad (Capítulo 13)

En esta fase hay otros dos aspectos importantes: gestión financiera y gestión de capacidad. Esperamos tratar estos aspectos en una edición futura del libro.

Ámbito geográfico

En líneas generales, este libro de recursos se puede aplicar en toda Europa. Sin embargo, dependiendo del país habrá que hacer adaptaciones. Los países de la UE tienen sistemas de seguridad social diferentes, y las dinámicas de funcionamiento dentro de cada país vienen, en parte, condicionadas por el sistema político. Por esta razón, animamos a cualquier organización de ámbito nacional que haya participado en CARMEN para que adapte este libro a su situación particular o contexto y que posteriormente publique los resultados en la página de EHMA.

Sistemas de seguridad social en Europa

La literatura socio-política hace una clasificación de los regímenes de seguridad social. Dentro de la Unión Europea, se pueden distinguir estos 3 tipos principales:

- **Sistema “Beveridge” o Anglosajón:** financiación a través de los impuestos, provisión pública y un “único pagador”. El pagador (las autoridades sanitarias nacionales, poderes locales o regionales) es responsable de la gestión de los servicios que ofrece. Pagador y comprador pueden ser términos sinónimos si el gobierno (en el sentido más amplio) es la fuente de pago
- **“Bismarck” o sistema centro-europeo:** una variedad de pagadores “semi-públicos” y acuerdos comerciales con el estado, seguridad social controlada por organizaciones privadas reconocidas, como por ejemplo mutuas de enfermedad o compañías de seguros. El dinero “público” se utiliza para la mayor parte de los servicios. Existe una división entre comprador-proveedor.

- **“Mediterráneo” o sistema sureuropeo:** sistema mixto con elementos de un sistema de seguridad nacional y otros de un modelo de seguridad social, y tradicionalmente con una fuerte responsabilidad de la familia y con un sector de atención de larga duración poco desarrollado.
- **Sistema de Europa del Este o sistemas de los antiguos sistemas socialistas:** una fuerte tradición (y dependencia) de la provisión estatal. Actualmente, los recursos son escasos y el papel del estado ha cambiado.

Precisamente el cómo se integren los servicios dependerá en parte de en qué sistemas se pongan en práctica. Sin embargo, los mecanismos e instrumentos generales son muy similares en todos los estados miembros.

Cómo puede participar

Este libro trata de ser una fuente de información dinámica y trascendente y que sirva de apoyo a los gerentes y legisladores responsables de servicios dirigidos a las personas mayores. Agradecemos cualquier comentario y crítica constructiva y muy especialmente ejemplos de buena práctica que ilustren los asuntos tratados en este libro. Igualmente estaríamos encantados de recibir ideas y sugerencias que nos ayuden en nuestro trabajo. CARMEN es una red compuesta por personas que comparten una ilusión, la de aumentar la calidad de atención a las personas mayores a través de unos servicios cada vez mejores. Si desea contribuir a su desarrollo y crecimiento, visite la página *web* de EHMA en www.ehma.org

Agradecimientos

Al Dr. Jan Coolen, del Instituto Holandés de Atención y Bienestar Social (Netherlands Institute for Care and Welfare NIZW), actualmente en el Zorgwerzekeraars. Director Científico del proyecto CARMEN durante los primeros dieciséis meses. Su visión fue la que estableció las bases del proyecto y el trabajo de los socios del proyecto en aquellos meses iniciales. Agradecemos su gran contribución.

Eleanor Stanley, asesora editorial, y Maeve Royston, jefa de desarrollo del proyecto EHMA, por su arduo trabajo en la preparación de la publicación definitiva a las que agradecemos todos sus esfuerzos.

Petra Wilson, Directora Asociada para los Asuntos Europeo de EHMA, por su inestimable asesoramiento en asuntos europeos. Igualmente a Marie Ní Mhurchú, gerente de EHMA, por su gestión administrativa del proyecto y su gran profesionalidad.

Gesa Hansen, funcionaria del Proyecto de la Comisión Europea, y Dora Groo, Ayudante Técnico del Proyecto, por su constante ayuda y ánimos, cuyo apoyo agradecemos enormemente.

Finalmente los autores y editores agradecen a los miembros de la red CARMEN que han trabajado arduamente durante un periodo de tres años, en un primer momento tratando de estudiar los diferentes enfoques existentes en los distintos países, posteriormente aprendiendo de cada uno de ellos y, por último, materializando su aprendizaje en las ideas recogidas en este libro. El viaje que hemos compartido ha sido emocionante, muy esclarecedor y en algunas ocasiones frustrante, pero sin lugar a dudas de gran valor para todos nosotros. A partir de estos pequeños esfuerzos, podemos construir una Europa en la cual la gente valore las ventajas de los distintos enfoques y perspectivas, una Europa que premie las contribuciones de sus ciudadanos mayores por el bien común de todos y una Europa que cuidará a sus mayores con gratitud y generosidad. (Si desea información más detallada de todos los miembros de CARMEN, véase miembros de CARMEN.)

Capítulo 1

Atención Integrada: Conceptos y contexto

HENK NIES

Caso de estudio: Sra. Costa-Álvarez

La señora Costa Álvarez es una mujer viuda de 78 años que padece demencia. Vive en un tercer piso de un bloque de pisos de una ciudad media. Emigró desde su país natal con su marido a principios de los 60 y han tenido 3 hijos. Uno de ellos vive en el extranjero. Los otros dos viven al otro extremo del país, a unos 300 km.

Dos de sus hijos la visitan una vez al mes y la llaman por teléfono una vez a la semana. El hijo que vive en el extranjero la visita un par de veces al año. La única lengua que la señora Costa habla con cierta seguridad y fluidez es su lengua materna. Apenas tiene contacto con los vecinos. Recibe una pensión mínima ya que nunca desarrolló un trabajo remunerado y además no siempre ha vivido en el mismo país.

Hace un par de años empezó a perder la memoria. El médico de familia ordenó su ingreso en el hospital en el momento que tuvo un derrame cerebral leve para que la tuvieran en observación. Después de varios días ingresada fue enviada a casa de nuevo, no obstante la confusión persistió.

En estos momentos tiene cierta dificultad para moverse por la casa a causa de su artritis. Como consecuencia del derrame cerebral todavía tiene dificultad para realizar movimientos más precisos. Dice que se las arregla más o menos a la hora de hacer las tareas domésticas. Desde hace un tiempo ha ido perdiendo peso y sus hijos temen que no cocine apropiadamente. También les preocupa el hecho de que no se levante nunca antes de mediodía. Sus hijos no se ponen de acuerdo en cuanto a la conveniencia o no de disponer de ayuda profesional. La misma señora Costa rechaza cualquier ayuda profesional.

El ejemplo arriba descrito demuestra la razón de ser de los servicios integrados para personas mayores. Este caso puede trasladarse a cualquier lugar de la Unión Europea aunque seguramente se trataría de forma diferente dependiendo del país donde tuviera lugar. Además, dependiendo del país o de la familia, nos encontraríamos con un abanico de respuestas diferente a un mismo caso. Hay algo, no obstante, que está claro: la señora Costa necesita un enfoque integrado en el que se combinen:

- evaluación de las necesidades y diagnóstico
- tratamiento médico
- intervención a nivel psico-social
- asistencia en su cuidado personal, en las tareas de la casa y para poder realizar actividades significativas y establecer ciertas relaciones
- (posiblemente) ayuda y adaptaciones dentro de la casa

El primer paso es contactar con la señora Costa y que ésta abra sus puertas a la asistencia profesional. La asistencia social también se pondrá en contacto con la atención no profesional que proporciona la familia y vecinos o voluntarios. Todo esto tiene que ser coordinado para que se adapte a los contenidos y para que las intervenciones estén sincronizadas. Las diferentes intervenciones tienen que basarse en principios de convergencia por parte de todos los implicados, y éstos deben apoyarse mutuamente. Además, las intervenciones tienen que ser aplicadas cuando las necesidades de la señora Costa lo requieran y siguiendo unos principios logísticos.

Aunque las organizaciones, las agencias y las profesiones de los países de la UE trabajan en contextos legislativos y financieros diferentes y las expectativas existentes con respecto al rol de la familia también son diferentes, la necesidad de gestionar adecuadamente la integración es universal.

El caso de la señora Costa es un ejemplo que demuestra que la atención integrada puede ayudar a los mayores. Problemas complejos y la fragilidad que aparecen en la vejez pueden evolucionar gradualmente, o pueden aparecer de repente tras una enfermedad grave o una crisis. Lo más normal es que estos interactúen y se intensifiquen, afectando a todos los ámbitos de la vida. Estos problemas tienen que ser tratados de forma sistemática y de forma coherente, y la atención integrada lo que persigue es justamente esto. También cuenta con un elemento de prevención, en concreto, la reducción de riesgos en aquellos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad.

Definiciones

El término “integración” tiene muchos significados e interpretaciones (Kodner y Spreeuwenberg 2002). Aquí, definimos atención integrada como un conjunto de servicios y procesos asistenciales bien planificados y bien organizados, cuyo objetivo son los problemas / necesidades múltiples de un cliente individual o una categoría de personas con problemas / necesidades similares. Nosotros, en concreto, nos concentramos en los aspectos de la integración relacionados con personas mayores con necesidades complejas y múltiples, haciendo hincapié en la integración de servicios entre las diferentes organizaciones. Las tareas y los servicios también tienen que estar integrados dentro de las organizaciones. Si bien es verdad que este tipo de integración es una tarea de gestión habitual, la integración entre distintas organizaciones y servicios es algo relativamente nuevo en el sector de atención a largo plazo.

La atención integrada se puede interpretar como una atención condicionada por el cliente o consumidor de esta atención (Kodner 2003). Visto así, no es muy diferente de la industria, la agricultura, comercio u otros sectores públicos tales como la educación o la planificación urbana o rural, atención juvenil o el transporte público. En todos estos sectores, los sistemas de gestión condicionados por la oferta se van adaptando de forma gradual a sistemas integrados, condicionados por la demanda. Estos sistemas se desarrollan porque existe una demanda por parte del cliente, y porque son más rentables y eficientes, además de ofrecer a los empleados mayor satisfacción profesional (van der Aa y Konijn 2001, Goodwin et al. 2003).

Los servicios integrados y conectados pueden responder a estos objetivos, y los distintos servicios pueden adaptarse conjuntamente cubriendo varias áreas, incluyendo la atención a las personas mayores. Además, los usuarios de servicios ya están demandando servicios integrados. En un momento en que se incrementa la demanda y disminuyen los recursos, resulta obvio y políticamente convincente que los servicios sanitarios trabajen conjuntamente con los servicios sociales y comunitarios para lograr estos objetivos. Por último, en el caso de los trabajadores dedicados a la atención, la integración proporciona nuevas perspectivas dentro de su carrera profesional.

Retos para los directores

La atención integrada no es un resultado, sino un medio para lograr un rendimiento óptimo en el ámbito de los servicios, en este caso, para las personas mayores. Este cambio de una atención condicionada por la oferta a un tipo de atención condicionada por la demanda requiere nuevos modelos y técnicas de gestión. Los directores se tendrán que enfrentar a múltiples enfoques y lealtades al tratar de integrar y conectar los servicios en función del cliente. Su reto es organizar y asegurar la prestación de una atención y unos servicios que:

- apoyen el “entorno vital” de los clientes
- combinen las tareas de profesionales, cuidadores no profesionales y voluntarios
- interconecten y combinen los servicios dentro de las organizaciones
- coordinen los servicios prestados por distintos proveedores
- se interrelacionen con el marco o sistema asistencial específico

Los retos para establecer una atención integrada son los siguientes:

- **Apoyo al “entorno vital” de los clientes.** El entorno vital de un cliente incluye sus circunstancias y experiencias dentro de su entorno físico y social. Apoyar esto implica ayudar a los clientes a experimentar su identidad personal y el significado de la vida. Estos objetivos, siempre teniendo en cuenta las competencias personales del cliente, sus recursos, reconocimiento y respeto a la trayectoria personal, son esenciales, sean cuales sean sus necesidades.
- **Combinación de las tareas de cuidadores profesionales, no profesionales y voluntarios.** Esto implica asignar adecuadamente todas las tareas necesarias a los servicios o profesionales, manteniendo un diálogo equilibrado con el cliente y /o sus cuidadores no profesionales. También puede implicar la adopción de nuevas especialidades que la nueva plantilla necesitará, así como contratos adicionales y nuevos puestos.
- **Conexión y combinación de servicios dentro de las organizaciones.** Esto requiere coordinación, cooperación y el uso de la información y la tecnología para estructurar el volumen de trabajo entre los servicios.
- **Coordinación de servicios proporcionados por diferentes proveedores.** Los estándares, sistemas de información, criterios de evaluación y orientación concernientes al cliente, tienen que estar conectados y ajustarse mutuamente, además de llegar a los diferentes organizaciones sociales y sanitarias
- **Interconexión con el sistema de atención o marco específico.** Es importante trabajar dentro del mismo contexto del sistema en el cual se va a proporcionar la prestación de servicios, esto es, un mismo sistema financiero, normas legales y estándares de calidad de atención. Esto implica que los coordinadores de servicios integrados tienen que trabajar en tres niveles:
 - **nivel del cliente** – el entorno vital de la persona mayor.
 - **nivel de organización o de red asistencial** – su propia organización y sus conexiones con otras organizaciones.
 - **nivel de sistema de atención** – la sociedad y, más concretamente, el marco político (actual o futuro).

Figura 1: Adaptación de los coordinadores al sistema de atención integrada



Las adaptaciones de los directores a los ámbitos mostrados en los cuatro cuadros unidos por las flechas de la figura 1 les obliga a tener múltiples lealtades y responsabilidades que deben saber equilibrar adecuadamente. Al tener que tratar con los cuatro ámbitos, los cuales pueden reflejar compromisos encontrados o contradictorios, pueden surgir ambigüedades y tratar estas ambigüedades es una de las tareas más ambiciosas que los directores deben resolver (Carrier, 2002).

Objetivos de la Integración

Listado de Objetivos para el cliente

El cliente es el principal beneficiario de la atención integrada. Desde su punto de vista, la atención integrada es más eficaz si se lleva a cabo del modo siguiente:

- ✓ Los servicios se organizan en función del usuario del servicio, respondiendo a sus necesidades y, a ser posible, anticipándose a sus necesidades asistenciales y previniéndolas.
- ✓ Los servicios cubren toda la variedad de necesidades y responden a las preferencias personales del cliente y sus responsabilidades.
- ✓ Los intereses de los cuidadores también se deben tener en cuenta, ellos también tienen derechos, su bienestar y su calidad de vida deben tenerse en cuenta al igual que las necesidades de las personas a las que cuidan.
- ✓ Las funciones y contribuciones que se esperan del cliente, y de sus cuidadores se consideran un elemento fundamental en la prestación de la atención.
- ✓ Los clientes y, si así lo desean, los cuidadores tienen poder de elección y control, respecto a la prestación del servicio, con la debida observancia de sus derechos.
- ✓ Los servicios son accesibles en todos los sentidos:
 - físico, por ejemplo, sustituyendo las escaleras por trampas.
 - geográfico, asegurándose que los servicios se encuentran a una distancia razonable de los usuarios.
 - psico-social, garantizando la no estigmatización de los usuarios del servicio.
 - económico, haciéndolos asequibles.
 - informativo, proporcionando una orientación clara acerca de las opciones y derechos.
- ✓ Los clientes deberían percibir una continuidad cuando reciben los servicios. Teóricamente, no deberían apreciar las fronteras existentes entre los servicios y las organizaciones.
- ✓ Los paquetes asistenciales se diseñan y proporcionan a partir de un diálogo entre usuarios, cuidadores y proveedores, que se consideran conjuntamente “socios asistenciales”.
- ✓ La evaluación profesional completa de las necesidades del usuario y de sus cuidadores se considera el primer paso en la elaboración de un paquete asistencial.

Para más información de este proceso, véase Kodner y Spreeuwenberg (2002) y Carrier (2002).

Listado de objetivos para la organización

En consonancia con estos requisitos, los objetivos y los resultados esperados para las organizaciones se pueden concretar en:

- ✓ Mejorar la calidad de la atención, calidad de vida, satisfacción del usuario y eficacia del sistema, y que ésta llegue en igual medida a los diferentes servicios, proveedores y entornos.
- ✓ Mejorar los servicios en cuanto a acceso, a calidad (satisfacción del usuario y resultados, calidad del sistema y del proceso) y sostenibilidad económica, incluyendo eficiencia, gasto público, bien general (Comisión de las Comunidades Europeas 2003).
- ✓ Unir y coordinar los diferentes aspectos de atención con las diferentes profesiones, servicios, organizaciones y sistemas.
- ✓ Unir elementos de enfermedad aguda y a corto plazo, atención a largo plazo, atención social, atención domiciliaria y servicios tales como transporte, comida, trabajos extras de mantenimiento de jardín y de ocio y actividades educativas.
- ✓ Dar más importancia a la opinión de los mayores con necesidades múltiples para que puedan vivir sus vidas según sus preferencias y objetivos personales.

Estos principios, recogidos en los trabajos de Gröne y García Barbero (2002), Kodner y Spreeuwenberg (2002) y la Comisión para las Comunidades Europeas (2003), resultan atractivos a primera vista. En realidad, uno nunca podría mostrar rechazo. Es fácil adoptarlos aunque sólo sea de palabra y continuar con las tareas habituales sin cambiar las rutinas de trabajo o la división de tareas. Sin embargo, para mejorar la práctica diaria, estos principios deben testarse y materializarse en la práctica preguntándonos: “¿cómo podemos poner en práctica este principio concreto?” y “¿cómo podemos cambiar nuestra forma de trabajar para conseguir este principio?” En otras palabras, los directores no deberían adoptar estos principios por el mero hecho de que ya hayan sido adoptados de palabra. Esto sería muy simple.

Adaptación de los usuarios de servicios a formas de integración

Hasta aquí, la atención integrada se nos ha presentado como una opción muy atractiva. Sin embargo, no es la solución a todos y cada uno de los problemas. Si la integración es significativa, y suponiendo que si lo es, decidir qué nivel de integración es el más adecuado dependerá de las características y las enfermedades del cliente. A este respecto, la estabilidad o la gravedad de la enfermedad del cliente son cruciales (Leutz 1999).

Las características y condiciones del cliente se pueden relacionar con una tipología muy utilizada que marca el grado o intensidad de conexiones entre servicios y organizaciones. Esta clasificación, realizada por Leutz (1999) distingue tres niveles de integración:

- Interconexión
- Coordinación entre redes asistenciales
- Integración total

Estos tres niveles se explican más detalladamente a continuación:

Interconexión

Este nivel opera dentro del entorno de los servicios ya existentes. En términos generales, acepta la división del trabajo ya existente en el sistema asistencial y respeta los criterios de derecho a la pres-

tación de los servicios que operan aparte. En este nivel, la integración implica la desviación a especialistas de forma adecuada, para enviar a los mayores al lugar adecuado en el momento adecuado dentro del sistema. También presupone la existencia de una comunicación excelente entre los profesionales implicados para que sea posible una continuidad de la atención cuando el paciente va de un servicio a otro. Los proveedores saben y reconocen quién es el responsable pagador para cada tipo de servicio, y los costes y responsabilidades no se alteran.

Coordinación en redes asistenciales

Este nivel aparece en entornos donde las agencias reguladoras y organizaciones de servicios buscan nuevos equilibrios en la provisión de atención, una redefinición de tareas, flujo de clientes y criterios de elección. Este nivel está más estructurado que el nivel de interconexión, no obstante, ya funciona en gran medida a través de estructuras de sistemas ya existentes. Este nivel pretende:

- Coordinar los beneficios o cobertura y uso de los servicios
- Compartir información clínica de forma planificada
- Gestionar la transición entre diferentes entornos
- Asignar responsabilidad prioritaria a la coordinación de la atención.

La coordinación identifica puntos de fricción, confusión o discontinuidad entre los distintos sistemas y establece estructuras y procesos para solucionar estos problemas.

Integración Total

Este nivel trata de desarrollar programas de atención integrales o paquetes de atención que estén en sintonía con las necesidades de grupos de clientes específicos. Tiene mucho que ver con los métodos de gestión de la atención desarrollados recientemente. Crea nuevos programas o unidades que comparten recursos de varios sistemas, definen nuevos beneficios y usan registros comunes. Los servicios integrados se gestionan directamente y específicamente a través de un sistema de gestión individualizado, sin intermediarios. Solamente existe una especie de dirección conjunta por encima de todas ellas. Una integración total puede incluir tipos de intervención especializada, accesos de “vía rápida”, y cooperación próxima entre los profesionales entendidos en la materia. Los aspectos más urgentes en este nivel son: la definición del grupo-diana, la reunificación de los servicios necesarios y asignación de los recursos apropiados.

Las características y enfermedades de cada cliente repercuten de forma diferente a la hora de obtener el óptimo nivel de integración, así como en las operaciones de gestión, tal como se ilustra en la tabla 1 siguiente:

Tabla 1: Niveles de integración

Necesidades del cliente	Interconexión	Coordinación	Integración total
Gravedad	Media a moderada	Moderada a grave	Moderada a grave
Estabilidad	Estable	Estable	Inestable
Duración	De corto a largo plazo	De corto a largo plazo	De largo plazo a terminal
Urgencia	Rutinaria o no urgente	Rutinaria principalmente	Frecuente, urgente
Cobertura asistencial	Escasa a moderada	Moderada a amplia	Amplia
Auto-dirección	Auto-dirigido o dependiente del cuidado no profesional	Distintos niveles de auto-dirección	Puede contemplar una auto-dirección débil o cierto apoyo no profesional

Adaptado de Leutz (1999)

Tabla 2: Repercusiones en cuanto al funcionamiento

Repercusiones en cuanto a funcionamiento	Interconexión	Coordinación	Integración Total
Gestión de casos	_____	Gestores de caso y personal interconectado	Gestores de caso o equipos gestionan toda la atención
Transiciones y prestación de servicios	Derivación y seguimiento	Transiciones fluidas entre establecimientos, en cuanto a cobertura y responsabilidad	Provisión de atención controlada. Ofrece prestación asistencial en todos los ámbitos
Información	Consulte si es necesaria. Proporciónela cuando la pidan	Defina y proporcione ítems o informes de forma rutinaria	Utilice sistemas de registros comunes como parte de la práctica y gestión diaria
Financiación	Averigüe quien paga cada servicio	Dedica quién paga qué en los casos específicos.	Fondos comunes para comprar nuevos servicios o servicios indirectos
Derecho a la prestación	Siga las normas de derecho a la prestación	Gestione para maximizar eficiencia y cobertura	Combine y unifique. Cambie y redefina los requisitos de derecho a la prestación.

Adaptación de Leutz (1999)

La tabla 2 nos demuestra que los niveles de integración se deben elegir con sumo cuidado. La integración tiene sus ventajas, pero también exige una inversión, implica establecer nuevas fronteras y, como ya hemos mencionado, no soluciona todos y cada uno de los problemas.

Leyes de Integración

- Se pueden integrar todos los servicios para un grupo determinado de personas, se pueden integrar algunos servicios para todas las personas, pero no se pueden integrar todos los servicios para todas las personas.
- La integración es una inversión a largo plazo
- Tu integración es mi fragmentación
- No se puede integrar algo que no se conoce bien (no se puede integrar si te sientes como gallina en corral ajeno)
- El que realiza la integración “lleva la voz cantante”

Fuente: Leutz 1999

Dimensiones de la continuidad de la atención

A la hora de desarrollar servicios de integración interconectados, coordinados o de integración total la continuidad es prioridad clave (Haggerty et al., 2003). El diseño de servicios y de vías clínicas con los que proporcionar servicios necesita tener en cuenta que la integración es un proceso dinámico. Cambia a lo largo del tiempo y requiere supervisión regular y adaptaciones. Tanto el contenido como su temporalización deben tener continuidad. Siempre hay dos dimensiones de la continuidad en riesgo, la simultánea y la secuencial:

- **Dimensión simultánea:** La provisión de servicios múltiples tiene que ser coherente en cuanto a contenidos y logística. Por ejemplo, en el caso de la señora Costa (descrito al principio de este capítulo), esta señora puede que necesite un paquete de atenciones y servicios múltiples. Este paquete debe acomodarse a un ritmo o programa diario. Todos los profesionales implicados deberían trabajar de acuerdo a unos principios coherentes y uniformes, para que la señora no se deprima o se confunda más de lo que está. El hecho de que se involucren sus hijos implica que éstos también tienen que conocer y seguir estos principios. En este contexto se podría hablar de conexión “simultánea” o coordinación e integración de servicios durante todo el proceso.
- **Dimensión secuencial:** La atención y los servicios deben seguir las necesidades del usuario de forma continuada, pero las etapas de esta progresión deben aparecer sin cortes o interrupciones. Por ejemplo, después de un derrame cerebral es imprescindible un diagnóstico apropiado y oportuno. Posteriormente, el paciente necesitará un programa de rehabilitación o, en el caso de un estado de secuelas permanente, será necesaria una atención de larga duración, por lo que la secuenciación de interconexión, coordinación e integración es primordial. La cadena de cuidados debe adaptarse para conseguir que la continuidad en cuanto a contenidos y la provisión de cuidados se realice sincronizadamente (Åhgren 2003).

Para salvaguardar el derecho a la prestación de un servicio y la provisión de fondos, las diferentes etapas del proceso deben estar conectadas a los procesos de control pertinentes o de la administración. Los paquetes de atención deben adaptarse a esa provisión de servicios de forma paulatina: desde la presentación inicial de un problema, pasando por las etapas de desvío a un especialista, evaluación de las necesidades y estudio del expediente para ver si tiene derecho a la prestación. Todas las partes implicadas, desde aquellos responsables de la provisión de la atención hasta los clientes, cuidadores, cliente pagador y los gobiernos, tienen que ser responsables y estar al tanto en cada una de las etapas.

La tarea de los coordinadores es conseguir continuidad en cada uno de los tres niveles en los que se tienen que centrar: el del cliente, el de la organización y el de las redes asistenciales, y el del sistema de atención.

¿Qué servicios tienen que integrarse?

Para orquestar la atención integrada hay que conectar, coordinar o integrar una serie de servicios. Estos servicios son proporcionados por diferentes profesionales y/o proveedores que puede que trabajen en sectores diferentes. Cuando sea precisa la conexión o coordinación, los servicios tradicionales pueden ser suficientes. En la mayoría de los países de la UE estos servicios ya existen, pero con nombres o interpretaciones diferentes, y puede que funcionen en sectores diferentes y con diferentes políticas-marco.

Si mencionamos los servicios “tradicionales” más o menos relevantes, tendríamos:

- **Atención sanitaria de corta duración:** los médicos de familia, fisioterapeutas, terapia ocupacional, centros de rehabilitación, equipos interdisciplinarios de proveedores de servicios comunitarios (intervención y coordinación), equipos de atención domiciliaria paliativa, hospitales.
- **Atención de larga duración:** enfermería de distrito, trabajadores de atención personal, ayuda domiciliaria, hospital de día o centros de día, casas tuteladas y atención comunitaria, residencias geriátricas (incluyendo residencias asistidas y residencias generales), hospitales psiquiátricos.
- **Asistencia social:** trabajo social, grupos de apoyo, comedores benéficos, educación, actividades de ocio, consejeros, centros de apoyo asistencial, centros de día o centros comunitarios de día.
- **Alojamiento:** alojamiento general, alojamiento especial o adaptado, casas inteligentes (viviendas con tecnología avanzada), viviendas tuteladas, centros de reunión comunitarios.
- **Servicios de apoyo:** transporte, ocio, educación, asistencia doméstica, trabajos especiales, ayuda económica.

- **Aparatos y equipos de apoyo:** muletas y bastones, aparatos para la vista o el oído, tecnología de la comunicación, adaptaciones ergonómicas en el domicilio o aparatos especiales para la casa, sistemas de alarmas.
- **Promoción de la salud y mantenimiento:** visitas domiciliarias preventivas, ejercicios de gimnasia de mantenimiento, revisiones, grupos de autoayuda, cursos de amistad.

Lista de control: Elección de servicios

- ✓ Compruebe cuáles son los elementos de la atención integrada de los que puede disponer su organización para trabajar en colaboración, ya sea para interconexión, coordinación o integración total.
- ✓ Trate de averiguar si el acceso a uno de estos servicios es un problema para los clientes. ¿Los servicios actuales y los mecanismos de integración proporcionan una solución real a los problemas más destacados con los que se enfrentan sus clientes?

Servicios pioneros

Los servicios más pioneros son especialmente necesarios cuando se precisa una integración total de servicios. Por definición, estos servicios no encajan en la clasificación tradicional ni encajan con los roles tradicionales, vías clínicas o responsabilidades.

Caso práctico: Señora Costa-Álvarez (continuación)

La señora Costa ha rechazado todas los tipos de asistencia profesional existentes. Una opción que parece que ha aceptado ha sido un “Café de Alzheimer” de su ciudad, al que ella podría haber ido con uno de sus hijos. En este tipo de cafés se ofrece educación y apoyo, consulta e información, proporcionada por profesionales y otros compañeros enfermos, todo ello en un ambiente muy relajado. A los usuarios de este servicio se les anima a asistir a diez reuniones mensuales. El contenido de cada reunión se consensúa previamente, pero generalmente trata del proceso de la demencia.

Esta idea de café se basa en unas sesiones que siguen una estructura fija de cinco horas y media:

- llegada y presentación
- información
- música en directo
- intercambio de ideas en grupo
- conclusión

Las sesiones de información generalmente se llevan a cabo a través de una entrevista de los pacientes, familiares y expertos con un líder que dirige la charla. La información y consejos ofrecidos por este servicio pueden proporcionar al cliente y a los cuidadores cierto conocimiento de la enfermedad. También puede proporcionarles información práctica y reducir ese rechazo a buscar apoyo profesional. Los cafés Alzheimer funcionan regularmente en Australia, Bélgica, Alemania, Grecia, Países Bajos, Reino Unido y Estados Unidos (Mesen y Jones 2002).

Otra opción que también podría funcionar sería un proyecto a pequeña escala de acogida domiciliaria para personas con demencia, que esté en sintonía con el grupo étnico minoritario al que pertenece la señora Costa. Este servicio proporcionaría una supervisión domiciliaria, de atención personal y compañía en un ambiente familiar.

Papel de los usuarios y de los cuidadores no profesionales

La mayor parte de la atención la proporcionan cuidadores no profesionales, como puede ser un familiar o un vecino, normalmente de forma irregular y sin seguir un horario estricto. Los voluntarios también pueden desempeñar un papel importante en la provisión de atención. No obstante, los proveedores de servicios profesionales no siempre reconocen la contribución de estos grupos y rara vez son considerados parte del sistema. Por el contrario, se les considera como una especie de “reserva extra” para cuando otros elementos del sistema fallan o no están disponibles. Los cuidadores no profesionales, tales como los esposos y los hijos deberían tener derechos legales para poder aliviarse de sus responsabilidades cuando se trate de una atención a largo plazo y se convierta en una carga. Igualmente, también deberían tener el derecho a ser los proveedores de atención si así lo quieren y son capaces de hacerlo.

La contribución y el especial papel de los voluntarios varía dependiendo del país; esto se debe a diferentes valores culturales y el papel de los sectores público y privado. El sector del voluntariado, y en particular sus voluntarios, tiene un valor específico e intrínseco para aquellos que reciben el servicio, así como para aquellos que lo proporcionan. Existe gran potencial de cuidadores no profesionales y voluntarios que puede canalizarse de forma positiva para beneficiar a los clientes implicados y, especialmente, a través de esas relaciones particulares que a menudo se forman entre usuarios de servicios y voluntarios.

Obstáculos que impiden la integración

A pesar de que hay buena disposición para que se realicen servicios integrados, incorporarlos a la práctica diaria no es precisamente fácil. Ni el sistema de provisión de atención ni los sistemas profesionales se fundamentan en principios de servicios integrados. Por el contrario, lo más común es que estén fragmentados como resultado de la especialización y diferenciación de tareas.

Los principales obstáculos a la implementación de la atención integrada están profundamente enquistados en los sistemas organizativos y políticos existentes (véase también Leichsenring y Alaszewski 2004). La red CARMEN ha analizado los diferentes sistemas de los estados miembros de la UE así como también los diferentes retos de gestión que van apareciendo. A partir de este análisis parece que en estos países los coordinadores se enfrentan con obstáculos similares:

- **Fondos públicos insuficientes.** Estos recortes se traducen en listas de espera, listas que dificultan los desvíos a especialistas y la provisión de atención. Es difícil de implementar una integración, sistemas que funcionen fluidamente y una gestión adecuada.
- **No existe relación entre los sistemas financieros y los sistemas legislativos.** Servicios diferentes puede que estén gobernados por diferentes autoridades u organizaciones con regímenes incompatibles entre sí.
- **Acceso desigual.** Los mecanismos existentes para contrarrestar las formas de co-pago y de prueba pueden condicionar el acceso a la atención de larga duración. Del mismo modo, los criterios para acceder a la prestación social pueden ser distintos según sea la región y/o el ayuntamiento a que se pertenezca.
- **Sistemas no equilibrados.** Los cambios son una constante del sistema, y nos podemos encontrar, por ejemplo, con cortes de presupuesto o restricciones que pueden no verse compensados en otras partes del sistema.
- **Complejidad del sistema.** Pueden existir múltiples participantes con diferentes funciones, tareas, intereses y posiciones de poder. Entre las barreras existentes a los procesos de sincronización entre los sectores y agencias implicadas podemos incluir factores sociales, económicos y políticos,

circunstancias locales, legislación y vías de financiación diferentes, y acuerdos estructurales y de procedimiento en diferentes niveles del sistema.

- **Responsabilidad:** En la mayoría de los sistemas no existe una persona en los ámbitos administrativos y de gestión con responsabilidad global de la provisión integrada de servicios, tampoco para los resultados. Esto constituye una barrera a las tomas de decisiones.
- **Problemas de interrelación:** Las fricciones existentes entre organizaciones y profesionales a la hora de colaborar se refleja en la fragmentación de los distintos sistemas implicados. Las fricciones entre profesionales pueden impedir la colaboración debido a diferencias en sus culturas profesionales y puntos de vista.
- **Sistemas condicionados por la oferta:** A pesar de la existencia de una ideología de políticas basadas en el cliente, la práctica diaria predominante todavía está condicionada por la oferta y por los intereses de los proveedores.
- **Recursos Humanos:** Recortes de plantilla, deficiencias en la calidad de la plantilla o por el contrario una plantilla muy especializada pueden impedir la implementación de la atención integrada. El nuevo sistema exige un nuevo tipo de profesionales y de equipos que trabajen conjuntamente (como por ejemplo gestores de caso y asesores paritarios) y que se muevan por diferentes servicios.
- **Culturas que no se corresponden:** Existen diferencias significativas entre el sector de atención sanitaria y el sector social en aspectos tales como titulaciones, métodos de trabajo y sistemas.
- **Gestión de calidad:** Los servicios sociales carecen de sistemas y políticas de calidad. Es más frecuente que sean los servicios sanitarios los que dispongan de un sistema de gestión de calidad. Las definiciones en cuanto a calidad a menudo causan conflicto entre las partes, por lo que en muchos casos no se llega a un consenso. La gestión de la atención integrada apenas existe en lo que a definición y criterios relacionados con el control de calidad se refiere. En los casos en que sí existen, no prestan atención al control del consumidor, elección por parte del cliente y a la información recibida por el cliente. La calidad de vida está poco planificada, supervisada y evaluada, como tampoco lo están las interacciones de los profesionales con los familiares de los clientes y con los cuidadores no profesionales.
- **La integración se convierte en un fin en sí misma:** La integración de servicios sólo se puede adoptar mientras no se convierta en una vía para resolver otros problemas del sistema y se olviden las necesidades de los clientes.

A pesar de estos obstáculos, diferentes ejemplos nos han demostrado que no es imposible. A veces, los obstáculos se utilizan como mera excusa para eludir la colaboración. Los coordinadores tienen que tratar estos asuntos para lograr la integración, implementando las intervenciones a todos los niveles: de cliente, de organización o de redes asistenciales y del sistema. Se ha demostrado que varios de los procesos, mecanismos e instrumentos utilizados son válidos. Existe cierto nivel de consenso acerca de la utilidad de algunos de ellos, pero todavía se tienen que proporcionar muchos indicadores.

Este libro de recursos se centra en algunas intervenciones de gestión. Sin embargo, no todas las intervenciones se tratan aquí de forma detallada. También son necesarias medidas políticas que favorezcan la atención integrada. Esto es uno de los primeros requisitos o apoyos para la integración. CARMEN ha publicado un folleto sobre desarrollo de políticas con respecto a la atención integrada en el nivel nacional (Banks 2004).

Proceso de implementación

Cuando los miembros de una organización deciden que sus clientes deben beneficiarse de la atención integrada, y que ellos pueden gestionar el contexto, y que comparten unos principios básicos comunes, la pregunta siguiente es cómo adoptar el proceso de integración.

En una gestión estratégica y de innovación, existen un número de fases bien diferenciadas en el proceso de trabajo de la implementación. En cada fase, hay tareas específicas que deben realizarse. Para asegurarse de que se han completado todas las tareas necesarias, los coordinadores se pueden preguntar a sí mismos una serie de preguntas (expuestas abajo). Las respuestas determinarán qué tareas necesita la organización llevar a cabo.

En teoría, cada fase debería concluir con “decisión que va adelante” o “decisión que no va adelante”. En la práctica, las fases por separado y las decisiones a menudo no son lo suficientemente explícitas. No obstante, las fases descritas abajo (según el modelo de Nies y Könen, 1996) pueden ayudarnos en el proceso de decisiones.

Fase 1: Deliberación: ¿“Es la atención integrada una opción en nuestro caso?”

- ¿Por qué deberíamos considerar la provisión de atención integrada?
- ¿Para qué grupos diana?
- ¿Con quién?
- ¿Qué tipo de integración será la más adecuada?
- ¿Tengo opciones para trabajar en colaboración?

Fase 2: Exploración: “¿Cómo deberíamos empezar el proceso?”

- ¿Cuándo vamos a negociar y con quién?
- ¿Cómo iniciamos las negociaciones?
- ¿Cómo deberíamos comunicarnos (internamente y externamente)?
- ¿Deberíamos redactar una carta de intenciones?
- ¿Qué código de conducta debemos consensuar con nuestro socio?
- ¿Cómo podemos ofrecer a los mayores y / o a sus representantes el derecho a participar?

Fase 3: Aspectos prácticos: “¿Cómo deberíamos diseñar la atención integrada?”

- ¿Cómo podemos desarrollar una misión y un punto de vista para la futura provisión de atención y servicios?”
- ¿Qué tipo de funciones y capacidades deberían estar condicionadas por la futura colaboración de atención integrada?
- ¿Cómo podemos testar la viabilidad y posibles consecuencias de la atención integrada y el trabajo en equipo?
- ¿Qué tipo de reformas o adaptaciones jurídicas deben tenerse en cuenta?
- ¿Qué estructura organizativa es la más adecuada?
- ¿Cómo podemos establecer apoyo a las nuevas ideas?
- ¿En qué medida se verá afectado el resto del personal por nuestros servicios?
- ¿Qué papel desempeña la participación del cliente y de la plantilla en la organización integrada?
- ¿Qué consecuencias tendrá la integración en nuestro sistema actual de documentación, sistema de calidad y sistema financiero?
- ¿Cómo deberíamos planificar las actuaciones que tenemos que asumir?
- ¿Cómo podemos supervisar proceso y progreso?

Fase 4: Implementación: “¿Cómo conseguimos que la atención integrada empiece a funcionar?”

- ¿Cómo deberíamos diseñar el proyecto de la organización para preparar la implementación?
- ¿Cómo deberíamos elegir al jefe del proyecto, y cuáles son las condiciones necesarias para un rendimiento óptimo?
- ¿Cómo gestionamos el proceso de colaboración?
- ¿Cómo supervisamos el progreso de las medidas preparatorias?
- ¿Cuáles son las ayudas y obstáculos que pueden aparecer en la implementación?
- ¿Cómo podemos reconocer la resistencia al cambio y como deberíamos manejarla?

Fase 5: Evaluación: “¿Cómo decidimos si debemos o no continuar?”

- ¿Han mejorado los clientes y sus cuidadores?
- ¿Han mejorado los miembros de la plantilla?
- ¿Estamos alcanzando los objetivos que nos marcamos?
- ¿Estamos cumpliendo los plazos que nos propusimos?
- ¿Superan los efectos imprevistos a los previstos?
- ¿El balance de coste-beneficio es el que esperábamos que fuera?

Cuestiones éticas

Las cuestiones éticas que conlleva la atención integrada para personas mayores tienen que ver con la tensión latente entre la capacitación y los derechos individuales del cliente por un lado y las reglas y normas del “sistema” por otro lado (Defever 2002). Los coordinadores tienen que conseguir que los aspectos éticos sean una prioridad.

Entre las cuestiones éticas a las que debe enfrentarse un coordinador que trabaje en este campo se incluyen:

- capacitación
- libertad de elección
- privacidad del paciente
- gestión de riesgos
- dar prioridad al grupo-diana

Cada uno de estos aspectos se explica con más detalle a continuación.

- **Capacitación:** Si una persona mayor elige un servicio que aparentemente es “inadecuado” desde el punto de vista del profesional, esta elección puede causar gran dilema moral o ético, que es preciso que se trate apropiadamente y con sensibilidad. Los coordinadores tienen que apoyar a su plantilla para solucionar estas situaciones.
- **Libertad de elección:** A diferencia de las vías clínicas consensuadas, la libertad de elección puede resultar algo idealista y a menudo no es rentable. Si un paciente elige una vía clínica que supone un incremento del gasto público, la posibilidad de tener “libertad de elección” no será viable, y además puede implicar recortes en la provisión de servicios que afectarán a otros clientes. Es el coordinador el que debe asegurarse de que las opciones disponibles sean realistas y apropiadas en todos los casos. Existe un caso similar cuando hay conflicto de intereses entre los clientes y sus cuidadores no profesionales. ¿El interés de cuál de ellos es prioritario? ¿El del cliente que quiere quedarse en casa o el de su esposa/o que ha estado cuidándole y está al borde de la extenuación?
- **Privacidad del paciente:** Las limitaciones en cuanto a la privacidad se resuelven con la cuestión de los flujos de información del cliente. En otras palabras, ¿se puede reenviar toda la información del cliente a los socios relevantes dentro del sistema sin el consentimiento del cliente en cada uno de los diferentes pasos? Es importante señalar que el consentimiento del cliente en un primer estadio puede que no sea válido para todo el proceso de provisión.
- **Gestión de riesgos:** Esto se convierte en un problema cuando se tiene que decidir quién es el responsable de los posibles riesgos implícitos en la provisión de atención: el cliente (dando por sentado que está informado) o los cuidadores con responsabilidades conjuntas.
- **Dar prioridad al grupo diana:** La noción de riesgo se puede llevar un poco más allá cuando tendemos a dar prioridad al grupo diana. ¿El sistema vigente de atención domiciliaria, por ejemplo, tien-

de a dar preferencias a aquellos que han recibido el alta hospitalaria recientemente (debido a los altos costes del ingreso hospitalario), en contraposición a aquellos que han estado viviendo en casa pero que ya no pueden hacerlo solos? Si esto es así, ¿se trata ante todo de ver cómo equilibrar costes y riesgos?

Estas y otras preguntas forman parte de la realidad con la que convive la atención integrada y los aspectos morales o éticos con los que los coordinadores se enfrentan diariamente. Estos aspectos precisan de una deliberación cuidadosa antes y durante el proceso de implementación. Al tratar este asunto seguramente aparecerán diferentes normas y culturas profesionales y de organización. No obstante es absolutamente necesario tratar estos asuntos. No existe una única respuesta para los dilemas que plantea la atención integrada y a la señora Costa no le servirán unas respuestas generales. Sin embargo, los principios generales pueden ser útiles para proporcionarle, en su caso concreto, una atención que cubra sus necesidades de su situación particular. Esto es en lo que consiste la atención integrada.

Puntos clave

- La atención integrada no es un resultado sino un medio para alcanzar un nivel de rendimiento óptimo en los servicios. Consiste en la adaptación eficaz y efectiva de los servicios a las necesidades o problemas de un individuo en particular o de categorías de personas mayores que comparten unas necesidades similares.
- La atención integrada lo que persigue es responder a las necesidades de las personas mayores con problemas múltiples y crónicos. Sin embargo, ésta no es la única solución a todos los problemas. La eficacia de los diferentes tipos de estructuras existentes y las estrategias de integración dependen del tipo de problema de integración de que se trate, así como de en qué fase del proceso se encuentre la atención integrada.
- Las intervenciones en materia de gestión pueden estar dirigidas a diferentes niveles de la prestación de la atención: el cliente a modo individual, las organizaciones y redes asistenciales y la interacción con el sistema de atención en su conjunto.
- La integración puede centrarse en dos dimensiones principales: secuencial y simultánea. Estas dos deben estar conectadas a procesos pertinentes de control o administración.
- Aunque a menudo se pasa por alto, la aportación de los cuidadores y voluntarios es esencial en la atención integrada.
- Existen obstáculos reales a la atención integrada. Sin embargo, a menudo se utilizan como excusa para no colaborar. En ese caso, es importante superar la resistencia subyacente y adoptar medidas para hacerle frente.

Bibliografía

- Åhgren, B. (2003). 'Chains of care are here to stay'. *International Journal of Integrated Care*, vol 3. Available at: www.ijic.org
- Andersson, G. Karlberg, I. (2000). 'Integrated care for the elderly'. *International Journal of Integrated Care*, vol. 1. Available at: www.ijic.org
- Banks, P. (2004). *Policy Framework for Integrated Care for Older People*. London: King's Fund.
- Blackman, T. Brodhurst, S. Convery, J. eds. (2001). *Social Care and Social Exclusion. A comparative study of older people's care in Europe*. New York: Palgrave Macmillan.

- Carrier, J. (2002). *Integrated Services for Older People. Building a whole system approach in England*. London: Audit Commission.
- Commission of the European Communities (2003). *Health Care and Care for the Elderly: Supporting national strategies for ensuring a high level of social protection*. Communication from the Commission to European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Region.
- Coolen, J. (2002). *Integrated Care for Older People: Generperspective*. Dublin: EHMA, unpublished.
- Defever, M. (2002). 'Resource allocation in health care ', in Lie RK, Schotsmans. PT eds. *Healthy Thoughts. European perspectives on health care ethics*. Leuven: Peeters, pp 249-63.
- Glendinning, C. (1992). *The Costs of Informal Care: Looking inside the household*. London: HMSO.
- Goodwin, N. 6 P, Peck, E. Freeman, T. Posaner, R. (2003). *Managing Across Diverse Networks of Care: Lessons from other sectors*. Birmingham: Health Services Management Centre.
- Gröne, O. García-Barbero, M. (2002). *Trends in Integrated Care – Reflections on conceptual issues*. EUR/o2/5037864. Copenhagen: World Health Organisation. Also available at: www.euro.who.int/ihb
- Haggerty, JL. Reid, RJ. Freeman, GK. Starfield, BH. Adair, CA. McKendry, R. (2003). 'Continuity of care: a multidisciplinary review '. *British Medical Journal*, vol 327, pp 1219-21.
- Kodner, D. Spreeuwenberg, C. (2002). 'Integrated care: meaning, logic, applications, and implications a discussion paper '. *International Journal of Integrated Care*. Available at: www.ijic.org
- Kodner, DL. (2003). 'Consumer-directed services: lessons and implications for integrated systems of care '. *International Journal of Integrated Care*. Available at: www.ijic.org
- Leichsenring, K. Alaszewski, AM. (2004). *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European overview of issues at stake*. Abingdon: Ashgate. Also available at: www.euro-centre.org/procare
- Leutz, W. (1999). 'Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom '. *The Millbank Quarterly*, vol. 77: 1, pp. 77-110.
- Miesen, B. Jones, G. (2004). 'The Alzheimer café concept: a response to the trauma, drama and tragedy of dementia'. In Jones, G. Miesen, B. eds *Care-giving in Dementia – Research and applications*, vol 3. London/New York: Brunner/Routledge.
- Nies, H. Können, E. (1996). *Gids voor Samenwerking Tussen Verpleeghuizen en Verzorgingshuizen* (Guide for collaboration between nursing homes and residential homes). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (Netherlands Association of Nursing Homes).
- Paton, C. (2000). *The Impact of Market Forces on Health Systems*. Dublin: EHMA.
- Paton, C. Berman, PC. Busse, R. Ong, BN. Rehnberg, C. Renck, B. Romo Avilés, N. Silio Villamil, F. Sundh, M. Wismar, M. (2002). 'The European Union and health services: summary', in Busse, R. Wismar, M. Berman, PC. eds. *The European Union and Health Services. The impact of the single European market on member states*. Amsterdam: IOS Press, pp. 1-13.
- Timmermans, J. ed. (2003). *Mantelzorg Over de Hulp van en aan Mantelzorgers* (Informal help on the assistance to and from informal carers). The Hague: Den Haag Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Van der Aa, A. Konijn, T. (2001). *Ketens, Ketenregisseurs en Ketenontwikkeling* (Chains, chain directors and the development of chains). Utrecht: Lemma.

Van Raak, A. Mur-Veeman, I. Hardy, B. Steenbergen, M. Paulus, A. eds. (2003). *Integrated Care in Europe. Description and comparison of integrated care in six European countries*. Maarssen: ElsevierGezondheidszorg.

Woods, K. (2001). 'The development of integrated health care models in Scotland'. *International Journal of Integrated Care*, vol 1. Available at: www.ijic.org

Web links

www.ehma.org – página web de *European Health Management Association* (EHMA). Contiene información sobre CARMEN, con documentos y publicaciones así como otros proyectos. Presenta las actividades de EHMA, sus miembros y otras páginas web de interés.

www.ijic.org – El *International Journal of Integrated Care* es un diario digital que contiene artículos científicos. Es eminentemente práctico y publica estudios de investigación así como también proyectos e iniciativas políticas.

www.integratedcarenetwork.gov.uk – Página web de *Integrated Care Network* del Reino Unido; su objetivo es ayudar a organizaciones de primera línea a desarrollar atención integrada. El contenido de la página se organiza en 7 apartados clave: Integración, organización, políticas, investigación, inclusión, rendimiento y evaluación, gobierno.

www.euro.centre.org/procare – El proyecto Procare se centra en un Nuevo concepto de integración socio-sanitaria para personas mayores. Compara y evalúa distintos modos de prestación asistencial de los estados miembros de la UE. La página proporciona informes y links de utilidad.

Capítulo 2

Estructuras organizativas integradas

RICHARD PIEPER

En la introducción de este libro se explica cómo la atención integrada se puede analizar en tres niveles: nivel del cliente, nivel de la organización y de redes asistenciales, y nivel del sistema general asistencial. En este capítulo nos referimos a los acuerdos de atención integrada que se sitúan en el segundo nivel, el de las organizaciones o redes asistenciales.

El término “estructuras organizativas integradas” hace referencia a las organizaciones y a las relaciones entre organizaciones y redes asistenciales. Este capítulo está estrechamente relacionado con la gestión de calidad, gestión de la información, liderazgo, cambio cultural y planificación estratégica. Estos temas se tratan individualmente en otros capítulos del libro.

La atención integrada se centra particularmente en las relaciones **entre** organizaciones, ya que los problemas de la integración normalmente surgen en sistemas de atención fragmentados con insuficiente coordinación entre los proveedores de atención (tal como se describe en la introducción). Pero la atención integrada también se puede proporcionar **dentro de** organizaciones integradas, en otras palabras, dar soluciones “bajo un único techo” –de una organización mayor; es por ello que este capítulo también examina esta opción.

No existen soluciones simples para la integración de atención en este nivel. Por ello, se invita al lector a considerar algunos conceptos básicos, modelos y estrategias que pudieran proporcionar ayuda y guía en la búsqueda de soluciones prácticas.

Definiciones

El término “estructuras integradas” engloba dos conceptos: estructuras e integración.

Estructuras

El término “estructuras” hace referencia a los acuerdos más o menos estables de coordinación y cooperación dentro o entre organizaciones o agencias. Estas estructuras pueden incluir jerarquías, contratos, normas, consensos, presupuestos compartidos e infraestructuras tecnológicas. Dependiendo de la intensidad y la calidad de las relaciones de integración, es posible distinguir entre:

- **Organizaciones integradas:** organizan sus funciones bajo una jerarquía gerencialista o “bajo un solo techo”.
- **Redes asistenciales integradas:** implican acuerdos o contratos entre socios independientes. El término “estructuras integradas” hace referencia a los dos tipos de integración. Ya que los acuerdos en los sistemas de atención social y sanitaria son relativamente complejos, también existen “casos mixtos”, los cuales combinan organizaciones integradas y redes integradas.

Integración

El término “integrado” describe una característica de estas estructuras o procesos, donde los actores (miembros) y actividades (funciones):

- están muy conectadas
- son independientes
- funcionan con objetivos comunes.

“Integración” siempre implica la inclusión de ciertos actores y actividades y la exclusión de otros; en otras palabras, distingue entre el sistema y el entorno.

Estructuras integradas

Las estructuras integradas de atención que están bien equilibradas, son equitativas, están bien organizadas y tienen acuerdos “optimizados” promoverán y apoyarán una atención continuada e integrada.

- **Relaciones equilibradas.** Este concepto implica diferencias relevantes de valores, intereses y objetivos que se traducirán en costes, riesgos y conflictos potenciales y que requieren negociación, compromiso y confianza. Las partes implicadas normalmente aceptan el acuerdo porque éste tiene en cuenta sus intereses vitales; en otras palabras, los acuerdos equilibrados reflejan cierto principio de imparcialidad.
- **Relaciones bien organizadas.** Este concepto presupone interconexiones, coordinación, cooperación y coherencia en las actividades, para llegar a alcanzar cierto grado de consenso o autoridad (jerarquía). Para poder alcanzar los objetivos del acuerdo se establecen los medios disponibles en cuanto a volumen de trabajo e información.

La distinción entre estos tipos de relaciones es fundamental, pero no se deben confrontar como si representaran culturas diferentes e incompatibles (por ejemplo el modelo social como modelo opuesto al sanitario, o coordinación discursiva contra racionalidad sistemática; véase Dahme y Wohlfahrt 200), sino que deberían reconciliarse planteando soluciones prácticas.

Es importante señalar que la solución “óptima” a los ojos de una parte puede no parecer justa, ni siquiera medianamente óptima, a los ojos de otro.

Objetivos y resultados esperados

Las estructuras integradas son un medio para conseguir un fin. Se diseñan a partir de una estrategia de integración. Debería ser evidente si nos basamos en unos principios de imparcialidad y optimización (véase Estructuras Integradas, más arriba) que las estrategias de integración pueden venir condicionadas por ciertos intereses:

- Las organizaciones pueden querer ejercer cierta influencia sobre sus socios.
- Los miembros de una red pueden intentar incrementar su porcentaje de beneficios.
- Las agencias externas pueden querer incrementar su influencia en la organización o red.

Estos intereses en principio no son malos, y de hecho pueden generar ciertas ventajas en cuanto a la forma de integrar la atención. Pero también pueden crear desequilibrios. Pueden provocar cierta resistencia que puede aparecer cuando el estado o una organización intentan reorganizar los sistemas de atención existentes para optimizar sus beneficios. Los políticos y la administración reclamarán la integración en pos del bien común, pero en la práctica los objetivos tenderán a ser más parciales, por ejemplo, cuando exista un objetivo primordial de contención de gasto. Otra situación, también bastante común, es que se imponga un modelo de integración, que supuestamente ha funcionado en otros ámbitos de atención social o sanitaria, en lugares donde puede (o puede que no) sea de utilidad (véase Goodwin et al 2003).

Por lo tanto, los objetivos básicos y las estrategias se tienen que negociar siempre, con y dentro del sistema de atención, para que sean aprobados e implementados de forma efectiva.

Las estructuras integradas se diseñan para que los objetivos generales se puedan materializar de forma más efectiva. Desde la perspectiva del usuario o del cliente (que es desde donde se parte a lo largo de todo este libro), los objetivos básicos que las estructuras integradas deben promover son:

- calidad de vida de los clientes
- equidad y justicia social
- sostenibilidad económica
- acceso a los servicios para todos, cuando y donde los necesiten

Estos objetivos deben traducirse en “cosas que hacer” concretas y “resultados que alcanzar”. Desde el momento en que la situación en que se encuentran los sistemas de atención nacionales, regionales o locales difiere considerablemente (compárese, por ejemplo, la reforma de NHS en el Reino Unido con el modelo de adaptación escandinavo, la introducción de presupuestos personales de atención en los Países Bajos o la creación de centros de atención en Grecia), no existe un único paquete de resultados que nos indique cuál es la mejor integración o la que mejor rendimiento ofrece.

En la práctica, es fundamental obtener una mejora relativa, es decir, que se adapte a una situación concreta y teniendo en cuenta los recursos de los que se dispone. No obstante, también es importante que haya un acuerdo explícito en cuanto al número concreto de resultados observables. Esto es fundamental para establecer un consenso y para saber si “estamos en el camino correcto” hacia la atención integrada de la organización.

Lista de control: cómo lograr los objetivos

- ✓ Cuando se discutan los objetivos con los otros socios, tenga en cuenta resultados concretos, resultados alcanzables y resultados alcanzados.
- ✓ Seleccione solo unos pocos objetivos cada vez (por ejemplo los del cuadro de más abajo) y establezca prioridades claras.
- ✓ Establezca objetivos y acuerde mecanismos para saber si se cumplen.
- ✓ Implemente un procedimiento de evaluación rutinario y reconsidere los objetivos.

Ventajas del trabajo integrado

El trabajo integrado puede implicar grandes cambios, que se pueden interpretar como puntos de presión dentro del sistema de atención socio-sanitaria. Dentro de los servicios destinados a los mayores se podrían incluir las siguientes ventajas:

- más chequeos holísticos y procesos de evaluación
- mejor coordinación de las altas y bajas hospitalarias
- mejor coordinación entre la atención intermedia, de rehabilitación y de larga duración, y en general la continuidad de la atención

Entre los procesos de integración que favorecen que las organizaciones puedan alcanzar estos resultados podemos incluir:

- una comunicación más eficaz entre las agencias proveedoras de servicios, los profesionales, los usuarios y los cuidadores
- una gestión más eficiente al quitar barreras existentes entre las agencias
- liderazgo y responsabilidad claramente definidos
- equipos multi-profesionales de diferentes agencias con un mismo objetivo

- un sistema de toma de decisiones simplificado
- un sistema específico uniforme que sea fácil de entender por los usuarios, los profesionales sanitarios y los coordinadores
- un único punto de desvío a especialistas, con sólo uno que evalúe las necesidades sanitarias y sociales del cliente
- un único enfoque combinado para el proceso de planificación asistencial
- un único procedimiento para canalizar las quejas
- paquetes de atención más coordinados
- un presupuesto común al que puedan acceder por igual la plantilla sanitaria y de servicios sociales

Fuente: Peck *et al.*, (2000)

Modelos y enfoques

Cuando se trate de buscar modelos de integración uno se puede encontrar con múltiples iniciativas, proyectos generales, proyectos de innovación, reorganizaciones y otros acuerdos experimentales.

La primera lección que debemos aprender es que no existen modelos que se puedan transferir tal cual a otros contextos, que hay una serie de principios organizativos básicos o estrategias para diseñar la integración, y que también hay soluciones que se pueden adaptar a situaciones particulares muy concretas. A la hora de identificar opciones relevantes, debemos diferenciar distintos modelos de integración dependiendo del grado o intensidad de integración. En otras palabras, hasta qué punto las diferentes socios conectan sus actividades por medio de asociaciones, coordinación o contractualmente (véase Leutz 1999). En realidad el grado de integración no nos dice mucho del tipo de relaciones que se establecen. La teoría organizativa nos recuerda que los principios sobre los que se sustentan estas conexiones pueden ser muy diferentes.

La segunda lección, por lo tanto, es que la clasificación que se ha hecho hasta ahora, que ordena los modelos de integración en un *continuum* (que empieza con “no integración” en un extremo de *continuum* y termina con “integración total” en el otro extremo) no resulta de gran ayuda. No existe una solución única para cada problema de integración y, a veces, simplemente con observar detenidamente nos daremos cuenta que la respuesta es “menos (integración) es más”. Lo normal es que sean necesarias distintas estrategias de integración y distintas formas de asociación dependiendo de la situación y los problemas que se quieran resolver.

Los coordinadores de atención socio-sanitaria integrada deben tener en cuenta las complejidades de este sector y deben aprender a “gestionar esa dualidad” (Pettigrew y Fenton 2000). Los gestores que presenten innovaciones deben comprometerse, en teoría, con objetivos más o menos recíprocamente exclusivos, y en la práctica reconciliarlos de la forma más adecuada. En la práctica, encontramos estrategias muy diferentes y acuerdos que establecen relaciones de dependencia fiables con socios dentro del sistema de atención (véase Smith Ring y van de Ven, 1992. Hudson, 2003. Williamson, 1985. Walsh, 1995. Woods, 2002).

Cuatro modelos básicos

Al buscar “dicotomías” significativas, lo primero que tenemos que hacer es considerar las dos opciones en las que podemos basar las relaciones:

- confianza frente a acuerdo formal (entre paciente y profesional)
- responsabilidad ante “altas autoridades” frente a no responsabilidad

La primera opción, confianza frente a acuerdo formal, parece relativamente clara; no obstante, aunque los contratos pueden ser más o menos formales y vinculantes, también se basan en la confianza. En la segunda opción, la referencia a una alta autoridad significa que las transacciones van a ir determinadas en mayor o menor medida por un compromiso compartido de objetivos y valores, y se requiere cierta responsabilidad ante una tercera parte que ejerce el control.

Si combinamos estas dos opciones, podemos identificar cuatro modelos de integración entre agencias u organizaciones de sistemas de atención:

- mercantil
- de jerarquía o integración por fusión con otra organización
- co-orientación entre redes asistenciales
- cooperación entre redes asistenciales

Estas cuatro se explican detalladamente a continuación.

Modelo mercantil

Este modelo regula las relaciones comerciales habituales entre socios. Los modelos mercantiles se valoran por su carácter abierto, flexibilidad, capacidad de innovación y óptima distribución de los recursos. Sin embargo, no suelen ser efectivos a la hora de proporcionar bienes colectivos tales como salud pública o prevención, y tampoco a la hora de sensibilizarse con la justicia social o cuando se espera la protección de personas no privilegiadas, tales como los pobres, débiles o los mayores. El hecho de que se centren en los intereses particulares de los proveedores de atención normalmente va en detrimento la integración de atención que busca el bien del cliente.

Estas relaciones comerciales se basan principalmente en contratos más que en la confianza. No se presupone una autoridad superior o la posibilidad de compartir valores con otros socios, aunque los contratos están respaldados por un sistema sancionador. Ejemplos de relaciones mercantiles se pueden encontrar en los modelos de comprador-vendedor de los Países Bajos y en el Reino Unido; estos dos modelos fundamentalmente destacan el papel del cliente como consumidor.

Modelo jerárquico o integración por fusión con otra organización

En este modelo la provisión de atención de una organización se establece “bajo un único techo”. La organización puede ser una organización estatal si el estado o el municipio proporcionan servicios integrados. Un sistema jerárquico tiene la ventaja de que puede establecer una gestión efectiva y sus empleados mantienen con la organización un vínculo contractual que les obliga al cumplimiento de unos objetivos (en este caso los objetivos de una atención integrada). No mantienen dependencias de confianza ya que el control lo ejerce una alta autoridad conocida, definida en los objetivos de la empresa.

Los modelos jerárquicos desempeñan un papel ambiguo en los sistemas de atención. Por un lado, vemos que en las organizaciones grandes y las empresas fusionadas se fomenta conseguir más integración, especialmente en sistemas fragmentados. Por ejemplo, la discusión sobre la forma de gestionar la atención en los Estados Unidos o los consorcios de atención en el Reino Unido demuestran estos deseos de más eficiencia y calidad por parte de organizaciones integradas con tradición jerárquica fuerte (véase Goodwin et al., 2003 y Venet, 1999). En algunos casos, como es el caso de Alemania o Austria, se espera que las organizaciones más fuertes enlacen y rompan barreras entre partes tradicionales del sistema de atención; en otras palabras, entre el sistema sanitario y de servicios sociales (véase Pelikan et al., 1998, Schaeffer, 1998). Por otro lado, encontramos críticas a las estructuras jerárquicas, porque se considera que mantienen un poder centralizado y burocratizado (para un ejemplo de Finlandia, véase Sinkkonen y Kaatinen, 2003).

Modelo de co-orientación entre redes asistenciales

Este modelo establece relaciones estables y preferentes que permiten una integración de intercambios y actividades en el nivel operativo basados en “contratación recurrente” (véase Smith Ring y van de Ven, 1992). Aquí “co-orientación” significa que las personas o las agencias orientan sus actividades hacia los socios de la red, pero las relaciones pueden que no sean fuertes, y que los socios de la red puedan cambiar con relativa facilidad. Entre socios dentro del sistema implica que el desarrollo de relaciones duraderas se basa en las transacciones coordinadas recurrentes- por ejemplo, la coordinación entre atención hospitalaria y atención comunitaria para ofrecer una gestión de altas “continuada”. Esta coordinación se debe considerar como un primer paso necesario o la clave hacia una atención más integrada.

Entre las redes importantes en el sistema de atención que pueden entrar en esta categoría de “redes de co-orientación” se incluyen la red de atención comunitaria, en concreto las redes de trabajo social, y la red de atención no profesional o “mundo vital” del cliente. Otro caso importante lo encontramos en sistemas de atención menos profesionalizados, como por ejemplo en los países mediterráneos, o en los sistemas de atención del este de Europa, donde prevalece el apoyo no profesional y sistemas de atención fragmentados (para un ejemplo del caso español, véase Rico et al., 2003).

Las redes de co-orientación se basan en la confianza, aunque algunas relaciones no necesariamente exigen niveles de compromiso altos. Esto se debe a que las relaciones no siempre implican una referencia formal a valores más altos y no están sujetas a una responsabilidad controlada. Los socios en general mantienen su independencia.

Modelo de red cooperativa

Este modelo de cooperación, también llamado “acuerdo relacional” (véase Smith Ring y van de Ven, 1992) implica ciertos acuerdos en cuanto a valores básicos y total dependencia de la confianza. Las redes cooperativas suelen ser la opción favorita en el campo de atención integrada. Podría incluso considerarse un elemento esencial de la filosofía de atención integrada. Sin embargo, las características concretas de esta “cultura de confianza y colaboración” varían considerablemente dependiendo de los países y los sectores profesionales, y por lo tanto las condiciones para las redes cooperativas pueden variar. En los sistemas de atención centro-europeos, como es el caso de los Países Bajos, Alemania y Austria, “el sector terciario” de organizaciones sin ánimo de lucro y asociaciones de voluntarios desempeña un papel sistemático en la provisión de atención. Igualmente existe larga tradición de organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro (ONGs) en el sector de atención que colaboran con el estado o los municipios. Estas prácticas vigentes tienen gran peso y proporcionan las bases de confianza y compromisos compartidos con un único propósito: el “bienestar general”. No obstante, en los últimos años la cooperación se ha venido estructurando siguiendo los principios mercantiles (Dahme y Wohlfahrt, 2000, Schaeffer, 1998).

En las sociedades actuales, orientadas al mercado libre, las redes cooperativas necesitan normalmente apoyo de las instituciones estatales, regionales o municipales, para poder ejercer la influencia y legitimidad suficientes. Siguiendo la terminología aquí utilizada se puede considerar a estos dos tipos de redes como “redes integradas”. Las principales opciones, según esta perspectiva, las encontramos en los modelos mercantiles, jerárquicos y de redes. La elección entre modelos mercantiles o de jerarquías, por un lado, y de redes integradas, por otro, dependerá de la existencia a nivel local o regional de una “cultura de confianza” que apoye la coordinación y la co-orientación.

Integración o cómo controlar los riesgos y estar abierto a nuevas ideas

Los cuatro modelos descritos anteriormente se pueden describir más ampliamente si los combinamos con estrategias de control de riesgos. Básicamente, podemos distinguir los siguientes tipos de estrategias: basadas en la confianza, en el poder, conocimiento e intercambios (de dinero, mercancías y servicios). Si combinamos las estrategias con los modelos básicos anteriores tendremos las opciones de la Tabla 3 (véase también Smith Ring y van de Ven, 1992). Si tenemos en cuenta los sistemas de atención, veremos que cada uno de los cuatro modelos ofrece opciones muy diferentes:

- **El modelo mercantil**, no impone restricciones de participación. Supone la conceptualización de los riesgos inherentes a ciertos individuos, se establece un precio para los riesgos y posteriormente se pueden contratar seguros. Esta es una solución muy frecuente de control de riesgos sanitarios, siempre que los clientes que accedan a este mercado sean consumidores competentes y con recursos y si los proveedores ven un beneficio.
- **Modelo jerárquico**, este modelo permite a las organizaciones ejercer su poder, control y cierre. Este es el modelo más demandado cuando los distintos proveedores implicados tienen que compartir riesgos altos, comparten presupuesto y tienen grandes inversiones en infraestructuras comunes. Esto significa que los contratos detallados y los controles están ahí para garantizar la transacción más que por confianza mutua.
- **Modelo de redes de co-orientación**, este modelo puede ser efectivo cuando los riesgos de todas las partes –proveedores y clientes– son bajos y cuando la confianza puede materializarse en el nivel operativo, por medio de transacciones recurrentes o en las prácticas del día a día. La co-orientación lo que persigue es mejorar las transacciones, por lo tanto, en este modelo, el conocimiento y la comprensión del significado y los beneficios mutuos de la coordinación son importantes. No obstante, estas redes evitarán innovaciones arriesgadas.
- **Redes cooperativas**, éstas exigen situaciones de alto riesgo para los proveedores, donde el compromiso y la confianza entre socios a nivel estratégico debe ser alto. Estas “alianzas estratégicas” normalmente exigen restricciones en cuanto al número de socios, cooperación a largo plazo y el establecimiento de normas para compartir los riesgos. Las redes cooperativas suelen también basarse en el conocimiento y la profesionalidad como medio de reducir riesgos, aumentando la competencia y la calidad de los resultados.

Es importante señalar que el basarse en el conocimiento resulta ambivalente por dos motivos. En primer lugar, el conocimiento es poder y puede ser utilizado por los coordinadores y profesionales para alcanzar la “optimización” de los procesos, de acuerdo a intereses concretos. Pero entonces, si la base es el conocimiento se crea una apertura hacia “comunidades de conocimiento” (instituciones educativas y de investigación), que son las que cuentan con el potencial innovador y la orientación hacia estándares de calidad empíricos. Las redes cooperativas, por lo general, tienen entre sus socios a una institución académica o de investigación porque el hecho de fundamentarse en el conocimiento puede servir de mediador entre intereses encontrados y proporcionar mejores soluciones.

En segundo lugar, tal como el término “cultura profesional” indica, el conocimiento de una profesión consiste no sólo en conocimiento científico “basado en pruebas”, sino también en visiones, paradigmas, conceptos y procedimientos incuestionables, experiencia práctica e incluso folclore disciplinario. Este tipo de cultura puede, de hecho, ser una sub-cultura o un “coto cerrado”, y este conocimiento sub-cultural puede crear obstáculos considerables a la integración entre organizaciones (véase Goodwin et al., 2003). El ejemplo más evidente es la separación entre las culturas de atención sanitaria y atención social.

Tabla 3: Modelos de integración y estrategias de control: opciones para estructurar la integración

Modelos básicos de integración	Mercantil o de contratación individualizada	Jerárquico o de organizaciones integradas	Co-orientación de redes o redes débilmente conectadas	Redes cooperativas o redes fuertemente conectadas
Estrategias de control de riesgos				
Poder	Poder descentralizado, responsabilidad moderada por contratos	Poder centralizado, responsabilidad alta	Poder descentralizado, responsabilidad baja	Poder central escaso, basado en consenso, responsabilidad alta en cuanto a objetivos compartidos
Intercambio	Flujo ilimitado de intercambios descentralizados basado en los precios y la competitividad	Flujo limitado de bienes y servicios, se basa en objetivos centralizados y hay fuerte control	Flujo abierto de bienes y servicios, se basa en contratación recurrente o en “normas de reciprocidad”	Flujo limitado de bienes y servicios, se basa en acuerdos “justos”, se comparten beneficios y riesgos
Confianza	Escasa dependencia de la confianza, equilibrio entre los intereses individuales, participación de socios abierta	Escasa dependencia de la confianza, pero sí en la lealtad, participación y acceso a socios claramente definidos	Dependencia de la confianza, participación selectiva y relaciones (moderadas) con los compromisos y riesgos	Gran dependencia de la confianza en el nivel estratégico, de compromisos para cubrir riesgos, participación de socios controlada
Conocimiento	Dependencia de la innovación para conseguir ventajas en el nivel de competitividad	Escasa dependencia del conocimiento y la innovación, se basa en conocimiento reconocido	Dependencia moderada del conocimiento, innovaciones en áreas específicas, tradición de buena práctica	Fuerte dependencia del conocimiento, la innovación, cultura “abierta y científica”, rechazo de cultura “cerrada e ideológica”

Los socios de cualquiera de estos modelos tienen que hacer frente a riesgos y decidir con quién quieren (o con quién no) compartir riesgos y en qué términos aceptarán responsabilidades. Los socios consensuarán normas y establecerán los compromisos que ellos consideren necesarios para conseguir los objetivos, pero también intentarán evitar niveles de integración y jerarquía que consideren restrictivos o que limiten sus opciones.

Lo que se espera es que la integración limite los riesgos e incremente los beneficios, y esto tiene que verse reflejado en los objetivos y procedimientos de una estructura integrada.

Desde el punto de vista de los profesionales, serán los especialistas de organizaciones más especializadas los que resuelvan algunos de los problemas. Esto también atañe a los clientes, que serán quienes consientan restricciones a su libertad de elección si existe alto riesgo para su salud. Por lo tanto favorecerán las restricciones por parte de la asistencia institucionalizada en hospitales cuando se vean vulnerables. No obstante, en este caso, cierta apertura e integración con otras redes puede que sea necesaria si se quieren obtener mejores resultados de atención. Por ejemplo, los hospitales

están llevando a cabo un cambio considerable por el impacto de una nueva orientación basada en el cliente. Por ejemplo, permiten que un familiar se quede con el enfermo en la habitación (por ejemplo, las madres de niños enfermos que pueden pasar la noche con ellos) y proporcionan servicios de rehabilitación domiciliaria, lo cual beneficia la atención sanitaria.

Estas reflexiones sobre los riesgos ponen de relieve la importancia de los clientes y la naturaleza de sus problemas:

- **Clientes que suponen alto riesgo:** Los clientes con problemas graves, con dependencia o discapacidad, y con un gran riesgo de empeoramiento en el futuro, generalmente también suponen altos riesgos para el proveedor (más obligaciones y responsabilidades) e implican el empleo de personal con conocimientos y titulaciones especiales, por lo que necesitan un mayor nivel de integración y responsabilidad en el nivel de organización. La organización de hospitales de agudos es un ejemplo típico. Los proveedores de atención o bien evitan los clientes con altos riesgos o se especializan en casos de alto riesgo (un ejemplo es la gestión de enfermedades relacionadas con el SIDA), y desarrollan los correspondientes sistemas para hacer frente a responsabilidades y seguros para cubrir fallos profesionales así como también los riesgos económicos derivados de clientes insolventes.
- **Clientes de bajo riesgo:** Los clientes considerados de bajo riesgo, como por ejemplo aquellos con necesidades de servicios de ayuda domiciliaria, no necesitan cumplir unas leyes de responsabilidad, o una titulación especializada, y pueden ser atendidos con acuerdos de atención menos jerárquicos. Un ejemplo típico son los familiares o vecinos.

Los términos “bajo riesgo” y “menor titulación” requieren una definición social y política. Esto también plantea un problema mayor, y es el de decidir sobre quién tiene el derecho y la responsabilidad, para decidir que riesgos son bajos o altos, quién asume los riesgos y quién es responsable. El marco legal normalmente no proporciona suficiente información. Algunos riesgos sanitarios (como por ejemplo, los accidentes) o riesgos sociales (como por ejemplo el desempleo) pueden considerarse altos riesgos, pero puede que no sean reconocidos como tales por los sistemas de apoyo, compañías de seguros o la sociedad en general. Los proveedores de atención tienen que hacer frente al hecho de que el término “bajo riesgo” normalmente hace referencia a circunstancias que pueden ser tratadas por alguien con una titulación profesional inferior, de menor prestigio, y también a que sus funciones puedan sustituirse por la atención no profesional, situación característica de las organizaciones sin ánimo de lucro en atención social o sanitaria. Esta situación hace que la cobertura de “bajo riesgo” no tenga la financiación adecuada y sea poco atractiva para los servicios.

Incluir las relaciones familiares en atención integrada plantea retos especiales, ya que son una red especial arraigada en otras redes comunitarias o mundos, y que sustentan a ambos tipos de cliente. Los lazos familiares no se eligen para hacer frente a los riesgos (decida uno utilizarlos o no), sino que son un recurso porque la tradición predispone a sus miembros a ver las cargas y los altos riesgos como un asunto del destino, del amor o la solidaridad. Sin embargo, estas tradiciones familiares están cambiando. En la sociedad actual, aunque estos lazos todavía tienen peso en algunos casos, o en ciertas culturas, en otros casos ya no. Los lazos familiares también pueden formar un enclave o subcultura, que pone sus propios obstáculos a la cooperación con el sistema de atención, como es el caso de algunas religiones, que se oponen a cualquier tipo de tratamiento médico.

El integrar servicios para los dos tipos de clientes, o para clientes con niveles de gravedad variable en sus vías clínicas, puede producir problemas de integración y exige gran flexibilidad en la provisión de un servicio. Este ocurre, por ejemplo, cuando la distribución de riesgos y responsabilidades se ve como algo injusto, y la responsabilidad del sistema se cuestiona. Los problemas de responsabilidad y control pueden ser planteados por:

- el proveedor, siguiendo sus propios intereses individuales o profesionales
- los clientes y sus cuidadores no profesionales, para asegurar la responsabilidad del sistema de atención y la calidad de las actuaciones
- los sistemas financieros, para controlar los gastos
- los tribunales o la sociedad, para proteger bienes comunes: por ejemplo, protección de datos y seguridad pública (véase Woods 2002)

Por lo tanto la elección de un modelo de integración debería venir condicionada por los tipos y niveles de riesgos y responsabilidades que se deben compartir y por los procedimientos de responsabilidad obligatorios.

Participantes y estrategias

En las organizaciones y redes integradas, los distintos socios y profesiones con intereses distintos coordinan sus actividades y cooperan por un objetivo común: la atención integrada. Los “participantes” son “actores” o agencias que comparten un interés en los objetivos, procesos y resultados de la atención integrada, y pueden influir de manera significativa en las alternativas disponibles y en el resultado de las intervenciones.

Los participantes pueden ser también socios potenciales de iniciativas concertadas de integración. Los participantes importantes en atención integrada normalmente son:

- **Usuarios de servicios o clientes** en cuyo beneficio opera el sistema de atención.
- **Coordinadores** que tienen que crear estructuras integradas y que son los responsables de la organización de servicios y de las intervenciones.
- **Profesionales**, que contribuyen con servicios relevantes y que son responsables de la calidad de la atención.
- **Propietarios y miembros de la junta directiva** de organizaciones proveedoras, que establecen objetivos básicos de gestión.
- **Agencias de control de calidad**, que comprueban aspectos legales y de calidad (incluyendo demandas judiciales).
- **Agencias financieras**, que proporcionan recursos vitales.
- **Políticos y altos cargos de la administración**, que deciden las condiciones marco y la estructura del sistema de atención.

Además, deberían reconocerse los intereses de los participantes y que éstos estuvieran representados por grupos de presión a diferentes niveles.

Lista de control: análisis de los participantes - preguntas que el coordinador debería preguntarse

- ✓ ¿Cuáles son los procesos centrales de atención con los que se enfrenta la integración?
- ✓ ¿Quiénes son los actores relevantes y las agencias implicadas en el proceso?
- ✓ ¿Cuál es mi posición en relación con los otros participantes?
- ✓ ¿Cuáles de las personas implicadas son potenciales aliados y quiénes son potenciales oponentes?
- ✓ ¿A qué personas podría yo considerar como socios en “mi sistema” y cuáles son parte del “entorno”?
- ✓ ¿Cuáles son las necesidades internas relevantes, objetivos e intereses de los socios que tienen que integrarse y ajustarse a “mi sistema”?

- ✓ ¿Existen “terceras personas” disponibles que apoyen la integración sin (demasiados) intereses particulares?
- ✓ ¿Cuáles son los intereses externos relevantes y las condiciones establecidas por los implicados en el “entorno”?

Para acceder a la lista útil de control del coordinador, véase apéndice en van Raak et al. (2003)

El usuario de un servicio, como participante que es, puede desempeñar 4 papeles diferentes:

- **Cliente:** En cuanto a la atención profesional, el usuario de un servicio es un cliente que depende en gran medida de los servicios profesionales. Este papel se relaciona con la calidad de la atención y la participación.
- **Comprador:** En relación al proveedor de atención, el usuario es un consumidor. Este papel tiene relación con la elección del usuario; en otras palabras, la libertad de elegir entre diferentes proveedores.
- **Ciudadano:** Relacionado esto con el contexto político del sistema de atención, el usuario es un ciudadano con derechos. Este papel está relacionado con la “voz” del usuario; en otras palabras, su influencia en cuanto a participación y defensa.
- **Auto-proveedor:** En relación con el sistema de atención profesional, el usuario puede o debe depender de las capacidades de atención de su entorno vital. Para este papel, es muy importante que nuestro entorno nos proporcione los recursos y la especialización necesarios.

Se debe iniciar la estrategia de atención integrada con un exhaustivo análisis de los implicados en el sistema socio-sanitario en el nivel local y regional, para identificar los potenciales iniciadores, seguidores y oponentes a la integración. Dependiendo de la influencia y posición de los iniciadores, pueden elegir diferentes estrategias:

- **Estrategias verticalistas (jerárquicas):** pueden ser la mejor opción en situaciones en las cuales la atención integrada sea desarrollada por un participante fuerte, como puede ser un hospital regional o un centro de salud municipal. También pueden ser muy efectivas a la hora de romper intereses establecidos y salvar la fragmentación de culturas profesionales.
- **Estrategias “de abajo arriba”:** pueden ser apropiadas en otras situaciones cuando se está iniciando la creación de una red de proveedores, como por ejemplo una red de médicos de familia o de servicios sociales de ONGs. Son especialmente efectivas cuando un amplio espectro de socios e intereses se unen por un problema específico o primordial, como puede ser el cáncer o el SIDA.
- **Estrategias mixtas:** también son posibles. De hecho, la introducción de mercados en los modelos de comprador-proveedor, o en mercados internos de prestaciones públicas, se pueden interpretar como “estrategias mixtas”. La nueva estructura de financiación puede imponerse de forma verticalista, pero otras nuevas estructuras de prestación puede que tengan que negociarse “de abajo arriba”. Un ejemplo de esto es la introducción en Alemania de seguros asistenciales, con sus diferentes opciones de modelos integrados. Las diferencias entre la provisión pública y privada se están reduciendo ya que las nuevas formas de gestión pública introducen en las organizaciones públicas principios básicos de competencia, presupuestos descentralizados, eficiencia y gestión de calidad (Véase Dahme y Wohlfahrt 2000, Walsh 1995).

Todas las estrategias tienen que hacer frente al hecho de que la integración exige y crea un nuevo centro de influencia y de poder. Esto ocurre cuando una organización ya existente se expande, o cuando tiene que crearse la estructura de gobierno interno de la red asistencial, o si redes ya existentes tienen que gestionarse de forma más efectiva desde el exterior (en otras palabras, por el estado). La resistencia por parte de los implicados es una reacción “natural”.

La gestión externa de redes es una tarea exigente desde el momento que tiene que maniobrar entre las estrategias de organizaciones y de redes asistenciales. Los miembros de una red asistencial inte-

grada tienden a ver esta gestión de redes como la gestión de un participante externo (véase Goodwin et al 2003). Por lo tanto, “la gestión de la confianza” es esencial.

Para decidir qué modelo es el adecuado, es necesario analizar la estructura de los participantes en el ámbito municipal, para identificar quiénes apoyan la atención integrada y establecer incentivos que animen a los profesionales a cooperar.

Proceso de implementación

Como ya se ha explicado antes la filosofía de la atención integrada propicia muy especialmente la cooperación entre redes. No obstante, al hacer un resumen de las lecciones aprendidas durante una década dedicada a la reforma de la atención sanitaria en Europa, el análisis nos lleva a una conclusión ambigua:

- Por un lado, existen presiones fuertes a favor de estructuras jerárquicas de responsabilidad para apoyar la responsabilidad política y además hay más amenazas o “varapalos” que incentivos, ya que los incentivos en forma de recompensas económicas cada vez son más difíciles de financiar.
- Por otro lado, estrategias de incrementos periódicos “desde la base hasta la cima” condicionadas más por la experiencia y las pruebas en vez de por grandes proyectos o el tirón de políticas atractivas parece que es lo que más se demanda (véase Taylor et al. 2001), citado en Woods, 2002).

Es por tanto necesario experimentar en el diseño de organizaciones integradas, así como también con redes asistenciales, para encontrar la mezcla apropiada que encaje con las circunstancias locales.

Estrategias para el diseño de organizaciones integradas

El diseño de organizaciones integradas es típicamente una estrategia verticalista. Un tipo de alianza estratégica con un acuerdo basado en objetivos centrales y valores negociados desde el primer momento, y donde los socios consolidan todo esto en una organización integrada “bajo un único techo”. El proceso del diseño en sí, seguirá una estrategia que aplique el principio de optimización.

Las organizaciones de atención integrada pueden utilizar estrategias diferentes (véase Pelikan, 1998); entre otras incluimos:

- adaptación de una organización ya existente (por ejemplo, un hospital que amplía sus servicios sociales de altas hacia unos servicios sociales extra-muros más exhaustivos)
- adquisición o contratación de servicios de fuentes externas, constituyendo una sociedad vinculante
- establecimiento de fusiones con organizaciones que ofrecen servicios complementarios
- formación de una organización partiendo de la base de organizaciones proveedoras ya existentes
- creación de nuevos tipos de centros de atención integrada

Por lo general, la organización integrada resultante se estructura en cuanto a nivel interno en unidades relativamente independientes que se especializan en distintos tipos de servicios (servicios sociales, sanitarios o de rehabilitación). Por lo tanto, la distinción entre una organización integrada y una red integrada no es tan clara en la práctica. Los aspectos más importantes de una organización integrada son: una gestión integrada, unos presupuestos compartidos, y el grado de exclusividad de los contratos entre distintos socios.

El diseño de organizaciones integradas busca prioritariamente la contención del gasto y la calidad mejorando la coordinación y la integración de servicios. Los conceptos de atención dirigida normalmente intentan conseguir estos dos objetivos, aunque también se ven como objetivos opuestos, aunque esto no sea lo normal. De hecho, integrar servicios para mejorar la calidad de atención nor-

malmente supone un aumento de los gastos por el esfuerzo extra realizado, aunque a la larga se puedan reducir. Por lo tanto, la contención del gasto en un área determinada puede ser un requisito para liberar los recursos suficientes para una integración innovadora. Además, el situar a la organización en una posición más fuerte en la negociación con agencias financieras (el estado o compañías aseguradoras) debe ser uno de los objetivos.

La gestión de una estrategia de atención debería combinar conocimientos y tecnología, las economías de escala de organizaciones mayores, costes de operaciones menores, optimización de presupuestos, infraestructuras comunes, e investigación y desarrollo para organizar la atención integrada “bajo un mismo techo”. Básicamente, se trata de una estrategia de optimización, por lo tanto los diferentes intereses se equilibran dentro de la organización a través de jerarquías y contratos.

Los estudios sobre atención dirigida y fundaciones de atención proporcionan experiencias con socios integrados (véase Wernet, 1999, James y Miles, 2002, Bailyn y Millar, 2001). A la vista de estas experiencias, sugerimos las normas siguientes como lista de control de buena práctica. Estas normas deben observarse más allá de las estrategias de gestión que atañen a cualquier empresa viable.

Lista de control: diseño de normas para organizaciones de atención integrada

- ✓ **Objetivos y directrices políticas.** Establezca directrices políticas que respeten los valores básicos de atención integrada, donde se incluyan no sólo principios de calidad de la atención y contención de gasto (sostenibilidad), sino también de solidaridad, justicia social y acceso igualitario. El éxito de la atención integrada depende de la confianza que los clientes pongan en su organización. Tenga en cuenta que la exclusión de ciertos clientes y sus necesidades deben justificarse con una inclusión de estos clientes en servicios complementarios, si no se violan los principios de atención integrada y se cuestiona la legitimidad del sistema de atención.
- ✓ **Gobierno.** Establezca un liderazgo fuerte y una estructura gerencial clara que apoye la cooperación entre diferentes profesionales e intereses organizativos y culturas en el ámbito de atención social y sanitaria (o incluso más allá, en áreas como trabajo social y vivienda).
- ✓ **Costes, beneficios y riesgos.** Establezca normas transparentes y de consenso en lo que a presupuestos, rendimiento, riesgos, protocolos estandarizados de tratamiento, capacitación y responsabilidad se refiere, para garantizar una distribución justa de los costes y beneficios. Esto es especialmente importante porque habrá diferentes formas de tratar (o incluso se planteará si tratar o no) aspectos como el altruismo, auto-explotación del cuidador y ética profesional.
- ✓ **Infraestructura y tecnología.** Descentralice las estructuras de servicio para optimizar el acceso. Implemente tecnologías de información, comunicación y transporte avanzadas e innovadoras para poder conseguir los objetivos combinados de integración, contención de gasto y calidad de atención.
- ✓ **Cultura profesional y personal cualificado.** Establezca incentivos para cooperar dentro y entre las organizaciones, facilite la educación y formación y proporcione incentivos para el personal, estructurando las carreras de tal manera que se recompense la cooperación. Establezca programas de formación y educación. La atención integrada exige en sí misma altos niveles de cualificación.
- ✓ **Organizaciones, fronteras e interfaces.** Cree un control de acceso efectivo y justo y estrategias de altas (por ejemplo, gestión de casos). Por un lado las organizaciones integradas desarrollan por necesidad fronteras claras entre sí, y por otro lado desa-

rollan servicios externos y a la comunidad. Éstos deben manejarse con procedimientos especiales para asegurar una atención continuada cuando se traspasan fronteras entre distintas organizaciones.

- ✓ **Garantía de calidad.** Establezca normas transparentes y efectivas que garanticen la calidad y las auditorías externas. La sensibilidad general ante el hecho de que cada vez haya más preocupación por temas como justicia social y contención de gasto, y la vulnerabilidad de los usuarios de servicios integrados, justifica un control externo efectivo de procesos, calidad de la atención y responsabilidad.
- ✓ **El cliente es el centro.** Clarifique y haga que las relaciones entre organizaciones y clientes sean transparentes, así como también los límites entre organizaciones y la vida del cliente y su comunidad. Establezca un respeto a su dignidad y privacidad incluyendo métodos de protección de datos. Tenga en cuenta que las organizaciones jerárquicas tienden a invadir la vida de los individuos.

Se debe poner el énfasis en el punto final de la lista de control: el cliente es el centro. La red de apoyo informal y personal del cliente, así como la comunidad a la que pertenece, no son más que redes de co-orientación, de acuerdo a la terminología antes presentada, por lo tanto el interfaz y las relaciones entre la organización y el entorno vital del cliente se convierte en un problema difícil para las organizaciones integradas que siguen una “lógica” basada en jerarquías y contratos, mientras que la “lógica” del apoyo no profesional se basa en la confianza y reciprocidad. El problema aparece muy bien reflejado en las diferencias existentes entre atención social y sanitaria, ya que para que sea efectiva en su misión de atención social tiene que desarrollar unas estructuras más “abiertas”, basadas en la confianza y en funciones de defensa a favor del cliente.

Estrategias para el diseño de redes integradas

Las redes integradas se pueden diseñar “de abajo a arriba” o de forma verticalista. La estrategia tiene que desarrollar unas estructuras de gobierno entre socios más efectivas. Tal como se ha planteado en el apartado anterior, la gestión de redes desde el exterior es muy difícil, ya que el agente externo tiene que ejercer influencia sin disponer de un puesto de poder dentro de la red. Son decisivas esas cualidades especiales del coordinador como negociador y “llave de paso entre fronteras” (véase Goodwin et al., 2003). Las redes integradas en esencia se basan en acuerdos equilibrados, justos y bien organizados, en reglas y contratos entre organizaciones y agencias, partiendo de negociaciones sobre valores fundamentales y políticas, liderazgo y toma de decisiones, y la coordinación y cooperación de actividades de atención, así como también la evaluación y la participación de gastos, beneficios y riesgos. La creación de redes es un “arte” más que una ciencia o tecnología con garantía de éxito. El proceso básico consiste en la comunicación y negociación con otras personas. En situaciones “con todas las de ganar” en las cuales todo el mundo gana si coopera, formar una organización o red ni es necesario ni difícil y exige simplemente un acuerdo claro que evite conflictos en cuanto a las ganancias. En otras palabras, el mercado normalmente se ocupa de esto.

Las redes integradas se entrelazan por medio de contratos explícitos o implícitos, pero dependen fundamentalmente de la confianza. En la práctica, la negociación normalmente empieza porque los intentos de resolver los problemas a favor del interés individual por parte de los socios (modelo mercantil) y de las normas estatutarias (modelo jerárquico) no han dado soluciones. La experiencia y pericia profesional, por sí solas, tampoco pueden producir soluciones, porque en la práctica la atención integrada depende del conocimiento de un amplio abanico de disciplinas y esferas y aceptar los conocimientos de otras personas exige confianza plena.

En esta situación, las motivaciones altruistas o altos valores son necesarios, para transmitir legitimidad a la iniciativa. Lo típico es que se creen organizaciones voluntarias o sin ánimo de lucro para

establecer un foro de discusión de la causa común y tratar el problema. Ésta es una de las razones por las que las ONGs desempeñan un importante papel en muchos países, y el por qué las redes integradas normalmente están compuestas por una “asistencia social mixta” de organizaciones estatutarias, públicas o privadas y ONGs. Las normas que a continuación detallamos en la lista de control se pueden utilizar para diseñar o mejorar las redes.

Lista de control: diseño de reglas para redes integradas

- ✓ **Objetivos y directrices políticas.** Establezca una visión común que le ayude a identificar a los miembros y clientes con la red y que promueva la confianza. Al igual que en las organizaciones integradas, las directrices políticas deben respetar los principios básicos de atención integrada, incluyendo calidad de la atención, contención de gasto (sostenibilidad), solidaridad, justicia social y acceso igualitario. El éxito de la atención integrada depende de la confianza de los clientes. Tenga en cuenta que la exclusión de ciertos clientes y sus necesidades deben justificarse con una inclusión de estos clientes en servicios complementarios, si no se violan los principios de atención integrada y se cuestiona la legitimidad del sistema de atención.
- ✓ **Gobierno.** Establezca procedimientos claros de toma de decisión, y establezca un acuerdo de estrategia para la gestión de conflictos, que incluya una tercera parte que actúe como mediador en las negociaciones. Las decisiones, los compromisos y las inversiones deben aparecer de forma explícita y documentada para que respalden compromisos “de manos atadas” restringidos. Céntrese en los objetivos, valores y conocimiento (“software”) y delegue tareas, tecnologías, producciones y servicios (“hardware”) en el nivel de los socios (en otras palabras, evite interferencias con los procesos de trabajo y tecnologías de los socios directamente). Acepte un liderazgo inicial, pero protéjase de la posterior dominancia de la red.
- ✓ **Costes, beneficios y riesgos.** Establezca normas transparentes y de consenso en lo que a costes, beneficios, rendimiento, contribuciones, participación de riesgos, protocolos estandarizados de tratamiento y responsabilidad se refiere, para garantizar una distribución justa. Esto es especialmente importante porque habrá diferentes formas de tratar, o incluso se planteará si tratar o no aspectos como el altruismo, auto-explotación del cuidador y ética profesional
- ✓ **Infraestructura y tecnología.** Establezca las infraestructuras necesarias y las TIC para asegurarse de que todos los socios tienen acceso a la información y a otros recursos, y que pueden cooperar de forma efectiva en la red. Asegúrese de que los clientes tienen los mismos derechos a la prestación de servicios que la red proporciona y que sus opiniones se tienen en cuenta.
- ✓ **Cultura profesional y titulación del personal.** Establezca incentivos para que puedan cooperar miembros potenciales dentro de la red y que puedan trabajar traspasando las fronteras de organización. Facilite la educación y formación y anime al personal a involucrarse en actividades cooperativas, ofreciéndoles las correspondientes oportunidades de ascenso. Igualmente, ofrezca oportunidades para aprender acerca de la cultura profesional y prácticas de otras organizaciones, con talleres, visitas e intercambios.
- ✓ **Fronteras de la red.** Establezca normas claras y transparentes para los socios. Preste especial atención a los criterios y procedimientos para admitir a nuevos socios. Las decisiones sobre inclusión o exclusión son de vital importancia para la identidad de la red y para que los socios estén motivados para invertir. Asegúrese de incluir en un primer momento partidarios firmes de atención integrada (no incluya a

todo el mundo), e incorpore nuevos socios cuando estén listos para aceptar políticas de red ya consolidadas.

- ✓ **Garantía de calidad.** Establezca criterios de calidad claros para cada uno de los socios de la red. Cree procedimientos para el desarrollo y proliferación de nuevos estándares y directrices. Aproveche las oportunidades que la revisión paritaria puede ofrecerle, *benchmarking* y crítica constructiva dentro de una red abierta. Acepte y evalúe, como una forma de garantía de calidad, el *feedback* de usuarios del servicio y sus opciones entre servicios de socios de la red o las opciones de servicios ofrecidos fuera de la red.
- ✓ **El cliente es el centro.** Utilice las oportunidades que la red ofrece para cooperar con clientes y cuidadores no profesionales y para coproducir atención integrada, pero respete la dignidad y privacidad de los clientes, incluyendo métodos de protección de datos. También aquí el énfasis recae en el punto final de la lista de control, el cliente es el centro. La cooperación en redes integradas normalmente se desarrolla en un contexto de redes comunitarias abiertas que tienen relaciones estrechas con el entorno vital de los clientes. Estas redes son un recurso muy valioso, pero pueden presentar dificultades en estrategias que enfatizan una cultura más de gestión y profesionalismo en pos de la calidad de atención integrada. También podemos encontrar claros ejemplos de este problema en otros ámbitos de la política social, como por ejemplo en la delincuencia, prevención de drogodependencia y disturbios (para más ejemplos, aunque en cierto modo con un marco analítico diferente, véase Goodwin et al., 2003).

Otras estrategias o normas adicionales son importantes en el establecimiento de redes. A continuación detallamos algunas de ellas en la lista de control.

Lista de control: normas estratégicas adicionales

- ✓ Recuerde que la confianza se basa en prácticas pasadas o en la repetición y la costumbre, y por lo tanto establezca contactos regulares y fidedignos y procedimientos (reuniones).
- ✓ Aumente y salvaguarde la reputación de la red porque el capital simbólico es fundamental para la identidad y el atractivo que se perciba desde dentro y fuera de la red.
- ✓ Utilice los recursos que compartan una historia común, de religión, tradiciones culturales o regionales, etnia o afiliación política, para establecer una identidad común.
- ✓ Utilice, si es posible, criterios de afiliación locales o regionales. La idea de territorio conecta a la gente incluso si son de diferentes clases sociales, y también puede excluir a otros por razones más neutrales o más polémicas que las diferencias sociales.
- ✓ Respete la identidad individual y los grupos minoritarios entre los socios estableciendo normas explícitas. Algunos servicios pueden que no se utilicen con tanta frecuencia o sólo sean utilizados por pequeños grupos, lo cual reducirá su influencia en la red.
- ✓ Sea consciente de los efectos de la exclusión así como de los de inclusión. La exclusión es necesaria para delimitar los socios, pero también puede crear fuerte oposición.
- ✓ Acepte costes iniciales y hágalo de forma clara. Entienda que el hecho de crear una red implicará costes iniciales, incluso si los beneficios posteriores son altos.

- ✓ Utilice el conocimiento como un recurso siempre que sea posible, porque el conocimiento es una fuente de poder para la red, y puede ser compartido. Los procedimientos objetivos o basados en evidencias y los estándares son útiles para fijar las diferencias de opinión entre los distintos miembros.
- ✓ Por último, tenga en cuenta las funciones productivas de competencia y conflicto. Más integración no es siempre la solución.

Personal

Existen tres funciones en las organizaciones y redes que son vitales para alcanzar el éxito de la atención integrada: los emprendedores, los participantes en general y los profesionales. Lamentablemente, en la mayoría de los sistemas los clientes no tienen (aún) un papel influyente.

Emprendedores

Todas las publicaciones que hablan del éxito o fracaso de iniciativas de integración atestiguan el hecho de que las iniciativas de éxito dependen de la existencia de individuos que identifican los objetivos e invierten sus capacidades, destrezas, influencias y entusiasmo en el proyecto. Si estas personas abandonan (o son despedidas), el proyecto se resiente o fracasa. Esta influencia positiva normalmente no procede de una sola persona sino de un equipo altamente dedicado que unifica funciones vitales, tales como liderazgo, experiencia, relaciones públicas, integración en red, y establece conexiones influyentes. La innovación depende de los emprendedores, y de su reconocimiento, respeto y apoyo por parte de los socios dentro y fuera de la iniciativa.

Participantes

Los emprendedores entran dentro de la categoría de participantes, pero también hay otros actores y agencias que tienen que apoyar y estar cualificados y disponer de recursos. Una iniciativa normalmente no suele seleccionar a estos actores, sino que tiene que aceptarlos como dados. No obstante, a lo largo del sistema de atención, es vital que los emprendedores encuentren participantes en todos los ámbitos y niveles, y que sean competentes y serviciales. En casi todos los informes de proyectos que tienen un tono más personal, nos encontramos con frases como “si no hubiera sido por esta persona de esta agencia (sea un ministerio, una administración, partido político o sindicato), esto no hubiera sido posible”. La integración se basa en una cultura que apoya la integración.

Profesionales de atención

Las comparaciones entre las distintas formas de atención integrada existentes en Europa (Jarvelin, 2002, Mur-Veeman et al., 2003) revelan que problemas relativamente parecidos de integración asistencial se pueden encontrar en todos los países. Este fenómeno se puede explicar por el hecho, en cierto modo, de que los problemas y soluciones los produce el propio sistema de atención, especialmente los profesionales, que en el caso de Europa comparten en cierto modo, una educación similar y desempeñan un papel decisivo como parte implicada que son del sistema de atención social y sanitaria.

Por lo tanto, las estrategias y estructuras que se diseñan para establecer incentivos para que los profesionales cooperen y apoyen la atención integrada son cruciales para que ésta tenga éxito. Entre otras estrategias incluimos:

- hacer hincapié en el valor de la calidad de la atención y la atención integrada
- garantía de calidad, revisiones paritarias, *benchmarking* y auditorías
- formación del personal y gratificaciones por actividades de cooperación en la carrera profesional
- evaluación independiente de necesidades
- gestión de casos y gestión de enfermedades
- educación del cliente, capacitación y elección

Obstáculos

Son muchos los factores que pueden impedir las iniciativas de atención integrada. Con frecuencia éstas están enraizadas en la historia y la estructura de sistemas de atención específicos, por lo tanto no hay más barreras que soluciones. Cada situación debe ser analizada en su propio interés. De este modo, en esta sección hacemos hincapié solamente en algunos aspectos ya mencionados en la lista de control de “diseño de normas” (páginas anteriores).

Uno de los obstáculos es la falta de una cultura basada en la confianza que proporcione valores aceptados, normas, modelos de organización y procedimientos que favorezcan la cooperación. En el nivel local los conflictos del pasado pueden acrecentar esta barrera y deben tratarse con un entendimiento común. Otro obstáculo que tiene gran influencia, por ejemplo, en las relaciones entre el sistema sanitario y social, es el de las diferencias de culturas profesionales y disciplina, que impiden el diálogo y el entendimiento y dificultan un debate constructivo sobre objetivos y medios

Existen otras barreras estructurales profundamente enraizadas en los sistemas asistenciales de cada país, que son el resultado de marcos legales y sistemas de incentivos que fomentan los intereses individuales y derechos de propiedad a expensas de incentivos por cooperación y beneficios colectivos. A menudo estos obstáculos son difíciles de salvar porque los socios que buscan más cooperación en el nivel local normalmente no pueden cambiar las normas.

Apoyos

La mayor parte de los factores que apoyan (o dificultan) iniciativas de integración ya se han mencionado en el diseño de normas, por lo tanto en esta sección hacemos hincapié en unos pocos puntos solamente. Las iniciativas y las intervenciones para atención integrada deberían incluirse en un programa nacional de “servicios integrados para personas mayores”, lo cual es, de hecho, el título de una iniciativa pública en el Reino Unido (véase Audit Commission, 2002). La creación de atención integrada en organizaciones y redes debe venir acompañada de cambios culturales, sociales y políticos en todo el sistema de atención socio-sanitario para preparar el terreno a proyectos locales o regionales. La confianza es un rasgo importante, que debe basarse en actitudes que favorezcan la integración.

Para redes integradas, en concreto, el apoyo debe venir de los expertos, agencias a terceros y programas de financiación, que proporcionen la orientación para la formación de la red, que puedan mediar en casos de conflicto, y proporcionar recursos económicos, especialmente para salvar los obstáculos iniciales. También encontramos aquí la necesidad de que la orientación profesional venga de la experiencias prácticas previas. Este tipo de apoyo, junto con otro material adicional, referencias y *links* y otros recursos útiles incluyendo un informe sobre proyectos de ocho ciudades europeas (Goumans y Tamsma, 2003) se pueden encontrar en la página web de EHMA.

Debemos tener en cuenta dos factores de especial importancia:

- toma de conciencia del problema de integración en un sistema de atención compartido por todas las partes implicadas
- toma de conciencia de la interdependencia de las partes y sus actuaciones y soluciones (véase Audit Comission, 2002)

Otro aspecto que merece la pena mencionar aquí, aunque se tratará más adelante en el capítulo 12, es la aceptación y la implementación de sistemas de información y tecnologías modernos. Muchas, si no la mayoría, de las expectativas de aumentar la integración surgen porque, en una sociedad de la información y la tecnología, simplemente hay más oportunidades de integración. Sin las tecnologías correspondientes, estas expectativas estarían abocadas al fracaso (véase también Dykes y Wheeler, 1997). También es muy importante que los proyectos y las iniciativas intercambien sus experiencias y el aprendizaje sea recíproco. Las estructuras integradas deben ser estructuras de aprendizaje y de comunicación. Esto es de lo que trata este libro y lo que promueve la red CARMEN (véase Vaarama, Pieper editores, 2004). Sin embargo, cuando se trata de cooperación y de creación de redes, cada situación en el nivel local o regional es diferente. Existen ciertos principios y normas, como las que aquí hemos mencionado, pero no existen modelos a la carta. Los modelos de integración no se pueden transponer a contextos distintos tan fácilmente como algunos de los modelos que aparecen en este libro porque no se pueden implementar dentro de un contexto definido. En esencia, alcanzan otros ámbitos y socios. Sólo existe una respuesta: encuentre socios y aprenda con la práctica.

Conclusión

Integrar las organizaciones y las redes asistenciales es un arte. No existen recetas mágicas y en la práctica no existe un sustituto que nos dé las respuestas. Esto obliga a decidir entre opciones sencillas: estrategias “verticalistas” o estrategias “de abajo a arriba”, o hacer la integración “bajo un único techo” de una organización o realizar la integración entre socios de diferentes redes asistenciales. En una sociedad abierta, la búsqueda y la experimentación por medio de acuerdos que mejoren la cooperación en la atención integrada no es simplemente un reto que la sociedad demanda, sino una oportunidad muy gratificante. En la sociedad de la información, no sólo tenemos expectativas de ir a más en la coordinación y la integración, sino que también tenemos medios de comunicación más efectivos y eficaces. Y en una sociedad envejecida, tenemos que encontrar soluciones novedosas y sostenibles para responder a la creciente demanda. La atención integrada es un medio para un fin, no un fin en sí mismo. No debemos perder de vista el objetivo central, que es mejorar la calidad de vida de los implicados en este proyecto, desde esas personas mayores frágiles con necesidad de atención integrada, hasta aquellos que se ocupan de su cuidado, tanto los que están dentro como fuera del sistema profesional.

Puntos clave

- **La confianza, la negociación y el compromiso son imprescindibles. La atención integrada depende de una cultura de confianzas y cooperación.**
- **La integración no es simplemente una cuestión de mayor conectividad en un sistema fragmentado, sino que requiere cierta negociación para alcanzar compromisos y la búsqueda de un equilibrio entre intereses divergentes (principio de imparcialidad).**
- **La atención integrada se puede conseguir creando mercados dentro de una organización integrada, por medio de una red coordinada o una red de cooperación. Diseñar estos modelos básicos y estrategias de poder, intercambio, confianza y conocimiento tiene que combinarse de tal forma que se adapte a circunstancias concretas.**

- La elección de la estrategia tendrá que considerar, por un lado, los riesgos y responsabilidades de clientes y proveedores y la necesidad de que el sistema asistencial asuma responsabilidades, y por otro lado, las preferencias de los clientes cuando necesiten apoyo domiciliario, posibilidad de elección y combinación de servicios flexible por parte de distintos proveedores, así como también la integración de la atención no profesional.
- Toda guía para el diseño de organizaciones y redes de atención integrada debería incluir una lista de control que comprenda los puntos siguientes:
 1. Establecer unos objetivos y unas directrices de políticas comunes.
 2. Alcanzar un acuerdo sobre disposiciones reglamentarias y toma de decisiones.
 3. Fijación de unas normas transparentes para el reparto de riesgos y beneficios.
 4. Implementación de infraestructuras y tecnologías de la información adecuadas.
 5. Garantizar una plantilla cualificada y desarrollar una cultura profesional de cooperación.
 6. Determinar los límites de la organización y de la red asistencial así como las cuestiones pertinentes de los miembros de la misma.
 7. Establecer unos criterios de calidad del rendimiento y procedimientos para asegurar la calidad.
 8. Centrarse en la orientación del cliente, la capacitación del mismo y cooperación con una comunidad mayor.
- Más integración no es siempre la solución. Hay que tener en cuenta la competencia y conflicto, y los peligros de la integración. Entre los peligros de la integración cabe destacar la centralización de poder, la exclusión, la no definición clara de responsabilidades y invasión del entorno vital del cliente.

Bibliografía:

- Audit Commission (2002). *Integrated Services for Older People. Building a whole-system approach in England*. London: Audit Commission. Also available at: www.audit-commission.gov.uk
- Bailyn, S. Miller, C. (2001). *Care Trusts: Opportunities, problems and actions. A digest of comments in professional journals (April 2000-01)*. London: Office for Public Management. Also available at: www.opm.co.uk
- Dahme, H-J. Wohlfahrt, N. eds. (2000). *Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial-und Gesundheitssektor* (Network economy in the welfare state. Competition and co-operation in the social and health care system). Berlin: Edition Sigma.
- Dykes, P. Wheeler, K. (1997). *Planning, Implementing and Evaluating Critical Pathways*. New York: Springer.
- Goodwin, N. 6 P, Peck, E. Freeman, T. Posaner, R. (2003). *Managing Across Diverse Networks of Care: Lessons from other sectors*. Birmingham: Health Services Management Centre.
- Goumans, M. Tamsma, N. (2003). *Networks for Integrated Care at the City Level*. Report on the City Network workshop, Newcastle, October 2003. Utrecht: Netherlands Institute for Care and Welfare (NIZW). Available at: www.ehma.org

- Hudson, B. (2003). *Governance and Integrated Care: Understanding and developing networks at the local level*. Paper presented at the CARMEN workshop, Newcastle, October 2003. Available at: www.ehma.org
- James, R. Miles, A. eds. (2002). *Managed Care Networks: Principles and practice*. Phoenix: Aesculapius Medical Press.
- Jarvelin, J. (2002). *Health Care Systems in Transition*. London: WHO Observatory on Health Care Systems. Also available at: www.euro.who.int/observatory
- Kodner, DL. (2003). 'Consumer-directed services: lessons and implications for integrated systems of care'. *International Journal of Integrated Care*. Available at: www.ijic.org
- Leutz, W. (1999). 'Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom'. *The Milbank Quarterly*, vol. 77:1, pp. 77-110.
- Mur-Veeman, I. Van Raak, A. Paulus, A. Steenbergen (2003). 'Comparison and reflection', in Van Raak *et al.*, *Integrated Care in Europe. Description and comparison of integrated care in six European countries*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Naylor, D. Iron, K. Handa, K. (2001). 'Measuring health system performance: problems and opportunities in an era of assessment and accountability', in *Measuring Up: Improving health systems' performance in OECD countries*. OECD conference. Ottawa: OECD.
- Nies, H. van Linschoten, P. Plaisier, A. Romijn, C. (2003). 'Networks as regional structures for collaboration in integrated care for older people'. Paper presented at the International Conference on New Research and Developments in Integrated Care, 21-22 February 2003. Barcelona: Institute for Health Studies. Available at: www.ijic.org
- Peck, EW. Villeneuve, L. Crawford, A. (2000). *Partnerships and Integrated Management in Mental Health*. Briefing paper. London: King 's College London.
- Pelikan, JM. Gießler, E. Grundböck, A. Krajik, K. (1998). 'Das virtuelle Krankenhaus-Ausweg oder Königsweg für die Krankenversorgung der Zukunft?' (The virtual hospital-solution or ideal path for health care provision in the future?), in *Virtuelles Krankenhaus zu Hause-Entwicklung und Qualität von ganzheitlicher Hauskrankenpflege* (Virtual hospital at home-development and quality of holistic home health care). Vienna: Facultas Universitätsverlag.
- Pettigrew, AM. Fenton, E. (2000). *The Innovating Organisation*. London: Sage Publications.
- Rico, A. Casado, D. Sabes, R. (2003). 'Situation in Spain', in Van Raak *et al.*, *op cit.*
- Schaeffer, D. (1998). 'Die Versorgung von akut kranken Menschen durch integrierte ambulante Versorgungsverbünde in Deutschland' (The care for acutely ill persons by interated community service associations in Germany) in Pelikan JM *et al.*, *op cit.*
- Sinkkonen, S. Jaatinen, P. (2003). 'Situation in Finland', in Van Raak *et al.*, *op cit.*
- Smith Ring, P. van de Ven, H. (1992). 'Structuring co-operative relationships between organisations'. *Strategic Management Journal*, vol. 13, pp. 483-98.
- Vaarama, M. Pieper, R. eds. (2004). *Integrated Care for Older Persons:European perspectives and goodpractices*. Dublin: EHMA/STAKES.

Van Raak A, Mur-Vreeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus eds (2003). *Integrated Care in Europe. Description and comparison of integrated care in six European countries*. Maarssen: ElsevierGezondheidszorg.

Walsh K (1995). *Public Services and Market Mechanisms. Competition, contracting and the new publicmanagement*. Basingstoke: Macmillan.

Wernet St P ed (1999). *Managed Care in Human Services*. Chicago: Lyceum.

Williamson O (1985). *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: Free Press.

Woods KJ (2002). *A Critical Appraisal of Accountability Structures in Integrated Health Care Systems*. Available at: www.dph.gla.ac.uk

Páginas web

www.ehma.org – Asociación Europea para la Gestión Sanitaria, gestiona la red CARMEN, el grupo que ha realizado este libro de recursos. Las publicaciones de CARMEN y otros materiales se pueden encontrar en la página de EHMA o por correo electrónico info@ehma.org.

www.integratedcarenetwork.gov.uk – Página del gobierno del Reino Unido. Esta página proporciona un foro y guías para investigadores y profesionales de la atención integrada.

Capítulo 3

Participación, capacitación y defensa

JAN REED

Un director que trabaje en atención integrada dirigida a personas mayores tendrá que conocer las tendencias actuales que promueven la participación de las personas mayores en la planificación de atención y servicios y a capacitarlas para que puedan hacer oír sus voces en los debates y actuar en consecuencia. Es posible que algunos de los indicadores de rendimientos o políticas organizativas requieran el establecimiento de sistemas de consulta o defensa. Por otro lado, quizás descubran que necesitan hacerlo para resolver los problemas relacionados con la satisfacción de los usuarios respecto a los servicios, la eficacia del uso de los recursos o los sistemas de prestación de atención. También puede ocurrir que necesiten saber y demostrar si su servicio responde a las necesidades de las personas mayores de una forma aceptable y que este servicio es valorado por ellos positivamente.

Sin embargo, trabajar en un sistema de atención integrada dificulta mucho más la posibilidad de tener en cuenta la voz del usuario. Los coordinadores tienen que desarrollar sistemas que incluyan las opiniones individuales de las personas mayores y de grupos u organizaciones para mayores, y además deben ser capaces de hacerlo para que el debate gire en torno a la totalidad del sistema asistencial, y no únicamente en torno a su servicio. La razón de que se deba hacer así es porque las experiencias de los mayores influirán en todo el sistema, y sus valoraciones así lo reflejarán. Es posible incluso que no distingan entre los distintos servicios y organizaciones. La participación en una atención integrada, por lo tanto, es algo mucho más complejo que participar en la formación de un servicio único donde los límites están bien definidos.

Este capítulo resume algunos de los debates creados en torno a la capacitación y presenta una breve descripción de algunas de las estrategias que los coordinadores podrían querer probar, tanto para la participación individual y de grupo como para la capacitación de las personas mayores.

Definiciones

El concepto de “capacitación” se ha creado para dar respuesta a unos servicios autoritarios muy arraigados que no tenían en cuenta la voz del usuario. De hecho, estos servicios han desarrollado sistemas de toma de decisiones que han excluido a los usuarios, tanto como individuos o como grupos.

“Capacitación” implica reparar este desequilibrio por medio de cambios en los sistemas y estructuras y proporcionando apoyo a los usuarios de servicios para que tengan poder real sobre éstos. Para esto se pueden adoptar formas diferentes. La defensa es una forma específica, donde un defensor habla en nombre de los individuos o grupos y expone su caso o expresa opiniones en su nombre. Visto así, no alcanza lo que llamamos capacitación, ya que el usuario del servicio depende de la disponibilidad y la destreza del defensor. No obstante, en algunos casos éste puede ser el enfoque más útil.

En algunos casos los términos “capacitación”, “participación” y “defensa” se utilizan indistintamente, como si en realidad significaran la misma cosa. Aunque sí existe cierta relación entre ellos, en este capítulo distinguiremos entre:

- **Participación**, o hasta qué punto las personas mayores tienen un papel en la formación de los servicios. Este puede ser mínimo, por ejemplo, simplemente se les consulta, o por otro lado pueden desempeñar un papel mayor decidiendo qué servicios y cómo o decidiendo sobre su propia atención.
- **Capacitación** es el proceso por el cual las personas mayores adquieren el apoyo y los recursos necesarios para poder participar en la atención. Esto se puede traducir en información (se les facilita información) o recursos materiales (transporte y ayudas en la comunicación) o simplemente puede consistir en adquirir la confianza para poder participar.
- **Defensa** es una estrategia específica que respalda la participación. Se responsabiliza a una persona o un grupo de personas para que decidan lo que las personas mayores quieren y actuarán como sus representantes ante los proveedores de servicios. Esto normalmente funciona en el nivel individual, pero también puede utilizarse para representar a grupos, y puede ser una representación formal o informal.

Objetivos y resultados esperados

Desde el momento que los servicios integrados son algo ya desarrollado, ya se ha superado ese paso de pensar que los usuarios de un servicio son receptores pasivos que no se involucran en las decisiones que los profesionales toman sobre sus necesidades. Una de las características de los servicios estatales o los servicios que ofrecen organizaciones caritativas es que lo que se espera de los usuarios de un servicio es que estén agradecidos por lo que reciben, y se asume que no tienen los conocimientos necesarios para cuestionar lo que se les ofrece, y mucho menos que puedan desempeñar una parte activa en la creación de esos servicios.

Esta actitud está cambiando. Las empresas privadas cada vez ofrecen más servicios, e introducen nuevas ideas como la de que “el cliente elige”, y esto también ha tenido su repercusión en la forma de pensar de otros proveedores. Como la gente cada vez toma más conciencia de la forma en la que paga sus servicios, bien sea a través de los impuestos, o por medio de un seguro o en pagos directos, cada vez asumen más una condición de clientes, y por lo tanto de personas que tienen algo que decir sobre lo que les ofrecen. Sin embargo, la protección de los derechos de los consumidores no es el único motor de cambio. Los nuevos retos a los que los profesionales y políticos deben hacer frente, unidos a una nueva filosofía que intenta democratizar más los servicios, ha hecho que los usuarios reclamen mayor participación en lo que a la forma de orientar estos servicios se refiere.

La participación del usuario, por lo tanto, es el propósito de los servicios y sistemas que comparten valores como democracia y protección al consumidor. Se trata de un término muy amplio que engloba muchas otras ideas y conceptos, pero que en lo esencial de lo que trata es de que los usuarios de servicios participen en las decisiones tomadas por los proveedores de estos servicios. La participación es uno de los elementos necesarios, pero también debemos considerar los conceptos de capacitación y defensa como partes importantes del proceso de participación.

Los resultados que se esperan son:

- que los servicios tengan un sistema de escucha eficaz, y que actúen favoreciendo las opiniones de los usuarios y que éstos participen en las tomas de decisiones.
- que estos sistemas operen en el nivel individual y grupal
- que estos sistemas se gestionen y se apoyen de forma adecuada.

Lista de control: prioridades

- ✓ tenga en cuenta la opinión de las personas mayores, y que sus opiniones sean oídas, para que la prestación responda verdaderamente a sus necesidades.

- ✓ si no es así, considere si debería hacer más para:
 - involucrar a las personas mayores
 - capacitar a las personas mayores
 - proporcionar defensa a las personas mayores
- ✓ Por último, piense si alguna de éstas tiene prioridad sobre las otras.

Modelos y enfoques

Tal como dicen Barker, Bullen y de Ville (1999): “No existe la fórmula mágica para involucrar a las personas. La elección de métodos debería adaptarse a las circunstancias en las que tiene lugar”. Esta sección trata de los diferentes modelos que se han identificado en los servicios. Podemos representarlos como un *continuum* o como una secuencia de capacitación:

control del proveedor ————— asociación ————— control del usuario

La principal dimensión de la secuencia es la capacitación. En el extremo izquierdo, el poder está en manos del proveedor de servicios, mientras que en el extremo derecho la capacitación está en el usuario del servicio. No obstante, y en algunos casos, es difícil diferenciar una de la otra. A veces, lo que parece una asociación realmente es un mero acto simbólico, donde a las personas mayores se les incluye en procesos y de esta forma parece que la organización les permite participar en el proceso, pero en realidad ellos no tienen nada que decir. Los coordinadores deben avanzar hacia la parte central de este “*continuum*”, hacia una posición de asociación. Esta posición asegura que la participación es efectiva y significativa, e impide el desarrollo de servicios controlados por el usuario, que pueden generar algunos de los problemas que esbozaremos más adelante.

Control del proveedor

En el extremo izquierdo de la secuencia (control del proveedor) los usuarios del servicio pueden ser invitados a formar parte de comités, o se les puede proporcionar cuestionarios de evaluación, o se les puede preguntar acerca de sus preferencias, pero no se hará más que recoger sus opiniones, y no se crearán compromisos para que esto de verdad sea efectivo, o para actuar según estas opiniones. Los cuestionarios de evaluación que se entregan puede que no estén bien diseñados o sean difíciles de completar, y que no exista un sistema de recogida o una forma de analizarlos. Igualmente, a la gente se le puede preguntar sobre sus preferencias en cuanto a la atención, pero no existe un sistema establecido para responder a estos deseos y opiniones.

Estos modelos meramente simbólicos suelen operar en organizaciones a las que se les ha asignado una serie de objetivos de capacitación, pero en las que el cambio de mentalidad, necesario para que esta capacitación sea real, no ha tenido lugar. Un ejemplo sería el caso de una comisión donde es obligatorio que un usuario participe, y por lo tanto se invita a alguien, pero esta persona es elegida entre un reducido grupo de conocidos, que se sabe que va a apoyar más que a criticar el servicio. El hacer este tipo de esfuerzos simbólicos para nada beneficia a la verdadera capacitación, simplemente sirve para dar esa apariencia de que los requisitos se cumplen. El hecho de que los proveedores de servicios se acostumbren a involucrar a los usuarios puede ser el verdadero precursor de cambios reales; no obstante, también esto puede ser una excusa para no hacerlo más.

Asociación

La asociación se sitúa en el medio de la secuencia, representa la posición donde la capacitación se comparte de forma más igualitaria, entre los proveedores de servicios y los usuarios. Esto exige procesos de comunicación y discusión efectivos que aseguren que los usuarios están lo suficientemente bien informados para participar en debates sin sentir que juegan con desventaja porque no entienden cuestiones clave. Entre estas cuestiones clave podemos incluir: información sobre programaciones de servicios y objetivos, directivas políticas, recursos y gastos.

La asociación también exige cambios en la estructura de la organización para que los usuarios de los servicios participen en procedimientos de toma de decisiones y tengan responsabilidades y deberes, en vez de simplemente dar su opinión acerca de los servicios y no tener ninguna responsabilidad que promueva las mejoras. Compartir responsabilidades debería venir acompañado de gratificaciones y reconocimientos. Existen, no obstante, problemas a la hora de negociar el pago de la aportación hecha por el usuario. Si el proveedor del servicio paga al usuario del servicio, esto puede entrar en conflicto con el derecho a ayudas sociales, y también, quizás, lo que es más importante, el usuario del servicio puede perder su independencia con respecto al proveedor y verse incapaz de ser crítico.

Control por parte del usuario

En el extremo izquierdo de la secuencia (control del usuario), los usuarios de servicios tienen la mayor parte, si no todo el poder; en otras palabras, son ellos los que establecen sus propios servicios. Un control completo es difícil de establecer dentro de estructuras asistenciales ya existentes, debido a la normativa legal sobre responsabilidad, la cual normalmente exige la necesidad de ciertas destrezas o conocimiento como base de la práctica profesional.

Debido a estas limitaciones, el control total del usuario normalmente sólo es posible si los usuarios establecen sus propios servicios (no profesionales). Estos servicios pueden responder a necesidades que los usuarios consideran que no son cubiertas por los servicios establecidos. No obstante, quizás carezcan de las ventajas de la experiencia y conocimiento de un servicio profesional. También pueden encontrarse con problemas a la hora de solicitar fuentes de financiación estables. Generalmente serán agencias voluntarias u organizaciones benéficas que dependen de donaciones, donaciones que pueden fluctuar dependiendo de la popularidad de la causa.

Los servicios controlados por el usuario pueden plantear un reto extra a los servicios establecidos, pero, si permanecen totalmente separados, pueden causar un número de problemas a las personas mayores. Pueden duplicar la provisión, complicar la prestación de servicios, y crear una competencia por los recursos. Por lo tanto, allí donde existan unos servicios controlados por el usuario, es importante encontrar vías para trabajar con ellos de forma constructiva.

Lista de control: evaluación de su situación personal

Plantéese las siguientes preguntas:

- ✓ ¿en su servicio, la participación del usuario se basa en el control del proveedor, la asociación o control del usuario?
- ✓ ¿Está usted dispuesto a dar más capacitación al usuario, o esto lo ve como algo poco realista?
- ✓ ¿Está usted preparado para asumir los riesgos que supone la capacitación del usuario?
- ✓ ¿Se puede permitir quedarse al margen y no asumir estos riesgos?

Proceso de implementación

En el capítulo 11 se mencionan algunas formas de asegurar que las personas mayores participan en la planificación. La mejor forma de capacitar de forma individual a las personas mayores quizás sea a través de servicios de defensa individuales, sistemas con un trabajador “clave”, información y comunicación de las distintas opciones. Estas estrategias deberían ser una parte fundamental de los procesos de garantía de calidad de los servicios, pero pueden volverse extremadamente complejas cuando se tiene que trabajar entre distintos servicios: es difícil encontrar una fuente de información que sea exhaustiva y que esté actualizada. Antes de informar a los usuarios de un servicio, los proveedores deben conocer y entender “todo el sistema”. (Este aspecto también se menciona en el capítulo 9, junto con un debate sobre cómo facilitar “una filosofía que traspase fronteras”).

Para diseñar una estrategia para la capacitación de las personas mayores que utilizan servicios en todo el sistema, es necesario plantearse las preguntas siguientes:

- ¿el objetivo es capacitar en el nivel individual o a grupos de personas mayores?
- ¿el problema es específico o general?
- ¿qué apoyos se necesitan?

¿El objetivo es capacitar en el nivel individual o a grupos de personas mayores?

Capacitar en el nivel individual a las personas mayores exige, en muchos casos, un enfoque individualizado y el nombramiento de un defensor que pueda informarles sobre las distintas opciones y les ayude a elegir una alternativa. Este rol también supone apoyar a las personas mayores en casos de enfrentamiento con proveedores de servicios, por lo tanto sería mejor nombrar un defensor independiente del servicio. En cualquier caso, estos defensores deben tener un conocimiento global y posibilidades para actualizar este conocimiento, así como también destrezas comunicativas. También deben disponer del tiempo y las destrezas necesarias para asesorar a los mayores, cuando lo precisen.

Si el objetivo es capacitar a grupos de personas mayores (un grupo de población), entonces el primer paso consistirá en definir estos grupos. Si el grupo está formado por personas con unas necesidades particulares, asegúrese de que las estrategias están adaptadas, y tenga en cuenta los problemas que puedan surgir. Pregunte para saber cómo plantearlo e identifique a miembros potenciales. Utilice un método de selección proactivo para facilitar el acceso a aquéllos más débiles o que se muestran más reacios a participar y evite situaciones en las que los grupos aparezcan representados por los más adecuados y los que se expresan mejor. Tenga en cuenta formas de facilitar la participación de las personas mayores, facilitando medios de transporte, instalaciones y subvenciones.

¿El problema es específico o general?

Si el propósito es tratar un problema específico de una organización, entonces los sistemas de participación deben establecerse en un tiempo límite y con objetivos claros. Centrarse en un aspecto concreto también proporciona indicadores claros de selección de usuarios o grupos concretos. Aquellos que tienen experiencia y conocimiento de los problemas son una opción obvia. Si el propósito es más general –por ejemplo, incluir usuarios de servicios en comisiones de garantía de calidad–, es necesario pensar con más detenimiento sobre quiénes son las personas idóneas a las que invitar. El que alguien sea mayor no necesariamente significa que tenga un mayor interés en este problema. Es importante considerar destrezas y experiencia, teniendo en cuenta que al elegir a personas que ya están familiarizadas con el problema puede excluir a otras que pueden contribuir muy positivamente. Establezca unas bases claras para la invitación, en otras palabras, qué tipo de representación o contribución se espera. Planificar la sucesión también es importante, si esta persona deja de participar, ¿quién lo reemplazará?

Sistemas e instrumentos

Se pueden utilizar diferentes instrumentos que faciliten la participación del usuario tanto a nivel individual como colectivo. Entre estos se incluyen estrategias para:

- capacitar e involucrar grupos de mayores
- capacitar individuos

Estrategias de grupo

Las estrategias siguientes se han utilizado para fomentar la capacitación y participación de los mayores:

- foros
- grupos de debate
- consulta
- grupos de usuarios
- servicios conducidos por usuarios
- campañas y acción directa

Cada una de estas estrategias se describe con más detalle a continuación.

Foros

Normalmente son grupos locales, creados para debatir y hacer campaña a favor de asuntos de ámbito local. Suele estar formado por una serie de socios individuales o de grupos. Para pertenecer a estos grupos normalmente se exige disponibilidad y dedicación, por lo que se suele excluir a aquellos mayores más frágiles o con problemas de movilidad. Normalmente reciben apoyo de los servicios locales, que ofrecen las instalaciones o los lugares de reunión. Funcionan independientemente de los servicios, y tienen intereses muy variados, por lo tanto sus actividades pueden que no sean muy relevantes para el desarrollo del servicio.

Grupos de debate

Este tipo de grupo está más claramente definido que el foro, y establece su propio programa para tratar un asunto concreto. Las comisiones pueden invitar a otros miembros para que les informe, y para presentar ideas y experiencias de otros usuarios, a través de cuestionarios y otros medios. Les gusta participar, pero si sus informes no tienen el efecto deseado pueden sentirse frustrados. Estas comisiones necesitan un número de socios amplio y unas competencias que les den credibilidad.

Consulta

En este caso, las agencias llevan a cabo actividades específicas para hacer un sondeo de opinión sobre aspectos concretos. Esto puede llevarse a cabo a través de encuestas o reuniones públicas. Hay que destacar que los avances en las tecnologías de la información han facilitado los mecanismos de consulta. No obstante, las opiniones deben recogerse a través de un proceso que sea fácil de utilizar y que maximice las respuestas. El proceso puede estar dirigido por un investigador nombrado específicamente para llevar a cabo la consulta, y las conclusiones se ceñirán al aspecto específico en cuestión.

Grupos de usuarios

Estos grupos están formados por las personas que utilizan los servicios, y que comparten problemas y necesidades similares. Puede existir entre ellos nexos nacionales o internacionales, y por eso mismo el espectro de información y experiencias suele ser muy amplio. Normalmente se constituyen

formalmente, disponen de estructuras y sistemas de consulta y son relativamente estables. Pueden, por lo tanto, proporcionar representantes para que formen parte de comisiones o foros de usuarios.

Servicios dirigidos por el usuario

En este caso, los grupos de usuarios establecen sus propios servicios para proporcionar una alternativa a los servicios existentes, cubrir vacíos en los servicios o complementar otros servicios existentes. Normalmente, la dirección y la plantilla de personal está formada por usuarios del servicio, y sin fines lucrativos. Normalmente se financian con becas o por medio de actividades de recaudación de fondos, y por lo tanto son vulnerables a los cambios dependiendo de las prioridades. Hacen frente a las necesidades y preferencias de los usuarios, ya que son ellos mismos los que han definido las actuaciones. Pueden desempeñar un papel importante en servicios integrados.

Campaña y acción directa

Esto supone que los mayores trabajan conjuntamente entorno a un asunto particular y sobre el que puedan hacer campaña. Como ejemplo podríamos mencionar campañas para que mejoren las pensiones o por un acceso a los servicios igualitario. Entre las formas tradicionales de llevar a cabo estas campañas podríamos nombrar las manifestaciones y la recogida de firmas, pero con las innovaciones tecnológicas recientes aparecen nuevas formas de hacer campañas, como por ejemplo mandando correos electrónicos a los políticos. Estas campañas pueden ser efectivas en algunos casos, pero es muy difícil mantenerlas mucho tiempo, no obstante campañas largas y a largo plazo se crean con movimientos iniciales de este tipo.

Ejemplo práctico: participación de las personas mayores en la planificación de servicios

Esta actividad se inició en Noord-Brabant, en los Países Bajos. Lo que persigue es involucrar a las personas mayores en el desarrollo de políticas locales. La idea es animar a que el mayor número de personas mayores piense en su futuro de forma conjunta, y que piensen como les gustaría vivir en su casa y en el barrio. Para ello deben responder a preguntas como las siguientes:

- ¿Qué es lo que necesitamos para poder seguir viviendo (con independencia)
 - en nuestra casas?
 - en nuestro barrio?
 - en nuestro municipio?
- ¿Qué tipo de servicios creemos que necesitaremos (atención / asistencia social / vivienda / etc.)?
- ¿Qué política local se necesita?

Las personas mayores y sus organizaciones tienen la responsabilidad de tomar la iniciativa para organizar el proyecto, porque son ellos los que tienen que estar al tanto de qué servicios son los que necesitan, y cuáles son los que podrían necesitar en el futuro. Los ayuntamientos y las provincias tienen que colaborar y una forma quizás sería trabajando dentro de una organización de asistencia social, para ofrecer apoyo en cuanto a financiación, consejo, capacidad adicional y otros servicios.

El proyecto tarda en completarse un año y medio y tiene un coste de aproximadamente 17.500 euros y el cincuenta por ciento lo financia el ayuntamiento. Este modelo se está extendiendo a otras cinco provincias, lo que supone un total de 46 proyectos. Algunos ya han terminado y la conclusión principal es que este método tan simple, realmente funciona. Por ejemplo, en el pueblo de Berkel-Enschot recogemos como resultados positivos del proyecto los siguientes:

- se han construido más casas / apartamentos para personas mayores
- una organización de asistencia social ha decidido contratar asesores para mayores
- se han organizado más actividades para personas mayores que viven solas.

Para más información sobre este proyecto, visite la página **web** de **PON** (véase páginas **web**, final del capítulo)

Estrategias individuales

Además de las estrategias descritas más arriba, también se pueden usar otros enfoques que den capacidades a las personas mayores para diseñar su propia atención. Entre éstas se incluyen:

- servicios de defensa e información
- sistemas con un trabajador clave o un gestor de atención
- planificación de la atención centrada en la persona
- sistemas de pago directo

Pasemos a describir con más detalle cada una de ellas:

Servicios de defensa e información

Se pueden establecer servicios para informar y defender en nombre de las personas mayores que utilizan los servicios. “La defensa” puede ser una actividad más del personal que proporciona los servicios. Pero el personal puede percibir cierta discrepancia entre la defensa y su papel dentro de la organización, concretamente si existen enfrentamientos. Por esta razón, la función de defensor independiente es a veces la mejor opción. Puede recibir el apoyo y la financiación de organizaciones proveedoras o de organizaciones independientes como pueden ser las agencias de voluntarios.

La coordinación de la defensa y la información es muy importante en atención integrada, ya que asegura una coherencia entre agencias. En algunos casos lo que se debate es el cuándo debe incorporarse este servicio de defensa. Si la defensa interviene solamente cuando existe una disputa o un problema y las dificultades ya han empezado antes, entonces ya no tiene sentido. No obstante, un apoyo rutinario puede ser caro e inviable para servicios individuales. En los Países Bajos, se ha desarrollado un sistema por el cual las personas mayores tienen a su disposición “asesores”, y esto ha sido valorado muy positivamente. En otros países, los servicios pueden considerar la posibilidad de establecer un servicio de asesoría o defensa entre agencias que forme parte de su proceso de integración.

Trabajador clave o gestor de la atención

Un enfoque que puede coincidir, en parte, con los sistemas de defensa consiste en desarrollar un sistema por el cual a la persona mayor se le asigne un individuo responsable de evaluar sus necesidades, que planifique su atención, y supervise la prestación. A esta persona que supervisa la prestación se le conoce como “gestor de atención”, y alguien que ofrezca directamente la atención se le puede llamar “trabajador clave” o “cuidador asignado”, dependiendo del país y el sistema. Con el tiempo, la relación entre esta persona y el mayor se irá afianzando, lo cual permitirá establecer confianzas y una comunicación efectiva. Si estos trabajadores clave tienen control sobre los recursos, podrán planificar la prestación y asignar recursos, tras una negociación y discusión con la persona mayor. Si no disponen de presupuesto, pueden actuar simplemente como defensores en nombre de la persona mayor.

Los sistemas con trabajadores clave o con gestores de atención necesitan establecerse de tal forma que las relaciones que se mantengan sean duraderas, y así el personal podrá asumir responsabilidades y las destrezas para llevarlas a cabo. Esto repercutirá en la formación y capacitación del personal, y también en la organización del trabajo dentro de la agencia. El personal debe ser capaz de establecer relaciones, lo cual significa asumir un rol estable y responsabilidades claras. También

necesitan las destrezas para desarrollar y asumir relaciones con los clientes, y el conocimiento de los recursos y de los sistemas que les permitan coordinar la atención de forma efectiva.

Planificación de la atención centrada en la persona

También se puede capacitar a las personas mayores disponiendo de un enfoque efectivo a la hora de planificar la atención, en el que se les pida que expresen activamente sus puntos de vista y sus deseos. Muchos sistemas de planificación de atención se redactan y se llevan a cabo en beneficio de los proveedores del servicio y la posibilidad de elección queda limitada por los sistemas. Por ejemplo, puede existir el caso de alguien que necesite ayuda solamente en el momento de acostarse pero el sistema ya ha decidido en qué horas este servicio estará disponible. Una planificación que de verdad se centre en el usuario empezará por identificar las preferencias y necesidades de la persona mayor, tal como ella las ha establecido, y tratará de ver como cumplirlas.

Al igual que con el enfoque de trabajador clave descrito anteriormente, la planificación de atención centrada en las personas requiere una plantilla que disponga del tiempo y las destrezas adecuadas y de sistemas de registro que hagan que el proceso de discusión quede clarificado. Los planes de atención tienen que negociarse con sumo cuidado, manteniendo un diálogo con la persona mayor y, cuando proceda, con sus familiares más cercanos o amigos. En los sistemas de atención integrada, estos diálogos deben de extenderse a todo el sistema, para asegurarse de que todo el mundo está al tanto de los objetivos. Esto puede plantear problemas éticos en cuanto a la confidencialidad de la información, y en cuanto a aspectos prácticos de diseño de registros y acceso.

Planes de pago directo

Una estrategia que actualmente está en marcha, aunque con nombres diferentes, es la de los pagos directos. En este caso, en vez de que los servicios los decidan los proveedores, se asigna un presupuesto o cantidad de dinero a la persona mayor a modo individual, y ellos pueden gastarlo en la atención o servicios que necesiten. Los servicios que se compran no son los proporcionados por las agencias principales, sino que suele ser un tipo de servicio que no lo proporcionan los servicios tradicionales, como podría ser un servicio de transporte para eventos sociales que tienen lugar a altas horas de la noche. En algunos sistemas, la asistencia la pueden proporcionar los amigos o la familia, en cuyo caso el dinero serviría para pagarles este servicio.

En teoría, estos pagos directos permiten a la gente crear sus propios paquetes de atención que responderán a sus necesidades y preferencias mejor que los sistemas de atención existentes. Pueden aparecer, sin embargo, problemas potenciales. En primer lugar, las soluciones individuales puede que no se incluyan en el desarrollo del servicio, y las estrategias individuales no se incorporen en este desarrollo del servicio. En segundo lugar, puede que aparezcan problemas relacionados con la gestión de calidad; en otras palabras, que las personas mayores no reciban servicios de calidad, y que se vean incapaces para presentar una queja o para cambiarlos (especialmente si son amigos y familiares los que los proporcionan). En tercer lugar, el proceso de elección de servicios y su gestión puede ser difícil para las personas mayores, y por lo tanto necesitarán algún tipo de apoyo.

Ejemplo práctico: plan de vida diaria

Para una persona mayor que se traslada a una residencia, uno de los miedos mayores a los que se tiene que enfrentar es que tendrá un tipo de vida diferente al que de verdad le gustaría. Parte de estos temores proviene del desconocimiento que se tiene de las residencias, lo cual hace que sea más difícil para ellos imaginarse cómo sería la vida dentro de una de ellas. Además, el personal de las residencias ha constatado que cuando los mayores ingresan por primera vez, normalmente están muy preocupados por “no ser un problema” y no cuentan sus preferencias o plantean peticiones.

El Centro para la Atención de Personas Mayores del hospital Universitario de Northumbria y Newcastle ha ideado un “plan de vida diaria” para personas mayores que se trasladan del hospital a una residencia. La persona mayor completa un plan con una persona perteneciente a la plantilla del hospital (normalmente una enfermera que ya los conoce). Esto implica que la enfermera ayuda al anciano a decidir sobre sus rutinas y hábitos, por ejemplo, las aficiones que tenía antes de ingresar, si les gusta pasar tiempo solos. El hospital puede, entonces, enviar el plan a la residencia, y de esta forma el personal de la residencia puede ver que tipo de estilo de vida es el preferido.

El plan fue muy bien aceptado por el personal de la residencia. El personal del hospital también lo valoró positivamente, si bien constatan que exigió dedicación y tiempo, y además les hizo pensar en aspectos de la vida de las residencias que no se habían tenido en cuenta antes. A la persona mayor le pareció bien el proceso en general, aunque algunos se sintieron agobiados por el número de formularios que tuvieron que rellenar.

Este plan de vida diaria ha sido todo un éxito y con una supervisión cuidadosa se podría adaptar a otras circunstancias, por ejemplo, como una revisión general de estilo de vida y apoyo.

Si desea más información sobre el plan de vida diaria, puede contactar por correo electrónico con su autor.
jan.reed@unn.ac.uk

Personal

Las estrategias y herramientas esbozadas anteriormente nos indican algunos de los requisitos necesarios para la formación del personal en un sistema integrado que permita a las personas mayores expresar su opinión. Debe existir la posibilidad de formación para desarrollar destrezas interpersonales, estrategias de comunicación y negociación. Además, el personal tiene que mantener actualizada la información de todo el sistema de atención, incluyendo la que otras agencias puedan proporcionarles y saber cómo poder acceder a estos servicios. Las nuevas funciones y prácticas que implica la capacitación de las personas mayores pueden resultar un gran reto a aquellos acostumbrados a formas de trabajo tradicionales, por lo tanto el personal necesitará apoyo de los directores y de sus colegas para respaldar los cambios. Algunas de estas estrategias las podemos encontrar en el Capítulo 9, éstas pueden consistir en redes de apoyo no profesional y grupos de interés hasta sistemas más formales, por ejemplo contratando personal que tenga las actitudes y experiencia adecuadas o implementando procedimientos de valoración del trabajo y procedimientos de supervisión que identifiquen la capacitación como un indicador de rendimiento clave.

Obstáculos

Podemos encontrarnos con barreras potenciales que impidan la capacitación de las personas mayores. La más frecuente suele ser la limitación de recursos: recursos económicos, de equipamiento o modificaciones arquitectónicas que hagan posible el acceso a las reuniones. Apoyar a las personas mayores para que puedan elegir también supone más dedicación por parte de personal (más tiempo), un recurso valioso que con frecuencia es escaso en organizaciones que tratan de estirar un presupuesto limitado.

En los recursos económicos también se pueden incluir los recursos humanos: un personal capacitado y con experiencia. Quizás el obstáculo más difícil relacionado con el personal, sin embargo, es más de actitud, es decir, que el personal no presenta actitudes positivas hacia la capacitación de los mayores. Por ejemplo, puede que tengan una actitud discriminatoria por motivos de edad y vean a los

mayores como menos capaces, o que no se merecen esa capacitación. Las actitudes negativas también pueden aparecer en el propio lugar de trabajo, donde los usuarios del servicio se ven como meros objetos “a procesar” lo más rápidamente posible para alcanzar los indicadores de productividad de la organización. Las personas que mantienen esta actitud puede que vean la capacitación de las personas mayores como una pérdida de tiempo.

Apoyos

Como hemos mencionado antes la comunicación y la información son vitales, y también es necesario tener en cuenta las instalaciones, modos de acceso, recursos y dotación de personal. Además de esto se debe tener en cuenta lo siguiente:

Lista de control

- ✓ Convoque reuniones en el momento adecuado en lugares de fácil acceso, con instalaciones y personal que apoyen la actividad.
- ✓ Asegúrese de que los cuestionarios y las cartas son de fácil lectura y se pueden responder también fácilmente.
- ✓ Seleccione a un grupo de entre todo el personal para coordinar la actividad, y asegúrese de que éstos disponen del tiempo y recursos necesarios. Éste es un mecanismo muy útil si se quiere evitar problemas y maximizar la participación.
- ✓ Decida si quiere capacitar individuos o grupos de personas mayores.
- ✓ Piense si existe un problema concreto que deba tratarse o si lo que quiere es asegurarse de que la opinión de los mayores se tenga más en cuenta, y en este caso elija a las personas más idóneas para representarlos.

Conclusión

La participación es un proceso continuado que exige un cambio cultural dentro de las organizaciones y en todo el sistema de servicios de atención integrada. La participación puede facilitar que los servicios sean significativos y útiles, y que sean integrados. Los usuarios están capacitados para identificar problemas y vacíos, y si participan en el sistema ellos pueden hacer crítica constructiva, en vez de ceñirse a procedimientos de queja. Los beneficios que la atención integrada puede proporcionar al sistema pueden ser muchos, pero las modificaciones en los servicios individuales pueden llevar tiempo hasta que afecten a todo el sistema. Además los comienzos serán difíciles ya que algunos servicios harán participar más a los mayores que otros. Esto, no obstante, es parte del proceso de cambio de todo el sistema, y no es una razón para no hacerlo.

Puntos clave

- La capacitación de las personas mayores para que participen en el desarrollo de los servicios es un proceso complejo.
- Si el proceso de capacitación no cuenta con el apoyo suficiente acabará convirtiéndose en un mero acto simbólico o bien, si las personas mayores se sienten frustradas, en simples alternativas a los servicios existentes controladas por el usuario.
- El apoyo implica la facilitación de información y una buena comunicación, que haga que la participación de los mayores sea significativa.

- Hacer partícipes a los mayores no significa simplemente escucharlos, sino actuar teniendo en cuenta su opinión.
- Hay que hacer participar a una gran variedad de personas mayores, y no solamente a aquellas que están sanas y que son capaces de expresarse bien.
- La capacitación de las personas mayores supone también un cambio de mentalidad por parte de los proveedores de servicios, así como también un compromiso, participando de los debates y valores que sustentan la participación.

Bibliografía:

- Barker, J. Bullett, M. de Ville, J. (1999). *Reference Manual for Public Involvement*. London: Lambeth, Southwark and Lewisham, Westham and Bromley Health Authorities.
- Barr, A. (1997). *Community Care and Community Development*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Burr, JA. Caro, FG. Moorhead, J. (2002). 'Productive aging and civic participation'. *Journal of Aging Studies* vol. 16, pp. 87-105.
- Carter, T. Beresford, P. (2000). *Models of Involvement for Older People*. Briefing report for the steering group, Older People's Programme. York: Joseph Rowntree Foundation.
- French, M. (2001). *Older People: Getting involved, information and participation*. Health and Services Institute, University of Essex. Available at: <http://independent.livjm.ac.uk/healthforall/hubspoke/reports/essex.doc>
- Goss, S. Miller, C. (1993). *From Margin to Mainstream*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- McCormack, B. (2003). 'A conceptual framework for person-centred practice with older people'. *International Journal of Nursing Practice* vol. 9, pp. 202-9.
- Nies, H. (2002). 'Current and new policies on care for older people', in Van Rooij E, Droyan Kodner L, Rijsemsus T, Schrijvers G eds. *Health and Health Care in the Netherlands. A critical self-assessment of Dutch experts in medical and health sciences*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, pp. 145-55.

Páginas web

<http://independent.livjm.ac.uk/healthforall> – Estructura reconocida internacionalmente que promueve la salud en los municipios y “salud para todos” compartiendo información, investigación y experiencias.

www.communitiesforhealth.net/health-activist/index.html – Proporciona información sobre formación, incluye guías de destrezas necesarias e iniciativas de formación disponibles.

www.healthvoice-uk.net – Health Voice Network, página web que promueve la participación de las personas en la planificación y mejora de servicios de salud.

www.healthyliving.org.uk/links.htm – Página web del proyecto Healthy LIVING, trabaja en iniciativas que promueven el desarrollo de iniciativas a través de las TIC.

www.ponbrabant.nl – Página web de PON, Institute for Advice, Research and Development de la provincial de North Brabant, en los Países Bajos. Esta organización trabaja en campo socio-sanitario, vivienda y bienestar, trabajo y empleo, educación, cultura, deportes y entorno social. Está en holandés.

Capítulo 4

Evaluación de necesidades

GUNNAR LJUNGGREN

El proceso de evaluación de necesidades quizás sea la parte más importante a la hora de optimizar la atención dirigida a personas mayores en atención integrada. El reto para los directores es asegurarse de que esa evaluación centrada en el cliente tenga lugar dentro de un “sistema integral”, y que ofrezca una evaluación correcta en el momento adecuado. Este proceso no debe verse simplemente como una recopilación de datos sino como el punto de partida para establecer prioridades y optimizar los recursos, y por tanto de la atención por parte de los distintos proveedores que tenga el cliente. La información obtenida tras la evaluación de necesidades constituirá la base para organizar la cadena asistencial y la gestión del sistema.

Para el cliente, la evaluación de necesidades es el fundamento mediante el cual dicho cliente se ve como una persona y puede interactuar con el proveedor de servicios y la agencia financiera, pudiendo de este modo consultar sobre su atención e influir en la misma. Para el director, la evaluación de necesidades es una herramienta objetiva, que le permite equilibrar los recursos con las necesidades de los clientes. En el nivel de sistema, la evaluación de necesidades proporciona información que permite a las autoridades sociales y sanitarias inspeccionar los costes de la atención en comparación con otros costes sociales y establecer prioridades.

Puede resultar tentador hacer una estimación aproximada de lo que el cliente pudiera necesitar, pero a la larga recompensa tomar una posición más holística (donde se incluyan también las deficiencias que deberán atender los diferentes servicios, y refuerzos que pudieran ser la base de una rehabilitación posterior para favorecer la autonomía del cliente). Esta posición nos permitirá recoger datos siguiendo un único proceso, que posteriormente podría ser utilizado en todos los niveles de decisión: desde la atención proporcionada a través de la gestión de personal y recursos, hasta una supervisión nacional e incluso para investigación internacional. Una evaluación completa cubre muchos aspectos, desde los más importantes como son atención sanitaria, funcionalidad social y física, necesidades psicológicas y espirituales hasta necesidades económicas o ambientales, así como también las preferencias del cliente y de sus cuidadores no profesionales.

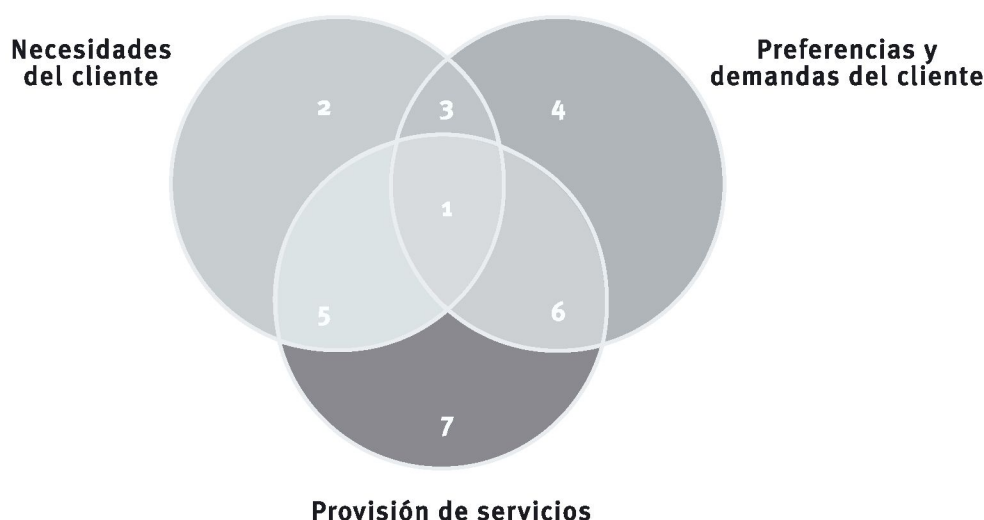
Profundizar en conceptos filosóficos acerca de la “necesidad” del cliente no es lo que este libro de recursos trata de exponer. Sin embargo, los directores deben tener en cuenta que siempre hay alguien que define la necesidad. Puede ser el cliente y su familia, el equipo integrado, un asesor de los servicios profesionales sanitarios y sociales, o el comprador. Igualmente, también el gobierno puede definir la necesidad. Como quiera que se definan las necesidades, y sea quien sea la persona que las defina, ésta es la oportunidad para que el director ejerza su influencia en los miembros del equipo y la división del trabajo y así adaptar los recursos disponibles a las necesidades evaluadas y a las demandas del cliente.

Al gestionar las necesidades de atención de acuerdo a los servicios de los que se dispone, el director tiene que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- necesidades del cliente
- demandas y preferencias del cliente
- provisión de servicios

Estos aspectos se muestran en la figura 2

Figura 2: tres perspectivas que tener en cuenta en gestión asistencial



Clave:

1. Atención necesaria, demandada y que se ofrece extensamente (debería ser, y normalmente es, la parte más extensa)
2. Atención necesaria pero que no se demanda y tampoco se proporciona (por ejemplo de pacientes con demencia o enfermedades psiquiátricas o enfermos crónicos o con problemas de habla)
3. Atención demandada y necesaria pero que no se ofrece (debido a cortes presupuestarios o largas listas de espera)
4. Atención demandada pero no necesaria y tampoco se proporciona (es el caso de un cliente o compañía aseguradora que pide servicio de rayos X u otro tipo de investigación que se necesitan por razones aparentemente no obvias. Estas pueden ofrecerse en el sistema privado)
5. Atención necesaria y que se proporciona pero no se demanda (se incluye aquí medidas de prevención tales como las vacunas de la gripe, o chequeos para comprobar la disminución funcional)
6. Atención demandada y ofrecida pero que no es necesaria (por ejemplo, repetición de diagnósticos, o pruebas realizadas para “curarse en salud”, teniendo en cuenta la opinión del cliente, del profesional o de ambos. En este caso tendríamos como ejemplo clientes que reciben ayuda para transporte y alimentación incluso sin necesitarlo, “para curarse en salud”, o el caso de familiares que solicitan entubar a un paciente demente. Esto último en algunos países no se considera ético)
7. Atención proporcionada pero ni se necesita ni se demanda (por ejemplo, servicios ya proporcionados por otros medios, atención no profesional que cubre necesidades que también proporcionan agencias públicas, o métodos ineficaces de diagnóstico y tratamiento). Los asistentes domiciliarios y otros desarrollan muchas actividades por tradición, a pesar de no haber pruebas de sus beneficios

Fuente: Adaptado de material no publicado del Stockholm County Council.

La actitud imperante en muchos países es que es necesario un proceso global que esté más estructurado y estandarizado, para poder establecer las bases sobre las que planificar los paquetes de servicios. Este tipo de proceso hace más difícil la revisión de las necesidades del cliente que realmente son importantes, o no inmediatamente evidentes y que pueden reducir la calidad de vida futura del cliente.

Definiciones

La “evaluación de necesidades” es un proceso que determina las necesidades de un usuario de un servicio. Puede ser el punto de partida para crear un paquete de servicios. La evaluación puede llevarse a cabo en varias etapas. Podemos distinguir 3 tipos principales:

- **evaluación de requisitos para tener derecho a la prestación**, para determinar quién tiene derecho a los servicios y financiación para aquél que no está dentro del sistema.
- **evaluación de necesidades básicas**, para establecer lo más pronto posible el plan de atención más apropiado, vía clínica o paquete de atención para un cliente que haya entrado recientemente en el sistema de prestaciones, y para determinar las diferentes necesidades, si no fueran muy complejas.
- **evaluación de necesidades integral**, para establecer un plan completo para clientes con necesidades complejas, pero también para evaluar la idoneidad del servicio y ver si es necesario añadir, retirar o hacer cambios en los paquetes de servicios (véase Supervisión y evaluación).

La primera opción, una evaluación de requisitos para tener derecho a la prestación, es la que menos recursos requiere de las tres, y puede ser el primer paso. Si las necesidades del cliente no son aparentemente complejas, una simple evaluación de necesidades (segunda opción) se puede añadir al proceso de derecho a la prestación. Por ejemplo, si una persona mayor necesita ayuda en las tareas de cocina y lavado y si no dispone de amigos o familiares que le ayuden, la decisión de proporcionar servicios de alimentación y lavado no exige una evaluación completa de necesidades. La tercera opción, la evaluación integral, es más cara pero es necesaria en atención integrada para personas con necesidades complejas, para organizar, proporcionar y gestionar su atención a través de diferentes agencias y profesionales.

Objetivos y resultados esperados

El objetivo final de la evaluación de necesidades es obtener un perfil de las necesidades del cliente que equilibre sus peticiones de servicios con un análisis objetivo de sus necesidades (teniendo en cuenta las limitaciones económicas de los servicios públicos), y decisiones en cuanto al gasto. Este proceso implica decisiones éticas, definición de conceptos tales como equidad, integridad y autonomía.

La evaluación de necesidades se realiza para apoyar a los facultativos a planificar la atención y a los coordinadores de servicios para asegurar que la creación de servicios se realiza para dar respuesta a las necesidades más importantes y priorizar entre diferentes necesidades (véase Achterberg et al., 1999, Aminzadeh y Dalziel, 2002, Challis y Hughes, 2002, Hawes et al., 1997). Dependiendo de la causa de la evaluación de necesidades, también se pueden identificar objetivos más concretos, tal como señalamos en la sección anterior.

Evaluación para determinar el derecho a la prestación

La evaluación para determinar el derecho a los servicios puede llevarse a cabo para:

- determinar medidas concretas para garantizar un acceso igualitario
- evitar un acceso innecesario
- supervisar el desarrollo de la demanda y proporcionar información para planes estratégicos

Hoy día, la mayoría de los países de la UE disponen de legislaciones para este tipo de evaluación, para asegurar un acceso justo a este tipo de servicios dentro de cada estado miembro.

Evaluación de necesidades básicas

Una evaluación de necesidades básicas se realizará para recomendar un plan de atención para personas con pocas necesidades, donde sólo se tendrán en consideración algunos paquetes asistenciales. En algunos casos, este enfoque tan básico será suficiente. Por ejemplo, cuando sólo se precisen unos pocos servicios, tales como realización de la compra, cocinar o transporte, una evaluación básica de necesidades permitirá a los proveedores de servicios saber si el cliente está satisfecho con la

calidad del servicio, y detectar si es necesaria una adaptación. También permitirá a la dirección saber si sus servicios están produciendo los resultados deseados. Este tipo de evaluación puede también permitir un examen de atención más compleja.

Evaluación de necesidades integral

Si los clientes tienen necesidades más complejas, a los profesionales y los cuidadores no profesionales se les presentan más retos. Aquí, la evaluación de necesidades proporciona una estructura para la recopilación de información de las dos partes implicadas, donde esta información “global” es utilizada por todos como base para ver las necesidades y determinar si es necesaria una integración de servicios y de responsabilidades compartidas.

La evaluación de necesidades integral se realiza para:

- establecer planes de atención, paquetes de servicios y necesidades para una atención integrada dirigida a personas con necesidades complejas.
- controlar y desarrollar una calidad de atención futura.
- evaluar resultados, como por ejemplo del uso de recursos y estrés del cuidador

El propósito de este tipo de evaluación de necesidades es obtener un perfil de las necesidades del cliente, una evaluación más completa que la que determina quién tiene derecho a la prestación. La razón de llevar a cabo esta evaluación es que una evaluación más amplia puede descubrir nuevas necesidades que no se han detectado anteriormente. A primera vista, esto puede llevarnos a un mayor consumo de recursos, pero las pruebas nos demuestran que identificar y tratar las necesidades lo antes posible mejora la calidad de la atención y la calidad de vida. También permite a los proveedores de servicios decidir mejor el orden de prioridad de los servicios.

Para el coordinador de atención integrada, una evaluación de necesidades en este nivel proporciona una descripción fiable del volumen de trabajo de una agencia o servicio para pedir o destinar los recursos de manera más adecuada. Esta información también se puede utilizar para entrelazar servicios ofrecidos por diferentes participantes. También permite a los proveedores cumplir con los requisitos legales para luego informar sobre su trabajo a las autoridades sanitarias y sociales.

Evaluación como parte de la valoración de los servicios

Una evaluación de necesidades puede llevarse a cabo como parte de la evaluación de servicios ofrecidos. Si éste es un procedimiento estandarizado e integrado, se puede solucionar gran número de problemas.

Los servicios de los que se dispone puede que no solucionen las necesidades del cliente por una serie de razones. Por ejemplo, si se basan en factores históricos, puede que estén obsoletos o sin ninguna conexión con los problemas actuales del cliente. Sin una pre-evaluación de los servicios, las desigualdades históricas o los errores se pueden seguir perpetuando. Otra posibilidad es que los servicios estén condicionados en exceso por la demanda. En este caso, solamente aquellos que reclaman los servicios los reciben, y solamente se atienden las necesidades más urgentes. Esto impide a los usuarios de un servicio obtener información puntual sobre el deterioro físico, cognitivo o social del cliente y, por tanto, impide poner las medidas preventivas necesarias a tiempo. Otro problema es que las necesidades que son obvias a primera vista no tienen por qué ser las primeras que hay que contemplar.

Riesgos como éstos se previenen mucho mejor si los proveedores de servicios plantean una evaluación de necesidades más estructurada, basada en un conocimiento más global de las necesidades del usuario y de las disminuciones funcionales derivadas de la edad. Si un cliente sufre de inconti-

nencia, una solución sencilla sería prescribirle el uso de pañales más que hacer una investigación exhaustiva de la causa de su incontinencia. También se puede correr el riesgo de creer que la incontinencia es algo natural cuando se es mayor, igual que la pérdida de memoria, de apetito o sed, y estos errores tan comunes pueden resultar un caldo de cultivo que favorece la discriminación por razón de edad y la creación de estereotipos sobre las personas mayores. Pero si tenemos un cuadro más detallado de las necesidades del cliente y analizamos las necesidades educativas de la plantilla de empleados, los proveedores pueden clarificar qué problemas son simplemente consecuencia de la edad y cuáles requieren tratamiento. En algunos casos esto permitirá tratamiento preventivo de algunas enfermedades, si se descubren a tiempo.

Resultados de la evaluación

No obstante, una evaluación de necesidades no resolverá todos los problemas; en realidad, lo que puede ocurrir es que surjan nuevas preguntas, como por ejemplo:

- ¿Cómo podemos hacer frente a situaciones donde hay un conflicto entre las necesidades del cliente y las demandas y preferencias del cliente?
- ¿Cómo se podrían unir las prácticas vigentes con la evaluación de necesidades?
- ¿Cómo se puede incluir la gestión de riesgos al proceso de evaluación?

Para solucionar las discrepancias existentes entre las necesidades y las preferencias del cliente es importante involucrar al cliente y sus familiares en el proceso de planificación de la atención. Esta situación debería también ser tratada en las reuniones de equipo, para asegurar un verdadero equilibrio entre los diferentes intereses. Con un cuadro más completo de las necesidades del cliente, podemos establecer prioridades más fácilmente y remodelar diferentes servicios, tratándolos como necesidades del cliente “no superadas” o “superadas”.

Además, si la evaluación se realiza de forma integrada, se aumentan las posibilidades de descubrir zonas de riesgo y de prevenir riesgos tales como enfermedades psiquiátricas (a menudo ocultas por el cliente o sus familiares), violencia doméstica (a menudo no denunciada), y riesgos del entorno (tropezones con alfombras o cables, no disponer de aire acondicionado o calefacción).

Lista de control: resultados de la evaluación

- ✓ **Información compartida.** Asegúrese de que los pagadores, proveedores de servicios, usuarios y sus cuidadores comparten información sobre las deficiencias funcionales y puntos fuertes de sus clientes, para desarrollar un conocimiento más profundo de los usuarios del servicio y sus necesidades, y hacer que todo el mundo, incluidos los clientes y sus familiares, formen parte del proceso.
- ✓ **Necesidades de los cuidadores.** Plantéese la necesidad de recoger también las necesidades de los cuidadores no profesionales.
- ✓ **Planificación de la atención.** ¿Anima a sus empleados a trabajar de acuerdo a estándares basados en pruebas? ¿Comunica el plan de atención y los resultados esperados a todas las partes implicadas?
- ✓ **Planificación de los recursos.** Asegúrese de que las tareas realizadas y los recursos utilizados se han seleccionado a través de un análisis exhaustivo de necesidades y deseos del cliente.

Importancia de la evaluación de necesidades

El proveedor de atención utiliza la evaluación de necesidades integrada para obtener un mejor perfil del cliente, y puede utilizarla para proporcionar un plan de atención más profesional, siempre en colaboración con otros miembros del equipo.

Esto se puede realizar más fácilmente si la evaluación la realizan los profesionales implicados en la provisión de atención. También pueden trabajar con el cliente para equilibrar diferentes necesidades a largo plazo y para prevenir deficiencias sociales y físicas. Al final, los proveedores de servicios verán reforzada su autoestima, y tendrán mayor sentimiento de profesionalidad.

Una evaluación completa también proporciona al cliente una perspectiva de los tipos de medidas preventivas, mejor que la que el asesor o proveedor pueden ofrecerle. Las pruebas nos demuestran que los grupos multidisciplinarios son mejores que los enfoques uni-disciplinarios en la evaluación de necesidades (Fleming et al., 1995) incluso si todavía son la norma (Morris et al., 1997). Sin embargo, el enfoque multi-disciplinar también aún se considera un método poco manejable y que lleva mucho tiempo (Applegate et al., 1990).

En el nivel de la gestión, una evaluación estandarizada también permitirá recopilar datos funcionales y de necesidades del individuo y de la población a la que va dirigida. Los coordinadores que no utilicen los modelos recomendados y las técnicas que recomendamos más adelante tendrán muchas más dificultades a la hora de defender la distribución de los recursos en sus organizaciones. Igualmente, tampoco podrán ajustar el nivel de competencia y académico del equipo a favor del cliente.

Modelos y enfoques

La mayoría de los países europeos establecen ciertos requisitos legales sobre cómo y cuándo llevar a cabo una evaluación de necesidades de “requisitos para la prestación”, pero pocos secundan el uso de un proceso de evaluación integral. Lo habitual es que esto sea responsabilidad de los cuidadores profesionales que trabajan con el cliente.

Los gobiernos no quieren verse muy implicados en procesos de evaluación exhaustiva debido al sistema imperante de división de responsabilidades, donde el gobierno tiene la responsabilidad de vigilancia mientras que las autoridades locales son los que implementan y ejecutan la evaluación y la provisión de atención. Por lo tanto, los marcos legales se diseñan solamente para ayudar a las agencias financieras y los proveedores de atención ofrecen apoyo social y sanitario, teniendo en cuenta la equidad, favoreciendo la integridad del cliente y apoyando su autonomía. No obstante, no existe un modelo pan-europeo para establecer el acceso y financiación de los servicios a las personas mayores.

En algunos países, como es el caso de los Países Bajos, el derecho a atención de larga duración o a servicios asistenciales a domicilio lo evalúan personas fuera del sistema de provisión y financiación asistencial, basándose en procedimientos e instrumentos estandarizados. En la mayor parte de los países nórdicos, la evaluación para el derecho a la prestación se lleva a cabo por medio de agencias financieras y/o de provisión de atención, bien conjuntamente o por separado. Algunos gobiernos, como es el caso del Reino Unido, ya están pidiendo una evaluación de necesidades que combine en el mismo proceso las necesidades de atención social y atención sanitaria.

Estos modelos pueden funcionar en varios niveles. Pueden proporcionar todo, desde un simple rastreo de necesidades, llevado a cabo por un único asesor, hasta una evaluación integral realizada por un equipo multi-disciplinar. Estos modelos pueden realizarse como base para establecer requisitos para la prestación exclusivamente, o pueden proporcionar una visión holística de las necesidades del cliente para realizar una planificación detallada, incluyendo la gestión de riesgos. Pueden partir, en un principio, de la información médica o de varias fuentes de información. Pueden realizarse en un solo paso o en varias etapas. También pueden proporcionar información sobre calidad, preferencias del cliente, evaluación y seguimiento.

En varios países, existen actualmente recomendaciones prácticas sobre cómo seguir el proceso de evaluación. En el Reino Unido, existe el “proceso de evaluación simplificado”, el cual también recomienda

qué instrumentos se pueden utilizar (véase *Department of Health*, páginas web). En los Países Bajos, ya existen actualmente criterios detallados y formularios con los requisitos necesarios para tener derecho a las prestaciones. Sin embargo, muchos creen que estos sistemas son caros y exigen mucho papeleo. El gobierno de Nueva Zelanda especifica cuándo llevar a cabo la evaluación, en qué niveles, para qué grupo de clientes, y con qué instrumentos (véase NZCC, página Web). Si se quiere consultar sobre iniciativas nacionales para el uso de datos de evaluación estandarizada para personas mayores, véanse los artículos sobre Canadá, Islandia, Italia y Reino Unido en la página web de *Milbank*.

Proceso de implementación

La primera pregunta que nos debemos hacer es qué sistemas se tienen que poner en marcha. En muchos países, se ha realizado un gran esfuerzo para determinar la manera en que una persona con necesidades (desde mínimas necesidades a extensivas) en uno o varios aspectos pueda ser apoyada con fondos públicos. Esto se ha hecho equilibrando los recursos disponibles e interactuando con los cuidadores no profesionales, voluntarios y ONGs. Esta tarea exige disponer de información exhaustiva sobre las necesidades y los servicios. En la atención integrada, sin embargo, no se ha puesto demasiado énfasis en este aspecto hasta la fecha. Durante el proceso de implementación es importante relacionar y discutir, en el nivel de dirección, así como también en el nivel de equipo, los siguientes aspectos:

Puntos de actuación: sistemas de elección

✓ Acceso a la evaluación de la atención.

- ¿Quién pone en marcha la evaluación de necesidades?
- ¿En qué medida la sociedad puede opinar sobre lo que debería ser financiado por fondos públicos?
- ¿Quién paga la evaluación?

✓ Compartir información. Para evitar duplicación del trabajo, una vez que la información ya se ha recopilado, debería estar disponible para cualquiera de las personas involucradas en la atención del cliente, siempre que la información sea necesaria y el cliente no ponga ninguna objeción.

✓ Supervisión de la atención. El programa de atención debería estar abierto a todos los implicados en el proceso de atención, para permitir la intervención inmediata si las cosas se complican y para apoyar con más recursos cuando fuera necesario.

✓ Quejas y apelaciones. Éstas deben tomarse en serio. Esto exige medidas objetivas e inspeccionadas por todas las personas implicadas en la atención, así como también por los mismos clientes. En algunos países como Alemania, la agencia u organismo financiero puede interponer recursos. En municipios de otros países, como Suecia, existe un defensor del ciudadano que gestiona las quejas.

Sistemas e instrumentos

Este apartado examina los instrumentos de evaluación disponibles, y las razones por las que se deben usar instrumentos desarrollados de forma metodológica. En los últimos 15 ó 20 años, ha habido abundante investigación clínica sobre cuestiones metodológicas de la evaluación de necesidades (Applegate et al., 1990, Fletcher, 1998, Morris et al., 1997). Se han planteado preguntas tales como:

- ¿cómo se puede obtener información validada y fiable?
- ¿cómo se pueden incluir los clientes y sus cuidadores en el proceso?
- ¿cómo se puede equilibrar la necesidad de información detallada con aspectos como los costes y tiempo empleado?
- ¿cómo se puede utilizar la información obtenida del trabajo realizado para cumplir los requisitos de los coordinadores y del gobierno para supervisar, evaluar e investigar?

Basándonos en esto, parece que no hay razón alguna para usar instrumentos o técnicas que no se hayan recogido en las publicaciones especializadas. La utilización de instrumentos desarrollados metodológicamente se traduce en mejor atención (implica al cliente y los cuidadores no profesionales como parte del proceso) y mejor información que se puede utilizar para la gestión y supervisión a nivel local, regional y nacional.

Contenido y criterios de evaluación

Una evaluación de necesidades es un procedimiento que implica la participación de uno o varios profesionales especializados que mantendrán conversaciones directas con las personas mayores y sus cuidadores para así poder identificar problemas y proporcionar servicios rentables cuando sea conveniente. Este proceso se realiza con instrumentos y escalas fiables y validadas para poder determinar de forma multi-dimensional las necesidades y preferencias del cliente que necesitan apoyo. Al usar instrumentos y escalas estructuradas y estandarizadas se simplifican las comparaciones (diferencias y semejanzas) entre agencias, regiones y naciones. Una evaluación de necesidades integrada es la mejor opción cuando varios organismos financieros o proveedores tienen que ofrecer atención a un individuo y, por lo tanto, resulta imprescindible tener en cuenta las ventajas de la utilización de los resultados de una evaluación global para optimizar los recursos, quienquiera que sea el que ofrezca los servicios o proporcione la atención. Esto exige la necesidad de un debate o, al menos, una política común sobre la forma de plantear las necesidades desde diferentes ángulos, y así optimizar los recursos. Las evaluaciones de necesidades integradas pueden plantear ciertos retos para el coordinador de atención integrada, tales como:

- ¿cómo deberían medirse las necesidades del cliente?
- Si conviven diferentes tradiciones entre las organizaciones que entran en colaboración, ¿cómo debería afrontar esta situación el equipo de atención integrada?
- Si hay varias personas involucradas en la evaluación, ¿quién asume la responsabilidad total?
- ¿Quién es el responsable de organizar la información recogida y analizar las necesidades de formación del personal y hacer un resumen de todas las necesidades de la agencia?
- ¿Cuánto debe durar y como de detallada debería ser la evaluación?
- ¿Debería llevarse a cabo en varias fases, o de una sola vez? ¿Cómo pasamos de la evaluación a un programa de atención profesional?

Estas preguntas no tienen respuesta sencilla, por el contrario, deben debatirse en el nivel local, entre los coordinadores y también entre los miembros del equipo y los diferentes profesionales implicados. Intentar responderlas es parte del proceso de aprendizaje cuando se desarrollan estructuras para atención integrada.

Independientemente de cómo se haya esbozado el proceso de evaluación, solamente una parte del procedimiento requiere el uso de instrumentos, la parte principal de la evaluación debería siempre hacerse a partir del diálogo intenso entre cliente y cuidadores.

Ámbitos de las necesidades

La cuestión siguiente es decidir qué aspectos de las necesidades deberían tratarse en la evaluación. El cuadro global de las necesidades del cliente relacionadas con aspectos funcionales suelen clasificarse según los siguientes ámbitos:

- Necesidades de atención sanitaria (funcionalidad física, polifarmacia, nutrición, revisiones médicas).
- Necesidades sociales (adaptaciones de la vivienda, participación de la familia, redes sociales y actividades, necesidades culturales).
- Salud mental y funcional (estado de ánimo, facultades cognitivas, bienestar emocional).
- Necesidades ambientales (vivienda y cuidadores).
- Necesidades psicológicas.
- Necesidades espirituales.
- Necesidades económicas.
- Preferencias del cliente y de los cuidadores no profesionales.

Lo ideal sería que una evaluación de necesidades tratara todos estos aspectos, lo que significa que hay que tener en cuenta funciones conductuales, sociales, médicas y psicológicas, así como también el contexto físico y social, como por ejemplo la disponibilidad, puntos fuertes, preferencias de la atención no profesional, viviendas adecuadas, necesidades de transporte y necesidades domésticas. Incluso si las necesidades del cliente cambian, es importante tener en cuenta este enfoque dinámico de necesidades.

Es necesario que la evaluación sea exhaustiva y precisa, y para ello existen varios instrumentos que permiten a la organización cumplir los criterios necesarios (véase Proceso de Implementación). Sin embargo, éste es un proceso que tiene lugar dentro de un contexto temporal y circunstancial, por lo tanto no se puede ver como una “solución” estática.

También es importante tener en cuenta la necesidad de un equilibrio entre los recursos utilizados para llevar a cabo la evaluación y la información recopilada. Utilizar la información disponible a partir de otras fuentes es muy importante, y esto se conseguirá más fácilmente en un futuro ya que las tecnologías de la información están en continua evolución. A los clientes no les suele importar qué pagador o qué proveedor recoge la información, pero lo que no quieren es tener que dar esta información una y otra vez.

Para garantizar la calidad de la información recogida en la evaluación de necesidades, el proceso debería ir acompañado de intervenciones documentadas en el programa asistencial.

En la práctica, las organizaciones deberían recopilar solamente aquella información que justifique un tipo de actuación o servicio asistencial. Entre otras intervenciones reconocidas se pueden incluir responsabilidades o requisitos para el cliente, para el sistema de apoyo al cliente o para el entorno físico. El proveedor del servicio puede así establecer el programa asistencial, incluso si éste no perteneciera a la misma organización que realizó la evaluación. Lo fundamental es que la información sea compartida entre todas las partes, y a la vez tener en cuenta el derecho a la privacidad del individuo.

La Clasificación Internacional de enfermedades funcionales, discapacidades y salud, de la Organización Mundial de la Salud (2002) incluye un amplio apartado dedicado a las enfermedades funcionales, y proporciona listados de dominios que pueden incluirse en el proceso de evaluación de necesidades. Éstos no constituyen un modelo en sí mismos del procedimiento de evaluación y, además, requieren la utilización de otros instrumentos para decidir qué criterios seguir (véase la lista más abajo). Además, es importante completar “recorridos cruzados” (comparaciones de ítems y descripciones de niveles funcionales) entre instrumentos anteriormente testados y

aquellos que se acaban de desarrollar y aún no se han testado. Usar este método ahorra recursos a la larga y en algunos casos evita que las organizaciones se deshagan antes de tiempo de instrumentos todavía operativos.

Lista de control: criterios para seleccionar herramientas de evaluación.

Asegúrese de que el instrumento:

- ✓ Tiene una validez óptima (que detecta lo que se supone que tiene que medir).
- ✓ Tiene una sensibilidad óptima (identifica la mayoría de las necesidades).
- ✓ Tiene una fiabilidad óptima, ofrece los mismos resultados independientemente de quien los utilice.
- ✓ Está estandarizado y desarrollado sistemáticamente, y también ha sido testado.
- ✓ Es exhaustivo, y cubre todos los dominios identificados como significativos de las necesidades de las personas mayores.
- ✓ Permite comentarios en el formulario.
- ✓ Permite adaptaciones para grupos étnicos o culturas diferentes.
- ✓ Es fácil de administrar.
- ✓ Viene acompañado de bases de datos para realizar la supervisión y el seguimiento.
- ✓ Permite la inclusión de datos de varias agencias y proveedores.
- ✓ Proporciona información que puede utilizarse para la programación asistencial y la supervisión en diferentes niveles, así como también a efectos de gestión y en el nivel nacional, evitando así bases de datos paralelas.

Un instrumento de gestión óptimo debería ayudar al personal a planificar una atención profesional, apoyando la integridad y autonomía del cliente y al mismo tiempo proporcionar información basada en la evidencia sobre los distintos departamentos, y también información que pueda utilizarse en el nivel nacional e internacional, para permitir comparaciones fiables entre unidades, regiones y naciones.

Un instrumento de gran utilidad es el RAI *Resident Assessment Instrument* (instrumento de evaluación del residente). Este instrumento reúne muchos de los criterios arriba señalados, proporciona una evaluación estructurada y estandarizada que pone en marcha y secunda las actividades de coordinación asistencial del individuo, a la vez que proporciona información al coordinador. Está disponible en 20 idiomas y es utilizado en más de 30 países. Otro instrumento mencionado en las publicaciones más recientes y que dispone de su propia página web es el *EasyCare Version 2004*. Este instrumento es un conjunto de varias escalas científicas, pero no está directamente diseñado para el proceso de planificación asistencial (si quiere saber más sobre estos instrumentos, visite páginas web).

Por último, debe recordarse que ningún instrumento, por muy bueno que sea, proporciona una respuesta definitiva a las necesidades de una persona mayor. La intuición clínica y la experiencia también son muy importantes, y por esta razón la formación continuada de los evaluadores es vital. Esta formación puede ser académica o no, pero debe incluir información compartida entre diferentes profesionales y la participación en conferencias sobre planificación asistencial (véase también el apartado siguiente sobre personal).

Personal

Es importante contar con una política clara que establezca qué miembros de la plantilla deben estar en el proceso de evaluación, cómo se deben formar y con qué medios pueden contar. Si el procedimiento de evaluación es nuevo para la organización, no siempre es fácil implementarlo, y menos si

se trata de atención integrada, ya que se tendrá que tener en cuenta a diferentes profesionales y diferentes aspectos culturales. Cuando se desarrolle una evaluación de necesidades para atención integrada, el equipo debe decidir quién es en principio el responsable y quién será el encargado de coordinar la información recopilada, especialmente si la atención comparte distintos presupuestos.

Éste es uno de los puntos más difíciles de la atención integrada. Sin embargo, no es imposible de realizar, siempre que:

- Se decida si la evaluación se llevará a cabo por un evaluador profesional o un equipo de diferentes profesionales.
- Se establezca un proceso de recopilación de la información desde diferentes fuentes o equipos, y que se comparta entre ellos.
- Las organizaciones implicadas adopten un método flexible y un enfoque de “organización en aprendizaje”.

Tanto si trabajan de forma individual o en equipos multi-disciplinares, los evaluadores necesitan herramientas adecuadas, formación para aprender a utilizarlas, y una visión amplia y abierta de lo que el cliente pudiera necesitar (Landi et al., 2001). Los materiales de formación que facilitan los diferentes instrumentos de evaluación disponibles en el mercado proporcionan instrucciones precisas sobre como realizar una evaluación fiable (véase bibliografía).

La tarea de formar a los evaluadores en atención integrada tiene una parte positiva y otra negativa. Puede que aparezcan reacciones negativas entre los profesionales en cuanto al contenido y el nivel de la evaluación, pero por otro lado la fuerza de un equipo integrado es tal que pueden conseguir fácilmente las competencias que les facilitarán y la opción de una formación más amplia que las otras organizaciones. Esto es siempre un punto positivo ya que los juicios clínicos no son lo suficientemente precisos para discernir entre aquellos que tienen necesidades y aquellos que no.

Por último, al proporcionar una formación adecuada y al respaldar el uso de una evaluación de necesidades exhaustiva, el coordinador podrá facilitar al personal una interacción más directa con el cliente. Esto puede permitir al coordinador disponer de más tiempo para la planificación estratégica, en vez de tener que estar centrado en las actividades cotidianas.

Supervisión y evaluación

Un proceso de evaluación en atención integrada que se acabe de implementar tiene que ser supervisado y analizado de varias maneras. Surgirán una serie de preguntas relacionadas con aspectos tan diversos como: resultados clínicos, rentabilidad, satisfacción del cliente y del personal. Los coordinadores deben tener en cuenta las siguientes preguntas:

- ¿Tenemos en cuenta cambios de necesidades según el tipo de población?
- ¿Deberíamos realizar encuestas de población para obtener información sobre esto?
- ¿Podemos mejorar los parámetros de referencia (*benchmarking*), facilitando a las agencias implicadas información y datos comparativos?
- ¿Cómo deberíamos examinar nuestro proceso de evaluación de necesidades?
- ¿Cómo son nuestras listas de espera?
- ¿Cuál es el perfil de nuestros cuidadores?
- ¿Son las necesidades de servicios de nuestros clientes resueltas por nuestro personal? (una plantilla con múltiples habilidades).
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción de nuestros clientes?

Para responder a estas preguntas los directores necesitan colaborar con otros responsables de ámbito local, regional y nacional. A estos se podrían añadir los institutos de estadística y los centros de investigación, que podrán facilitar informes estadísticos y epidemiológicos del cliente. También se podría incluir a compañías de *software* que podrían proporcionar soporte informático a los coordinadores.

La prueba final de la evaluación de necesidades es ver si esta evaluación hace que la situación del cliente mejore. Aquí debemos tener en cuenta los efectos a largo y corto plazo del programa asistencial. No obstante, en la atención integrada, al igual que en otras formas de atención tradicionales, falta conocimiento de los resultados, y hace falta también más investigación en este campo.

Obstáculos

Desafortunadamente, existe una serie de obstáculos al proceso de evaluación de necesidades en atención integrada. No siempre es fácil relacionar los diferentes conceptos, equilibrar las necesidades sociales y sanitarias, y promover una interacción fuerte entre las diferentes partes con un método multi-dimensional que solucione las necesidades de atención.

Si la evaluación la realiza alguien que no pertenece al equipo integrado, puede ser un obstáculo a la hora de planificar la atención. Por ello, alguien tiene que servir de guía, y ayudar al cliente a lo largo del sistema. Esto lo puede llevar a cabo uno de los miembros del equipo, actuando como contacto.

Otro obstáculo es la mentalidad cerrada de algunos profesionales, esa idea de que “a mis clientes o pacientes no los tiene que incordiar otro”. Esta actitud tan negativa puede incluso pervivir eternamente si se permite hacer evaluaciones dos, o incluso tres veces, del mismo cliente, usando instrumentos de evaluación diferentes y conceptos diferentes. Esto impide no sólo la atención integrada sino también la evaluación de necesidades. Este problema se puede agravar si se da más importancia a la provisión de servicios que a las necesidades que desencadenan esos servicios. Con frecuencia esta situación se enquistará más en áreas o dominios donde faltan instrumentos o escalas reconocidas. Son necesarios más instrumentos que se centren en las necesidades sociales, religiosas o existenciales del cliente más que de instrumentos que cubren aspectos médicos y funcionales (que ya existen).

Otro obstáculo más tiene que ver con la legislación. Dentro de un mismo país pueden existir diferentes leyes que demandan métodos diferentes, y diferentes presupuestos para necesidades diferentes. En muchos países, la asistencia social la proporciona la familia, y la sociedad solamente proporciona apoyo si no existe la familia. En la mayoría de los países, por otro lado, la atención sanitaria suele ser financiada por el estado. Un obstáculo legislativo más es el de la privacidad. Algunos países tienen leyes para la protección de datos que impiden que las organizaciones tengan acceso a información de otras organizaciones. No obstante, si el cliente no pone objeciones, esto es fácil de solucionar simplemente obteniendo la autorización del cliente.

Por último, incluso si el cliente autoriza que se compartan sus datos, si falta infraestructura para permitir que esto se realice, por esto mismo se convertirá también en un obstáculo. Éste sería el caso si existieran sistemas informáticos diferentes no compatibles entre sí, o con niveles de complejidad distintos. Puede que se dificulte el flujo de información no sólo entre niveles de atención similares, sino también entre niveles diferentes. La falta de integración entre diferentes órganos de decisión también puede dificultar el proceso de evaluación de necesidades como base de la atención integrada, y por tanto impedir que la provisión de servicios se convierta en una vía rentable y basada en la equidad.

Apoyos

La evaluación de necesidades debería estar contemplada en la legislación, especificando cuándo y cómo se debe realizar. En muchos países ya existen leyes que contemplan la evaluación de requisitos para recibir la prestación, pero no en todos. Una evaluación exhaustiva de las necesidades también puede ofrecer apoyo a los cuidadores no profesionales y a los voluntarios, y trataría aspectos tales como qué tipo de atención es necesaria, y cómo debería proporcionarse. Sin embargo, no se debería recopilar información no pertinente.

La evaluación de necesidades solamente es pertinente si los clientes la solicitan, o si solicitan atención y servicios que sólo se pueden ofrecer si se ha hecho una evaluación. En el caso de que el cliente no pueda hacer la solicitud por sí mismo, su cuidador o el profesional puede hacerlo en su nombre. Sin embargo, a menos que exista el riesgo de que el cliente pueda ocasionar peligros a su entorno y no desee cooperar, siempre es necesario su consentimiento. Además, siempre se debe salvaguardar la privacidad del cliente. El cliente siempre debe tener la posibilidad de decidir y/o quejarse, ante un órgano independiente, del procedimiento o del evaluador. No obstante, esto también exige la utilización de instrumentos comunes. Más allá del apoyo legal, el mejor apoyo a la evaluación de necesidades en atención integrada es tener actitud abierta dentro del equipo profesional.

Conclusión

El objetivo primordial de la evaluación de las necesidades es proporcionar atención rentable y de alta calidad que se centre en el cliente y que sea reconocida por éste. No obstante, permite asimismo mejor evaluación del uso total de los recursos en relación con las necesidades asistenciales totales de una zona o región. Las tecnologías disponibles para los procesos de evaluación de necesidades son, en general, relativamente nuevas para los proveedores de atención. Pero lo importante es que las herramientas están ahí y el coordinador de la atención integrada puede hacer uso de ellas, si bien es primordial que se implementen adecuadamente. Cuando esto ocurra, los tres aspectos que entran en competencia, es decir, las necesidades, las demandas (y las preferencias) del cliente, y los servicios prestados se solaparán, lo que derivará en mejor uso de los servicios disponibles.

Puntos clave

- En una atención integrada, el proceso de evaluación de las necesidades debería ser un punto de partida para la optimización de los recursos de los distintos proveedores de atención que rodean al cliente.
- Un proceso de evaluación de las necesidades exhaustivo, estructurado y estandarizado hace más difícil que se pasen por alto las necesidades importantes o que no resultan evidentes a primera vista.
- Para los coordinadores de la atención integrada, una evaluación de necesidades proporciona una descripción resumida y fiable del volumen de trabajo del área o agencia y puede minimizar el riesgo de discriminación por razones de edad.
- Compartir información sobre las funciones físicas y los puntos fuertes del cliente entre el comprador, los proveedores, el cliente y sus cuidadores no profesionales permite mejor conocimiento del cliente y de sus necesidades y convierte a todo el mundo en parte del proceso asistencial.

- Mientras que la evaluación de “requisitos para la prestación” suele venir exigida por ley, una evaluación integrada es responsabilidad de los profesionales proveedores de atención que trabajan con el cliente.
- Gracias a una evaluación de necesidades integral, al cliente se le garantiza un panorama más objetivo de sus necesidades que puede financiarse con mayor fiabilidad. Cuanto más se sepa del cliente, mejor se establecerán las prioridades de los servicios.
- Para garantizar la calidad, el proceso de evaluación de las necesidades debería ir acompañado de unas intervenciones documentadas en el programa asistencial un proceso que es posible por el uso de instrumentos y escalas validadas y fiables que sirven además para simplificar las diferencias y semejanzas entre agencias, regiones y naciones.
- La evaluación debería realizarse siempre a partir de un extenso diálogo entre el cliente y sus cuidadores. Únicamente una parte del procedimiento requiere la utilización de instrumentos.
- Lo ideal es que la evaluación de necesidades contemple todos los aspectos del funcionamiento humano, lo que implica tener en cuenta funciones conductuales, sociales, médicas y psicológicas.
- Una evaluación de las necesidades integral puede servir también para apoyar a los cuidadores no profesionales o voluntarios en cuestiones como qué tipo de atención se necesita y cómo debería prestarse.

Bibliografía:

- Achterberg, W. van Campen, C. Margriet, A. Kerkstra, A. Ribbe, MW. (1999). ‘Effects of the Resident Assessment Instrument on the care process and health outcomes in nursing homes. A review of the literature’. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 31:3, pp. 131-37.
- Aminzadeh, F. Dalziel, WB. (2002). ‘Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions’. *Annals of Emergency Medicine*, vol. 39:3, pp. 238-47.
- Applegate, W. Blass, JP. Williams, TF. (1990). ‘Instruments for the functional assessment of older patients’. *New England Journal of Medicine*, vol. 322:17, pp. 1207-14.
- Bath, P. Philp, I. Boydell, L. McCormick, W. Bray, J. Roberts, H. (2000). ‘Standardized health check data from community-dwelling elderly people: the potential for comparing populations and estimating need’. *Health and Social Care in the Community*, vol. 8:1, pp. 17-21.
- Challis, D. Hughes, J. (2002). ‘Frail old people at the margins of care: some recent research findings’. *British Journal of Psychiatry*, vol. 180, pp. 126-30.
- Fleming, K. Evans, JM. Weber, DC. Chutka, DS. (1995). ‘Practical functional assessment of elderly persons: a primary-care approach’. *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 70:9, pp. 890-910.
- Fletcher, A. (1998). ‘Multidimensional assessment of elderly people in the community’. *British Medical Bulletin*, vol. 54:4, pp. 945-60.
- Hawes, C. Mor, V. Phillips, CD. Fries, BE. Morris, JN. Steele-Friedlob, E. Greene, AM. Nennstiel, M. (1997). ‘The obra-87 nursing home regulations and implementation of the resident assessment instrument: effects on process quality’. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 5:8, pp. 977-85.

- Jedeloo, S. Witte, LP. de Schrijvers, AJP. (2002). 'Quality of regional individual needs assessment agencies regulating access to long term-care services: a client perspective.' *International Journal of Integrated Care*, vol. 2. Available at: www.ijic.org.
- Landi, F. Onder, G. Tua, E. Carrara, B. Zuccala, G. Gambassi, G. Carbonin, P. Bernabei, R. (2001). 'Impact of a new assessment system, the MDS-HC, on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial'. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol 49:10, p 1288-93.
- Morris, J. Murphy, K. Nonemaker, S. (1995). *Long Term Care Resident Assessment Instrument User's Manual for Version 2.0 (1995/2002)*. US Department of Health and Human Services, HealthCare Financing Administration. Distributed through the National Technical Information Service, Springfield, Virginia.
- Morris, JN. Fries, BE. Steel, K. Ikegami, N. Bernabei, R. (1999). *RAI Home Care (RAI-HC) Assessment Manual For Version 2.0; Primer on Use of the Minimum Data Set-Home Care (MDS-HC) Version 2.0 and the Client Assessment Protocols (CAPs)*. Boston: Hebrew Rehabilitation Center for Aged.
- Morris, JN. Fries, BE. Steel, K. Ikegami, N. Bernabei, R. Carpenter, GI. Gilgen, R. Hirdes, JP. Topinkova, E. (1997). 'Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC '. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 45:8, pp. 1017-24.
- Perkins, E. (1991). 'Screening elderly people: a review of the literature in the light of the new general practitioner contract'. *British Journal of General Practice*, vol. 41:350, pp. 382-85.
- Philp, I. Newton, P. McKee, KJ. Dixon, S. Rowse, G., Bath, PA. (2001). 'Geriatric assessment in primary care: formulating best practice'. *British Journal of Community Nursing*, vol. 6:6, pp. 290-95.
- Won, A. Morris, J. Nonemaker, S. Lipsitz, L. (1999). 'A foundation for excellence in long term care: The Minimum Data Set'. *Annals of Long Term Care*, vol. 7:3, pp. 92-97.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disabilities and Health*. Geneva: WHO.

Páginas web

- www.cms.hhs.gov/medicaid/mds20** – página web de la agencia gubernamental de Estados Unidos. Centros de Medicare y Servicios Medicaid. La página también le proporciona información sobre estrategias de evaluación.
- www.dh.gov.uk** – página web del Departamento de Salud del Reino Unido. Si necesita información concreta del proceso de evaluación simplificada, vaya a la sección Política y Asesoría, dentro de Temas de atención Social y Sanitaria, y seleccione "social care".
- www.interrai.org** – página web del Resident Assessment Instrument (RAI).
- www.milbank.org/reports/interrai** – página web de la fundación Milbank. Si selecciona "reports", le lleva a la versión online de RAI, allí podrá consultar casos prácticos de organismos normativos para atención de larga duración en ocho países.
- www.nzgg.org.nz** – página web de New Zealand Guidelines Group. Si busca información sobre el proceso de evaluación, busque en "gerontology", en la sección "guidelines/publications".
- www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare** – página web del instrumento de evaluación EasyCARE.

Capítulo 5

Vías clínicas

TIZIANO VECCHIATO

La continuidad asistencial es especialmente relevante para las personas incapaces de valerse por sí mismas, aquellas que padecen una enfermedad terminal, personas mayores que sufren demencia, pacientes afectados por un derrame cerebral y otros que necesitan cuidados intensivos completos en sus hogares. Las vías clínicas constituyen estrategias de atención integrada que ofrecen una forma de conseguir mejor coordinación entre los facultativos, los servicios comunitarios y otros servicios de salud y asistencia social. Pueden contribuir a la consecución de una mejor continuidad asistencial, ya sea ésta atención simultánea (cuando todos los servicios se prestan al mismo tiempo) o secuencial (cuando se prestan en períodos diferenciados). Véase Capítulo 1.

Las vías clínicas se han venido desarrollando fundamentalmente en el sector de cuidados intensivos. Sin embargo, podrían constituir un instrumento muy prometedor para la atención y asistencia social a largo plazo, puesto que pueden ofrecer soluciones profesionales y organizativas adaptadas a los problemas de aquellas personas que precisan una atención integrada a largo plazo, así como para quienes pasan de la etapa de curación a la de cuidado. Las vías clínicas están relacionadas con las necesidades de un grupo concreto y resultan de gran utilidad cuando lo que se quiere es encontrar la forma más eficaz de relacionar las necesidades con los servicios en el nivel individual, así como para la gestión de las cadenas de atención. No debemos verlas como un “libro de recetas de asistencia sanitaria” lleno de instrucciones preceptivas detalladas, sino más bien como un conjunto de actividades e intervenciones apropiadas basadas en pruebas y dirigidas a un grupo de usuarios específico.

Las vías clínicas son instrumentos que pueden reducir el acceso innecesario a los servicios de urgencia en los hospitales, los ingresos inadecuados y las altas imprevistas. En cierta medida, pueden ser muy útiles para evitar interrupciones injustificadas y no deseadas en el proceso asistencial, interrupciones que podrían perjudicar a las personas que requieren dicha asistencia y que suponen un desperdicio de recursos. Este desperdicio de recursos es muy común en aquellos casos en que intervienen varios profesionales que no se consultan entre sí. Esto crea redundancias innecesarias y costosas, además de cierta confusión.

Las vías clínicas pueden ser un instrumento muy útil para aquellos directores que se propongan:

- Optimizar la continuidad asistencial.
- Demarcar claramente las responsabilidades y los recursos.
- Hacer que el paciente y su familia o cuidadores se impliquen en el proceso asistencial.

Ejemplo práctico: derrame cerebral

El sistema de Salud y Servicios Sociales italiano está reduciendo el daño potencial que puede causar el derrame cerebral a través de una propuesta para la atención en caso de derrame cerebral. En Italia, hay más de 130.000 nuevos casos de derrame cerebral cada año. Si esta tendencia continúa, el número aumentará a más de 170.000 en el año 2008, debido al envejecimiento de población. En el caso concreto de derrame cerebral, la recomendación es una hospitalización

inmediata. Una atención óptima la puede proporcionar una unidad u hospital con un equipo especializado, equipado con el instrumental apropiado y en conexión con los servicios de rehabilitación. Este método de gestión del derrame cerebral ha demostrado que reduce la mortalidad y las secuelas de discapacidad, y además aumenta el porcentaje de altas hospitalarias.

Fuente: SPREAD (2003) (Véanse páginas *web* final del capítulo)

Definiciones

Una vía clínica constituye una estrategia de atención integrada para un grupo específico de usuarios; se basa en unas directrices y pruebas, siempre que éstas existan. Sirve para establecer una práctica multidisciplinar acordada en el nivel local (véase National Pathways Association and Integrated Care Pathway Users Scotland..., páginas *web*) y explica de forma general la secuenciación óptima y la sincronización de las intervenciones (McQueen y Milloy, 2001).

Uno de los requisitos de las vías clínicas es la gestión de la cadena. Este concepto se fundamenta en una estrategia que:

- gestiona las vías clínicas
- garantiza la continuidad asistencial
- salvaguarda la calidad asistencial
- asegura el uso apropiado de los recursos (teniendo en cuenta que hay varios responsables implicados)
- gestiona la prestación

Las directrices a menudo son la base para las vías clínicas. Las directrices normalmente se definen como indicadores de un plan que seguir, o de lo que constituirá la futura política que seguir. En realidad, estos conceptos son complementarios. Las directrices son principalmente responsabilidad de los profesionales, mientras que la gestión y las vías clínicas exigen un esfuerzo conjunto.

Lista de control: características de las vías clínicas

- ✓ Validez. Las intervenciones deben producir los resultados esperados.
- ✓ Fiabilidad. Todos los profesionales implicados deberían ser capaces de interpretar y aplicar las intervenciones de la misma manera.
- ✓ Especificidad. La población considerada cliente debería estar claramente definida y las tareas, secuencias y escalas temporales y disciplinas deberían estar claramente descritas.
- ✓ Claridad. Las intervenciones deberían ser fácilmente comprendidas por los clientes y los profesionales.
- ✓ Flexibilidad. Las posibles variaciones deberían estar claramente definidas.
- ✓ Participación de todos los interesados. Los clientes y los profesionales deberían estar totalmente involucrados desde el principio.
- ✓ Revisión. La fecha y el proceso de revisión debe quedar establecido.
- ✓ Mensurabilidad. Las variaciones para una atención planificada deben de ser anotadas y analizadas.
- ✓ Adaptabilidad. La planificación y la práctica deberían estar sujetas a ajustes tras la evaluación o auditorías.
- ✓ Capacidad de predicción. Debería estar disponible una indicación de las posibles enfermedades de los clientes.

Fuentes: McQueen y Milloy (2001), Integrated Care Pathway Users Scotland (véase página *web*...)

Una vía clínica integrada no es un sustituto del juicio clínico profesional. Cuando se supervisa la forma por la cual se van a aplicar las vías clínicas, deberían medirse algunas variaciones. Esta hoja de variaciones es necesaria para individualizar las intervenciones de cada cliente, teniendo en cuenta sus necesidades o idiosincrasias concretas. Las variaciones también pueden ser consecuencia de factores organizativos o de las distintas actuaciones de los profesionales implicados.

Objetivos y resultados esperados

Las vías clínicas responden a los múltiples objetivos de todos los interesados implicados, tales como clientes, cuidadores y directores de los ámbitos social o sanitario, sea éste público o privado, proveedores, organizaciones de voluntarios y organizaciones no gubernamentales (McQueen y Milloy, 2001; *Integrated CarePathway Users Scotland* (véase páginas web).

Las vías clínicas dan respuesta a las **necesidades del cliente** por medio de:

- mejores métodos y prácticas, basados en pruebas empíricas de los resultados, tales como salud, actividades diarias (*ADL, Activities of Daily Living*), movilidad, calidad de vida, bienestar, rentabilidad y respeto hacia la persona y sus derechos
- continuidad de la atención para asegurar la calidad de vida de los cuidadores, proporcionando un valor añadido a la atención no profesional
- estándares de atención y gastos que sean claros para los clientes y sus cuidadores
- mayor implicación de los clientes
- claridad sobre qué riesgos o beneficios pueden aparecer
- una mejor comunicación

Las vías clínicas responden a las **necesidades de los profesionales y los coordinadores** a través de:

- estándares de atención y gastos que sean explícitos, justificando las actuaciones profesionales y los medios que se requieren
- incorporación de los avances tecnológicos a la práctica diaria
- mejor calidad de la atención y la calidad de vida del cliente y su familia, la cual puede ayudar a la satisfacción profesional
- apoyo al personal en las tomas de decisiones diarias
- fomentar la colaboración y la toma de decisiones
- participación de todos los profesionales y coordinadores en la mejora de la atención
- uso efectivo de los recursos
- definición clara de las funciones de cada uno, sus responsabilidades y actuaciones, y que estén dispuestos a recibir formación académica y práctica
- mejor auditoría por medio de instrumentos de rastreo, que supervisen si las intervenciones se han llevado a cabo
- mejor conocimiento de las necesidades de los clientes y sus cuidadores, y mejor conocimiento de los defectos del sistema (o de la vía clínica) analizando las variaciones en la práctica

Modelos y enfoques

Tal como se ha mencionado anteriormente, las vías clínicas se han desarrollado principalmente en atención sanitaria a agudos y mantienen una secuencia de actuaciones, de coordinación o integración. En la atención a largo plazo, sólo existen unos pocos ejemplos de este tipo de vías clínicas (es

el caso de derrame cerebral y cuidados paliativos) y todavía falta mucho para que muchas de las “características clave” (señaladas anteriormente) se cumplan. No obstante, en algunos países los organismos públicos y privados deben tener en cuenta la investigación e implementación cuando se presentan soluciones apropiadas y basarse en un buen equilibrio entre coste y beneficio. Estas soluciones hacen referencia al progreso del cliente desde el periodo de hospitalización hasta el periodo de estancia en residencia y atención familiar. Mientras tanto, el término “paquetes de atención” se considera como el más apropiado en algunos países, porque el plan de atención específico se diseña de acuerdo a los requisitos de cada necesidad.

Ejemplo práctico: vías clínicas para el derrame cerebral

La *Dutch Heart Foundation* (fundación holandesa del corazón) ha desarrollado un programa para el servicio de derrame cerebral, también ha realizado un libro de trabajo para aquellos que quieren mejorar dicho servicio. El proceso se describe en tres fases:

1. Fase aguda: son necesarios diagnósticos intensivos y el tratamiento se tiene que iniciar inmediatamente.
2. Fase de rehabilitación: el principal objetivo de esta fase es prevenir y reducir los riesgos de minusvalías y discapacidades.
3. Fase crónica: el comienzo de esta fase se identifica cuando está claro cuáles serán las minusvalías y/o discapacidades.

En cada fase, los servicios específicos desempeñan un papel para conseguir los objetivos de una fase en particular.

Actualmente, existen en toda Holanda 69 servicios de derrame cerebral. En cada uno de estos servicios participan al menos un hospital y una clínica de reposo. En tres de cada cuatro casos, también participa un centro de rehabilitación, casi siempre conjuntamente con la organización encargada de la atención domiciliaria y en el 73% de los casos en colaboración con el médico de atención primaria.

Fuentes: Carlier *et al.* (1999), Verschoor *et al.* (2004)

Ejemplo práctico: vías clínicas de demencia

El *Kingshill Research Centre* en el Reino Unido ha desarrollado una vía clínica de atención integrada para la demencia. Consta de cinco fases:

1. Reconocimiento
2. Evaluación
3. Gestión
4. Revisión
5. Aprender a sobrellevar el cambio

Cada etapa utiliza pruebas disponibles para esa parte del proceso de atención, y un diagrama donde se destaca la práctica más efectiva. Cada etapa también incluye ejemplos de papeleo imprescindible, auditoría y formación académica.

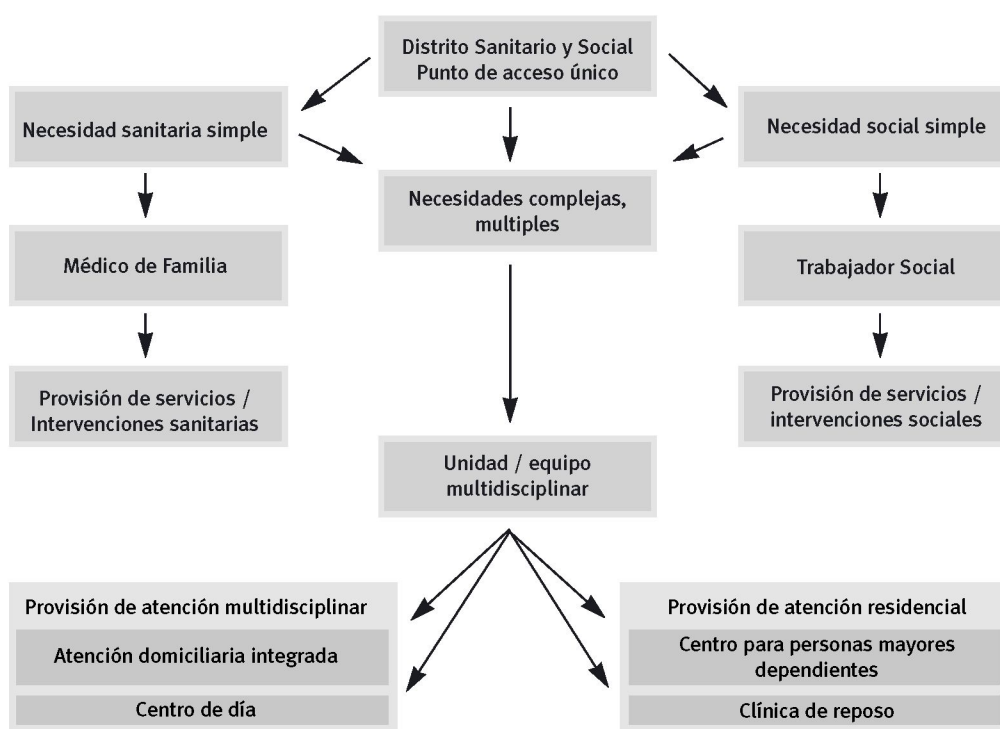
Fuente: Naidoo y Bullock (2001)

Otro modelo de vías clínicas consiste en considerar las responsabilidades en el nivel regional o local. Existen unos requisitos para guiar a las personas a través del sistema: un punto único de acceso, funciones bien definidas de los médicos de familia, los trabajadores sociales y otros profesionales que pueden actuar como “guardianes” del sistema (véase figura 3, página siguiente).

La figura 3 es un ejemplo de cómo se pueden secuenciar las decisiones múltiples que se pueden tomar en las tres líneas a través de todo el proceso de toma de decisiones. La columna de la izquierda se refiere al proceso de toma de decisiones de atención sanitaria. La columna de la derecha representa el proceso de toma de decisiones de la atención social. La columna del centro representa la línea de atención integrada. Se puede empezar como un proceso integrado desde el primer momento, también puede ser el médico o el trabajador social asignado al cliente los que sugieran o promuevan esta atención integrada si consideran que las necesidades complejas requieren atención integrada.

Figura 3: Acceso común como premisa para vías clínicas

Acceso a los servicios y vías clínicas a nivel local o regional

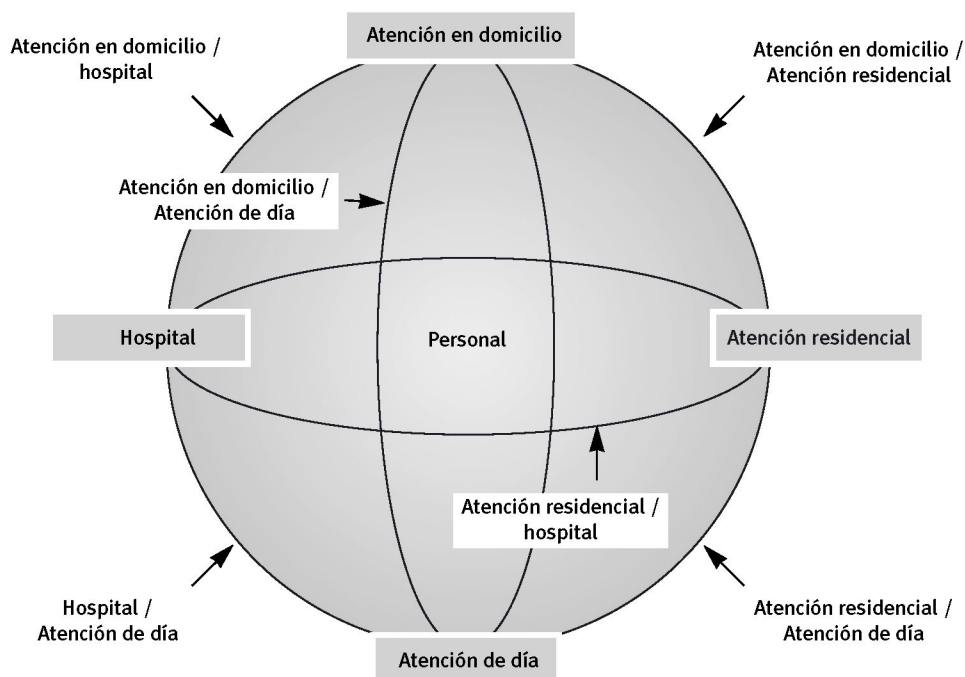


La figura 3 describe tres vías diferentes de acceso al sistema asistencial. Empieza en el momento en que el cliente entra en el sistema, se realiza la evaluación de necesidades, que sirve para decidir lo que se puede y debe hacer, y finalmente nos muestra la provisión de servicios. Las necesidades del cliente deben tenerse siempre en cuenta, y la provisión de la atención debe ser integral. Los proveedores de atención y las autoridades sanitarias deben ser explícitos en los pasos que seguir.

Cada persona mayor seguirá una vía diferente y se moverá entre diferentes proveedores, de acuerdo a la naturaleza y evolución de sus necesidades. Sin embargo, la situación deseada es que los proveedores sean los que se dirijan al cliente. El que esto sea posible depende del sistema, es decir, hay que saber hasta dónde llega la atención profesional en la comunidad, y hasta dónde cubren las prestaciones proporcionadas por los servicios institucionales.

Es importante pensar en función de la localización e interfaces. “Localización” hace referencia al lugar y establecimiento en el cual se ejecuta el plan de atención (por ejemplo, el hospital o la propia casa) e “Interfaz” se refiere a la colaboración y los nexos entre los lugares y los establecimientos en los cuales se ofrece el plan de atención.

Figura 4: mapa de vías clínicas integradas



En la figura 4, el término “atención de día” incluye servicios profesionales y no profesionales, tales como centros de día y atención ambulatoria. El mapa identifica al menos seis áreas críticas necesarias para definir adecuadamente las vías clínicas de acuerdo a las necesidades. Cada una es diferente dependiendo de dónde se ofrezca la atención y de la naturaleza de sus interfaces. La forma por la cual estas localizaciones e interfaces se conectan, por medio de la vía clínica, depende de las características de un grupo particular o grupos, así como al sistema sanitario en el que opera el sistema.

Si un coordinador se ha comprometido a organizar soluciones para personas que se mueven en diferentes opciones de atención, por ejemplo, desde una atención a largo plazo intensiva, sus opciones deberían ser flexibles y basarse en soluciones personalizadas.

Proceso de implementación

Las vías clínicas se pueden desarrollar siguiendo una serie de pasos, descritos en la lista siguiente. Esta lista es una adaptación de la realizada por McQueen y Milloy (2002), *Integrated Care Pathways Users Scotland* (2003), Zander (2002).

Lista de Control: pasos que seguir en una vía clínica

- ✓ Paso 1: Tomar conciencia y establecer compromisos
- ✓ Paso 2: Definir la población para la cual se pretende diseñar la vía clínica
- ✓ Paso 3: Revisar las pruebas
- ✓ Paso 4: Recoger datos
- ✓ Paso 5: Revisar la práctica actual

- ✓ Paso 6: Identificar indicadores clave
- ✓ Paso 7: Diseñar una vía clínica integrada
- ✓ Paso 8: Definir las herramientas
- ✓ Paso 9: Revisar y corregir el borrador
- ✓ Paso 10: Desarrollar una versión de la vía clínica del cliente
- ✓ Paso 11: Implementar la vía clínica

Cada uno de estos pasos se describe con más detalle a continuación.

Paso 1: Tomar conciencia y establecer compromisos

Aquí se incluye impulsar la idea, convencer a los participantes, establecer los límites, elegir el centro, planificar las actividades, convocar al equipo y determinar sus funciones, y clarificar la implicación de clientes y cuidadores.

Paso 2: Definir la población para la cual se pretende diseñar la vía clínica

La población se puede definir según tres factores: problemas más urgentes, diagnósticos, y localización. Esta definición determina en gran medida el carácter de la vía clínica que se va a desarrollar: bien sea propiamente clínica, o de enfermedad, o sobre bienestar general, sobre las necesidades de los cuidadores, etc.

Paso 3: Revisión de pruebas

Evaluar la información para asegurarse de que tiene relación con las circunstancias específicas y con un grupo específico. La elección de la población también influirá en la búsqueda de pruebas. Recoja las pruebas y póngalas a disposición de los miembros del equipo. Asegurarse de que los estándares están consensuados. Unas pruebas científicamente sólidas no siempre son posibles en el ámbito de la atención a largo plazo y en la asistencia social. Cuando éste sea el caso, puede resultar útil diferenciar diferentes niveles de pruebas, desde investigación científicamente sólida hasta un acuerdo paritario.

Paso 4: Recogida de datos

Los datos ilustran la práctica en curso y establecen puntos de partida para una futura evaluación del impacto de la vía clínica. Es necesario recoger solamente datos sobre un grupo de clientes en particular y, siempre que sea posible, incluir datos económicos y de la organización.

Paso 5: Revisión de la práctica actual

Esta actividad se puede registrar en un diagrama de flujo, una gráfica que describe el orden de los diferentes pasos en un proceso en particular. Es necesario registrar ideas de mejora a la vez que se describe esta gráfica. Este proceso, llamado “mapa del proceso” no debe de ser muy detallado. Para más información, véase *NHS Modernisation Agency* (2003).

Paso 6: Identificar indicadores clave

Los indicadores clave son hitos sobre los cuales uno puede medir el progreso de un cliente a lo largo de la vía clínica. Estos indicadores deben estar basados en pruebas con respecto a las etapas donde los clientes deberían estar en proceso de atención. Los indicadores:

- deberían verse como avisos cuando la actividad ha alcanzado cierto objetivo
- son puntos de referencia para la evaluación
- pueden utilizarse para examinar tendencias
- retan a las organizaciones a proporcionar mejor atención
- deben usarse para proporcionar información global

Paso 7: Diseñar una vía clínica integrada.

Si nos basamos en el análisis del proceso actual, la vía clínica debería modificarse y el equipo y la organización implicada respaldarla, así como también los clientes y los cuidadores. Cuando las decisiones no estén claras, se deben establecer reglas para que la normativa actúe ante cualquier eventualidad. La vía tiene que construirse como un plan multidisciplinar y con registros de atención que incluyan toda información clave, por ello es necesario que toda la documentación necesaria y relevante y las historias clínicas se tengan en consideración. La idea básica de una vía clínica se ilustra en la Figura 5 (más adelante), y representa un mapa global de los procesos de toma de decisiones, junto con sus bases. Nos muestra cómo diferentes patologías (en este caso derrame cerebral) pueden tener procesos de decisión similares que nos conducen a unas vías personalizadas.

Paso 8: Determinar las herramientas

Hay dos tipos de herramientas disponibles. La primera es “herramientas de contenido”, que añade precisión y profundidad y permite el análisis de criterios de inclusión y exclusión, evolución de resultados clínicos, indicadores críticos, directrices, algoritmos, reglas de decisión (véase paso 7), protocolos e información de apoyo práctico. El segundo tipo es “herramientas de actuación” y está relacionada con los contenidos de la vía clínica; aquí se incluye la evaluación, anotaciones de progreso sobre variaciones, materiales educativos para la familia e impresos (Zander, 2002).

Paso 9: Revisar y corregir el borrador

Cuando ya se ha desarrollado el borrador, haga una revisión con los representantes de todas las disciplinas competentes y los profesionales así como también con los clientes y sus cuidadores. La revisión se debe basar en las pruebas sobre las que se fundamenta la vía. Posteriormente pilote la vía clínica siempre que sea posible.

Paso 10: Desarrollar una versión de la vía clínica del cliente

Esto le permitirá involucrar a los clientes, ser explícito en la adecuación de sus servicios a las expectativas, y responder a las preguntas más frecuentes que indudablemente le plantearán. Es importante usar un lenguaje sencillo y comunicar de forma clara. También será de gran utilidad testar la vía clínica entre los profesionales para que resulte más clara a los ojos de aquellos que no están directamente involucrados en la vía clínica.

Paso 11: Implementar la vía clínica

Acuerde escalas de tiempo. Deshágase de toda documentación previa, fije las fechas de revisión de la vía clínica y asigne tiempo suficiente para la instrucción, formación y apoyo.

Ejemplo práctico:**Directrices para la prevención y tratamiento de derrame cerebral**

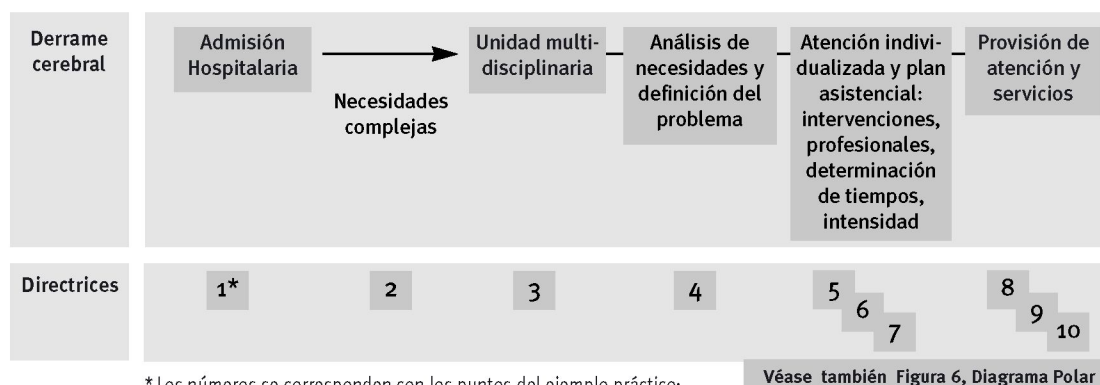
En Italia, las directrices para la prevención y tratamiento de derrame cerebral se basan en las pruebas, y se constituyen como elementos clave para una vía clínica de derrame cerebral (síntesis, selección y adaptación de *Stroke Prevention & Educational Awareness Diffusion*) (SPREAD 2003, véase página web). Estas directrices ponen de relieve el hecho de que el conocimiento científico puede compartirse en el nivel internacional y adaptarse simultáneamente al contexto o situación particular (asistencia y provisión de servicios sociales) o país específico, donde podrá ponerse en funcionamiento.

La lista descrita más abajo nos muestra recomendaciones para la atención después de sufrir un derrame cerebral. Cada una de las recomendaciones se corresponde con el mismo número en la figura 5.

1. Cuando elija el centro de rehabilitación –sea este un servicio hospitalario (hospital, institución residencial de larga duración) o un servicio ambulatorio (servicio ambulatorio para personas que viven en su domicilio)–, tenga en cuenta una serie de parámetros tales como: estabilidad clínica, independencia residual, rasgos cognitivos, cansancio físico/mental, y apoyo familiar.
2. Son objetivos primordiales una evaluación clínica meticulosa y una evaluación de riesgos, atención a largo plazo incluyendo control de co-morbilidad, prevención de reaparición de síntomas, definición de pronósticos, y mejora de la recuperación funcional.
3. Un equipo multidisciplinar que persiga estrategias óptimas de diagnosis, prevención y recuperación.
4. Un juicio clínico (necesario para planificar el proyecto de rehabilitación del cliente) basado en la evaluación del cliente que tenga en cuenta su estatus clínico, aspectos sociales y discapacidades motoras y cognitivas, estado de ánimo, y rasgos conductuales, habilidades comunicativas, asistencia familiar e independencia.
5. Un proceso de rehabilitación que siga un plan individual preciso, diseñado por un especialista médico competente que forme parte de un proyecto general, y que defina detalladamente el entorno y una serie de intervenciones multidisciplinarias, y que cuente con la participación activa del médico de familia.
6. Los cuatro pasos principales necesarios para que el cliente pueda hacer frente a una discapacidad residual son: desarrollar destrezas útiles en su vida diaria, empezar con instrucciones clave e ir realizando tareas más difíciles progresivamente, fomento de la auto-confianza y realización autónoma de ejercicios de rehabilitación en casa.
7. Cuando se planifique un proyecto de rehabilitación, se deben tener en cuenta las necesidades del cliente derivadas de las características de su enfermedad, futuras perspectivas, servicios domiciliarios, modificación del espacio donde habita, un seguimiento psiquiátrico y la posible participación en actividades sociales y de trabajo.
8. Es necesario asesorar cuidadosamente a los pacientes y sus familiares, y explicarles las causas del derrame cerebral y las expectativas que ofrece la rehabilitación; de esta manera aumentará su colaboración.
9. Es necesaria una formación integral del cuidador para garantizar una rehabilitación adecuada.
10. Anime a los pacientes a que reanuden las actividades diarias que hacían anteriormente, en cuanto se encuentren clínicamente estables, ayúdeles con estrategias de compensación si fuera necesario.

Fuente: SPREAD (2003). Véase página *web*

Figura 5: Vías clínicas generales para derrame cerebral y Alzheimer



* Los números se corresponden con los puntos del ejemplo práctico: Directrices para la prevención y tratamiento de derrame cerebral (1-10)

Véase también Figura 6, Diagrama Polar

Participación de los clientes, la familia y los cuidadores.

El hecho de que el cliente, su familia y sus cuidadores tengan un papel activo supone gran ventaja. Les permite evaluar hasta qué punto la vía clínica responde a sus necesidades y preferencias y aprender de la experiencia para sobrellevar mejor su enfermedad, identificar la “persona clave” en la que pueden confiar, y compartir un contrato informado de la vía clínica. El contrato debería incluir el nombre del cliente y datos personales, el tipo de servicio ofrecido, detalles de los objetivos acordados, actuaciones, marco temporal, objetivos esperados, y compromisos. Debería de disponer de espacio para las firmas de ambas partes y la fecha.

La participación de la familia del cliente o los cuidadores en el desarrollo y en la misma vía clínica es muy importante. Es importante tener en cuenta sus roles cuando se tomen decisiones, cuando se asignen responsabilidades y recursos, o simplemente para gestionar las vías clínicas. Esto se puede entender mejor con un ejemplo: el caso de personas mayores con deficiencias cognitivas, que viven con familiares cuidadores que sufren el estrés propio de las personas que se dedican al cuidado de mayores. Ayudar a los cuidadores haciéndoles partícipes de las estrategias para superar este stress puede, a la larga, ser primordial si se quiere proporcionar una mejor asistencia a las personas mayores.

Personal

Las vías clínicas tienen mucho que ver con la continuidad de la atención. Resulta útil aquí distinguir entre tres tipos de continuidad:

- **continuidad de la información:** utilizaremos información referente a aspectos pasados y circunstancias personales para asegurarnos de que la atención que se está dispensando es la apropiada para cada individuo.
- **continuidad de la gestión:** un enfoque coherente y consecuente para gestionar una enfermedad y que responda a las necesidades cambiantes del cliente.
- **continuidad en las relaciones,** una relación terapéutica duradera entre el paciente y uno o más cuidadores.

(Haggerty *et al.*, 2003)

Para asegurar la continuidad de la información, el personal dedicado a la atención debe tomar parte en el desarrollo e implementación de las vías clínicas. No obstante, los especialistas en flujos de información, historias clínicas y supervisión de instrumentos también deben estar presentes. La continuidad de la gestión requiere que aquellos involucrados en la atención integrada tengan competencias especiales, así como un juicio coherente de la atención que proveen y de la vía clínica de la que forman parte. La continuidad relacional también exige continuidad de la plantilla, y que sus necesidades se planifiquen con tal propósito, teniendo en cuenta el tipo de trabajo y las condiciones salariales, y otros aspectos tales como motivación y cursos de capacitación y formación.

El gestor de caso desempeña un papel importante a la hora de garantizar calidad y eficacia en los procesos de atención integrada, y a la hora de trabajar de acuerdo a las vías clínicas. Al evaluar, planificar, intervenir y valorar los gestores de caso proporcionan un proceso continuado de la atención y las necesidades cambiantes del cliente. También proporcionan soluciones a problemas y apoyo a sus colegas en la toma de decisiones (Zander, 2002). Ya que los trabajadores sanitarios y sociales son tan fundamentales en la implementación de la vía clínica, también tienen que participar activamente en su desarrollo. Todo el personal implicado debe tener cierta experiencia en sistemas de supervisión, y actividades administrativas básicas, para que puedan supervisar la vía clínica. Entre estas actividades administrativas se incluirían el relleno de impresos que traten de evaluación de necesidades, actividades de vida diaria y factores ambientales.

Supervisión y evaluación

La supervisión es una parte esencial del trabajo en las vías clínicas porque proporciona una revisión constante de las vías, de las elecciones clínicas y su impacto en el uso de los recursos. Para supervisar y evaluar el proceso y la eficacia de las vías, es necesario disponer de los instrumentos prácticos que identifiquen todas las necesidades de la persona, antes y después de la intervención. En otras palabras, “la evaluación” es un medio de comparación que nos permite medir las diferencias y los cambios en diferentes etapas del plan de atención.

Es por tanto muy importante utilizar instrumentos de medición validados que permitan comparar los cambios en cualquier momento, tanto dentro de una vía clínica como entre una vía y otra. Esto significa que los coordinadores deben saber utilizar indicadores que midan procesos de rendimiento (tales como índices de *output*) e indicadores de resultados, que midan los beneficios para el cliente en todos los dominios (funciones corporales y orgánicas, actividades y participación, del entorno o personales).

Lista de control: criterios para definir indicadores de resultados

Es necesario que el coordinador se asegure de que los siguientes elementos están disponibles:

- ✓ **Accesibilidad a los servicios:** funciones de los profesionales como una oportunidad o como un obstáculo, horas de apertura, acceso múltiple dependiendo de las necesidades, listas de espera.
- ✓ **Información:** orientación y si fuera necesario, apoyo para que las necesidades y los servicios se correspondan, en concreto para personas mayores vulnerables.
- ✓ **Enfoque integral:** integrado implica evaluación, definición y gestión de un plan individualizado.
- ✓ **Continuidad de la atención:** dentro de cada servicio en particular, entre servicios y muy especialmente entre servicios públicos y privados
- ✓ **Trabajo en red:** variedad de opciones de atención y dimensiones.
- ✓ **Gestión global:** supervisando toda la vía clínica dentro de la red.
- ✓ **Atención personalizada:** atención y servicios adaptados a cada cliente y sus cuidadores.

Existen dos métodos para mejorar la evaluación de resultados: gestión de resultados absolutos y gestión de resultados relativos (Vechiato, 2002). La opción de resultados absolutos mide el estado de una persona teniendo en cuenta diferentes parámetros en todo el proceso (por ejemplo, parámetros orgánicos, funcionales o cognitivos). Resulta de gran utilidad relacionar la gravedad de la necesidad a una intensidad de atención concreta, y así tener garantizada la vía clínica. La opción de resultados relativos mide las diferencias entre la salud del cliente y condiciones de vida antes y después de la intervención. Cuanto mayor sea el resultado relativo, más efectivo será el impacto de la vía clínica.

Lista de control: criterios para definir indicadores de resultados

Es necesario que el coordinador se asegure de que los siguientes elementos están disponibles:

- ✓ **Resultados según las necesidades específicas:** Éstas son identificadas en los diferentes dominios, tales como funciones corporales y orgánicas, actividades y participación, factores del entorno y factores personales.
- ✓ **Resultados concebidos en función de la vida diaria:** Éstos se identifican en términos de los beneficios en el espacio vital, que incluye el entorno del hogar/ personal tanto del cliente como de la familia y cuidadores.

El mayor desafío consiste en desarrollar un conjunto de indicadores de resultados que reflejen una evaluación global de una persona que presenta un patrón de necesidades complejas. Estos indicadores tienen que proporcionarnos una visión general de los aspectos pertinentes de funcionamiento individual y poner los objetivos de la intervención en funcionamiento, para ello debe hacerse una supervisión y así las intervenciones y los objetivos puedan ser adaptados o alterados.

Una solución integral para la evaluación de necesidades integradas

La evaluación geriátrica integral se ha convertido en sinónimo de práctica geriátrica. Esta evaluación incluye una valoración de la salud física y mental de la persona mayor y de su estatus funcional y social. El plan polar es un nuevo método concebido por el autor junto con un equipo multidisciplinar (Vergani et al., 2004), para representar la enfermedad del cliente, a través del llamado “diagrama polar” / Véase figura 6).

El diagrama polar utiliza la clasificación internacional de trastornos funcionales (Organización Mundial para la Salud 2001), y nos muestra la puntuación del sujeto por medio de escalas de evaluación (dispuesto radialmente dentro del área circular) durante la vía clínica en diferentes momentos. Los márgenes exteriores del dibujo reflejan la condición óptima. Esto crea espacios vacíos entre la condición óptima y los resultados registrados, para que se identifiquen fácilmente. Esta herramienta se puede utilizar para supervisar la condición del cliente, y valorar los cambios en los resultados. La dimensión clínica se refiere a pruebas científicas que apoyan decisiones pertinentes. Los contenidos organizativos de las directrices hacen referencia a las soluciones para compartir decisiones, responsabilidades al proporcionar el proceso de atención, y los recursos para alcanzar los resultados esperados.

El diagrama polar es un círculo dividido en tres sectores. Cada sector representa los dominios principales que cubre una evaluación geriátrica integral:

- dominio cognitivo y de comportamiento (estructuras y funciones cognitivas y estructurales)
- dominio funcional y físico (funciones corporales y actividades)
- dominio socio-ambiental (factores interpersonales y del entorno)

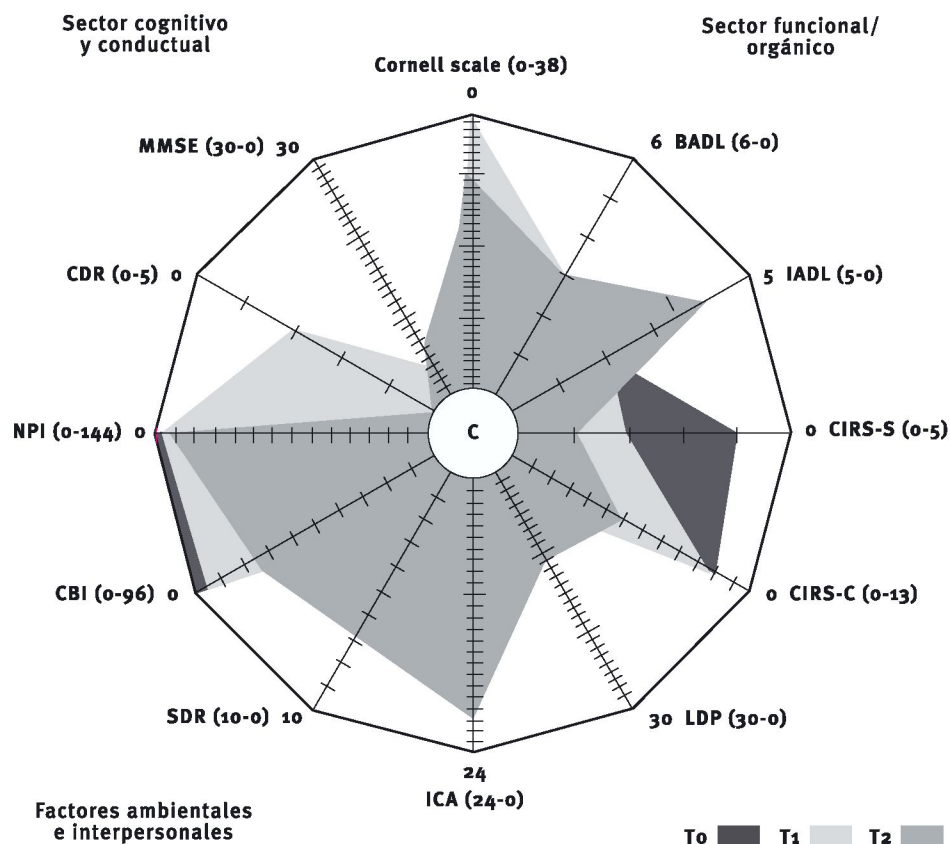
Dentro de cada uno de estos dominios los ejes o radios señalan la puntuación que miden las escalas. Éstos pueden variar, dependiendo de la persona que se esté examinando. La parte exterior del círculo muestra la enfermedad del individuo en su estado óptimo. El centro nos muestra su enfermedad en su estado más crítico. Cada escala describe (entre paréntesis) su valor máximo y mínimo.

El dominio cognitivo y conductual incluye el examen de estado mental (MMSE), la escala de clasificación de demencia clínica (CDR-Clinical Dementia Rating), el inventario neuropsiquiátrico (NPI) y la escala de Cornell. El dominio físico y funcional incluye indicadores de actividades diarias (ADL), medidores de enfermedad acumulativa (CIRS) para enfermedades graves y co-morbilidad. El dominio socio ambiental tiene en cuenta el inventario de carga del cuidador (CBI), medidor de responsabilidad, el índice de cobertura de atención (ICA), y nivel de protección en el espacio vital (LPD).

Las distintas secciones que aparecen sombreadas en el diagrama indican diferentes mediciones puntuales. Las sombras de las mediciones indican las tres áreas de medición y observación para evaluar los resultados:

- funciones estructurales y cognitivas
- funciones corporales y actividades
- factores interpersonales y ambientales

Figura 6: Diagrama polar



Fuente: Vergani et al., (2004)

Clave de términos utilizados en el diagrama polar:

* (Mantenemos las siglas originales en inglés ya que son las reconocidas internacionalmente)

Cornell scale – (scale for depression and dementia) Escala de Cornell, escala de depresión y demencia

BADL – (basic activities daily living) Actividades Básicas de vida diaria

IADL – (instrumental activities daily living) Índice de actividades Instrumentales de vida diaria

CIRS-S – (severity cumulative illness rating scale) Escala de enfermedad acumulativa grave

IADL – (instrumental activities daily living) Índice de actividades instrumentales de vida diaria

CIRS-C – (co-morbidity cumulative illness rating scale) Escala de enfermedad acumulativa de co-morbilidad

LDP – (level of protection in the life space) Nivel de protección del espacio vital

ICA – (index of care coverage) Índice de Cobertura Asistencial

SDR – (responsibility scale) (Escala de responsabilidad)

CBI – (caregiver burden inventory) Inventario de sobrecarga del cuidador

NPI – (neuropsychiatric inventory) Inventario neuropsiquiátrico

CDR – (clinical dementia rating scale) Escala de Hughes o escala de clasificación de demencia clínica

MMSE – (mini-mental state examination) Test de Folstein o MMSE

Los diferentes valores representados en el diagrama polar pueden facilitar la evaluación integrada y ofrecer alternativas a los profesionales involucrados en la vía clínica, al cliente y sus cuidadores.

Estas herramientas de evaluación se describen en el ejemplo práctico siguiente.

Caso práctico: María

María es una mujer mayor de 73 años. Está jubilada (antes trabajaba en una fábrica) y se puso en contacto con los servicios de salud en octubre de 2001. En los últimos dos años ha sufrido problemas de falta de memoria y cambios en el comportamiento, que se han traducido en pérdida de autonomía en su vida diaria. (CIRS gravedad: 2.6/5; CIRS comorbilidad: 5/13; MMSE: 14/30; escala de Cornell: 19/38; NPI: 69/144).

María presenta problemas graves de movilidad que han derivado en caídas y accidentes, no puede comer si no es con ayuda (CDR: 3/5; SOB: 15/30; ADL: 1/6; IADL: 0/8).

Después de un examen médico, a María se le ha diagnosticado demencia vascular grave (siguiendo los criterios de NINDS_AIREN) y se le ha prescrito medicación para tratarlos problemas asociados al comportamiento. María vive en casa con su hija, la cual trabaja a jornada completa por el día (ICA: 15/24).

María también recibe ayuda no profesional de un grupo muy variado de personas. Hay unos vecinos que ayudan con las comidas y terapias, pero la mayor parte del día lo pasa sola en casa. Esta situación preocupa a su hija, cuyo rendimiento en el trabajo y su relaciones se han visto afectadas. (CBI: 65/96). Los bajos ingresos de los que dispone María no le permiten asistencia domiciliaria privada o ingreso temporal en una residencia. Los servicios sociales o servicios domiciliarios no están disponibles para un caso como el suyo. Su hija considera que lo mejor para su madre es que esté con ella en casa.

Se ha contactado con los servicios sociales para evaluar los ingresos familiares y valorar la posibilidad de recibir asistencia domiciliaria. Han dispuesto que reciba ayuda domiciliaria. En enero de 2002 María presenta cierta mejoría en su capacidad de atención (MMSE 17/30). Su conducta también ha mejorado (Escala de Cornell 13/38). Su hija comunica una reducción en el número de episodios de confusión y de ansiedad psicológica neurológica. Ahora María duerme toda la noche de un tirón (NPI: 27/144).

Ciertos aspectos relacionados con la discapacidad de María persisten aún, pero hay mejorías a la hora de comer sin ayuda debido a intervenciones sociales (ADL:2/6;IADL:0/8). Los problemas de movilidad persisten, pero no se han producido caídas desde que empezó el proceso y ha habido mejoras en sus actividades de vida diaria y factores medioambientales. (CIRS gravedad: 2.6/5; CIRS comorbilidad: 5/13;CDR: 3/5; SOB: 15/30). Su hija también presenta una mejoría en la calidad de vida (CBI: 56/96). La terapia no se cambia. En julio de 2002 María presenta progresos (MMSE: 19/30; escala de Cornell: 6/38). Han desaparecido sus cambios de comportamiento (NPI: 14/144) aunque su pérdida de autonomía todavía persiste. (ADL: 2/6, IADL: 0/8, CDR: 3/5; CIRS grave: 2.6/5; CIRS comorbilidad: 5/13) Su hija está menos estresada (CBI:37/96). Como consecuencia de una atención integrada global combinada con apoyo médico, farmacológico y de asistencia social, la situación de María ha mejorado considerablemente. Este tratamiento particular se considera completado y será reemplazado por un nuevo plan de atención.

Obstáculos

Existen una serie de obstáculos comunes que impiden la implementación de vías clínicas en atención integrada. Entre otros se incluyen:

- la composición de las intervenciones o servicios dentro de cada vía, que pueden venir determinados más por los servicios de los que se dispone que por las necesidades del paciente.
- falta de integración entre diferentes proyectos y las misiones u objetivos de los proveedores.
- la variedad de proveedores de servicios que pueden estar implicados en una vía clínica concreta
- poca evidencia científica en cuanto a resultados relacionados con vías clínicas.
- falta de unas directrices validadas que permitan una mejor definición de la atención y su continuidad.
- una falta de conocimiento por parte del personal, los pacientes y los cuidadores de la necesidad de asumir compromisos de responsabilidad conjunta al definir e implementar la vía clínica.
- barreras culturales
- pensamiento mecanicista en cuanto a las vías clínicas y su aplicación

Apoyos

Existe una serie de apoyos y estrategias que facilitan la creación de vías clínicas en atención integrada. Si los servicios asistenciales sociales y sanitarios reconocen las diferencias organizativas que existen en la configuración de los servicios, esto puede ser un gran paso para reducir las desigualdades. Por esta razón, se debe considerar la necesidad de crear reglas de acceso para diferentes vías clínicas (por ejemplo, teniendo en cuenta métodos de evaluación) y se debe revisar y/o mejorar para conseguir una atención más personalizada. Poner de relieve los costes de las decisiones puede ser útil a la hora de priorizar las intervenciones.

Sobre todo, la evaluación de necesidades integradas es clave si se quiere proporcionar una atención apropiada. Sin embargo, ésta debe ir seguida de una definición de resultados esperados, resultados que deben ser medidos en términos técnicos, y que el cliente y su familia o cuidadores deben ser capaces de entender fácilmente. Es importante hablar con ellos de las ventajas e inconvenientes de las posibles intervenciones. La evaluación de resultados es esencial para reconocer qué resultados son debidos a las intervenciones y comparar la situación antes y después de la intervención. Los medidores de resultados tienen en cuenta los beneficios y mejoras y el bienestar del cliente, su familia y cuidadores.

A nivel de procesos profesionales, la integración, exige protocolos (“cómo hacer”), procedimientos e instrumentos de evaluación adecuados, comunicación interprofesional, sistemas de derivación de pacientes, coordinación de actividades llevadas a cabo por diferentes proveedores de servicios, transferencia y supervisión de rutinas.

En el nivel de organización, debe haber acuerdos de colaboración (regulación, financiación, división de tareas y responsabilidades), así como también definiciones de paquetes de atención, planificación de niveles adecuados de capacidad de servicios (por ejemplo, centros de rehabilitación) y gestión de recursos humanos.

En el nivel político, es imprescindible un sistema equilibrado de servicios (que incluya regulación y financiación). Por ejemplo, la reducción de la duración de estancia hospitalaria exigirá capacidad extra de los servicios comunitarios.

Finalmente, un enfoque holístico de filosofía organizativa es esencial:

La filosofía empresarial ha visto las organizaciones como una máquina y ha creído que el considerar las partes de forma aislada, especificar los cambios de forma detallada, luchar contra la resistencia al cambio, y reducir las variaciones, favorecería un mejor rendimiento. Por el contrario, la complejidad del pensamiento empresarial sugiere que las relaciones entre las partes sean más importantes que las partes mismas y que las especificaciones mínimas favorecen más la creatividad que los planes detallados. El tratar a las organizaciones como sistemas complejos pero fácilmente adaptables permitirá un estilo de gestión para la atención sanitaria más productiva.

(Plsek and Wilson, 2001)

Conclusión

Este capítulo ha tratado de poner de relieve que el trabajo y deberes de los gestores y los profesionales tiene que transformarse y reconocer las necesidades y los recursos disponibles para una atención personalizada en la vía clínica. Ha presentado al lector procesos de toma de decisión, incluyendo:

- modelos existentes y directrices
- posibles estrategias, objetivos y resultados
- formas de evaluar la calidad y costes de un plan de atención

Las vías clínicas pueden ofrecer una solución que nos permita poner al paciente en el centro de este mapa. Dentro de ese mapa existen directivos, profesionales y cuidadores, cuyo compromiso es alcanzar buenos resultados a un coste razonable, la continuidad de la atención y, lo más importante de todo, el bienestar general del paciente y sus cuidadores.

Puntos clave

- **Las vías clínicas son estrategias de atención integrada dirigidas a un grupo específico y basadas en directrices concretas y pruebas. Sirven para establecer una práctica multidisciplinar consensuada en el nivel local, así como la secuenciación y sincronización óptima de las intervenciones.**
- **Uno de los requisitos de las vías clínicas es la gestión de la cadena de atención, que refleja una estrategia de gestión de vías clínicas y que garantiza la continuidad asistencial salvaguardando una óptima calidad y uso adecuado de los recursos y la gestión de la provisión de atención.**
- **Los clientes y sus familias o cuidadores deberían desempeñar un papel activo tanto en la creación de la vía clínica como en vía clínica propiamente dicha.**
- **El personal asistencial debería participar en la elaboración y la implementación de las vías clínicas, con el fin de asegurar la continuidad de la información. También sería necesaria la participación de especialistas en flujos de información y de registros e instrumentos de supervisión.**
- **El coordinador del caso o coordinador de la atención desempeña un papel importante a la hora de asegurar procesos de atención integrada eficaces y de calidad; igualmente, su papel es fundamental para que el trabajo se realice conforme a las vías clínicas.**

Bibliografía

- Carlier, JM. Benjaminsen, S. Nies, HLGR. Witte, LP. de (1999). *Stappenplan Stroke Service. Een zeven-stappenmodel om te komen tot regionale samenwerking in de CVA-zorg* (A step-by-step plan for stroke service. A seven-step model for regional collaboration in stroke care). Den Haag: Nederlandse Hartstichting.
- Department of Health (2000). *Domiciliary Care, National Minimum Standards Regulations*. Care Standards Act 2000, Department of Health. London: Department of Health. Also available at: www.dh.gov.uk.
- Effective Interventions Unit (2003). *Developing and Implementing Integrated Care Pathways*. Guide 2. Edinburgh: EIU. Also available at: www.drugmisuse.isdscotland.org/eiu/eiu.htm
- Haggerty, JL. Reid, RJ. Freeman, GK. Starfield, BH. Adair, CA. McKendry, R. (2003). 'Continuity of care: a multidisciplinary review'. *British Medical Journal*, vol. 327, pp. 1219-21.
- Hollander Feldman, P. Kane, RL. (2003). 'Strengthening research to improve the practice and management of long-term care'. *The Millbank Quarterly*, vol. 81:2.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kalisch, DW. Aman, T. Buchele, LA. (1998). *Social and Health Policies in OECD Countries: A survey of current programmes and recent developments*. Occasional Paper no 33. Paris: OECD.
- McQueen, J. Milloy, S. (2001). 'Why clinical guidelines in mental health?' *Journal of Integrated Care Pathways*, vol. 5, pp. 44-53.
- NHS Modernisation Agency (2003). *Process Mapping, Analysis and Redesign*. Improvement leaders-guide. London: Modernisation Agency. Also available at: www.modern.nhs.uk
- Naidoo, M. Bullock, R. (2001). *An Integrated Care Pathway for Dementia*. Best practice for dementia care. London: Harcourt.
- Plsek, PE. Wilson, T. (2001). 'Complexity, leadership, and management in healthcare organisations'. *British Medical Journal*, vol. 323, pp. 746-49.
- Salmoni, A. Pong, R. (2003). *Continuity of Care for Community-dwelling Seniors*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Vecchiato, T. (2002). 'Outcome-based evaluation of national health and social programs', in Maluccio AN, Canali C, Vecchiato T eds. (2002), *Assessing Outcomes in Child and Family Services. Comparing design and policy issues*. New York: Aldine de Gruyter.
- Vecchiato, T. (2003), 'Continuità assistenziale e programmazione' (Care continuity and planning), in Gallo E ed., *La Continuità Assistenziale nei Rapporti tra Ospedale e Territorio* (Care continuity between acute care, intermediate care and home care). Padova: Fondazione E Zancan.
- Vergani, C. Corsi, M. Bezze, M. Bavazzano, A. Vecchiato, T. (2004). 'A polar diagram for comprehensive geriatric assessment'. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 38:2, pp. 139-44.
- Verschoor, H. Stolker, DHCM. Franke, CL. (2004). *Stroke Services 2003*. The Hague: Nederlandse Hartstichting.
- Zander, K. (2002). 'Integrated care pathways: eleven international trends'. *Journal of Integrated Care Pathways*, vol. 6, pp. 101-06.

Páginas web

www.icpus.ukprofessionals.com/ICPs.html – página web de Integrated Care Pathway Users Scotland.

www.spread.it – página web de Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion Collaboration (SPREAD), con directrices para la prevención de derrame cerebral (en inglés e italiano).

www.the-npa.org.uk – página web de National Pathways Association, red de profesionales interesados en el desarrollo y promoción de las vías clínicas.

Capítulo 6

Gestión de casos

PENNY BANKS

El presente capítulo trata de la integración de la atención en el nivel individual, donde los servicios se coordinan en respuesta a las necesidades recogidas en la evaluación, una persona mayor y de su cuidador. Se describen diferentes modelos de gestión de casos, con lecciones que son producto de la investigación. También nos proporciona unas pautas fundamentales para iniciarnos en la gestión de casos, y se mencionan las habilidades y conocimientos básicos que el personal que desempeña la función de coordinador de caso debe tener.

Definiciones

Los procesos de gestión de casos, como medios para conseguir unos servicios más integrados y coordinados, se han definido repetidamente a lo largo de los años. Con frecuencia, los términos “gestión de la atención” y “gestión de casos” se han utilizado indistintamente, de modo que, por razones de coherencia, a lo largo de este capítulo utilizaremos el término “gestión de casos”.

No existe una definición universalmente aceptada –especialmente cuando ha existido cierta polémica sobre el carácter peyorativo del término “caso”–, no obstante, sí existe un consenso en cuanto a los componentes principales de la gestión de casos. (Hudson, 1993). Son los siguientes:

- “cribado” o búsqueda de casos
- evaluación
- planificación de la atención
- implementación
- supervisión
- reevaluación o revisión

Challis (1999) describe la gestión de casos como:

- un trabajo específico
- una tarea dentro de un trabajo ya existente en una agencia concreta
- un trabajo o tarea dentro de una estructura conjunta sanitaria y de trabajo social
- un proceso organizativo.

En este capítulo definimos la gestión de casos como “el proceso de planificación, coordinación, gestión y revisión de la atención de una persona para asegurar que dicha atención responde a las necesidades recogidas en la evaluación” (*Department of Health 2000*) (Ministerio de Sanidad).

Fig 7: Proceso de gestión de casos



Fuente: Department of Health (1991)

* Las fases 1 y 2 se incluyen en algunos modelos, como es el caso de éste

Objetivos y resultados esperados

¿Por qué hay que tener en cuenta la gestión de casos?

La coordinación de los servicios o los paquetes asistenciales creados para responder a las necesidades de las personas mayores y sus cuidadores es una parte fundamental si se quiere conseguir una atención integrada y centrada en la personas. La evaluación y programación exhaustivas de la atención se lleva a cabo de tal forma que se adapten adecuadamente a la persona mayor y sus cuidadores. Así mismo a éstos se les hará partícipes de la toma de decisiones relacionadas con su plan asistencial, ya que esto resulta crucial para asegurar la prestación de unos servicios adecuados.

La coordinación de estos procesos y servicios puede evitar redundancias innecesarias y garantizar una buena continuidad asistencial. De esta forma se fomenta la independencia de las personas mayores previniendo el deterioro de sus condiciones de salud o de vida diaria, y gestionando las crisis o recaídas. Como describe Challis: "El impacto de los servicios en el bienestar es mucho mayor cuando dichos servicios han sido planificados y coordinados de forma integrada" (2002).

Por lo tanto, el objetivo de la gestión de casos es adaptar servicios para un individuo mayor concreto para que así mejore su calidad de vida, teniendo en cuenta los deseos y necesidades de su cuidador, sea éste su pareja, un familiar o un amigo.

Las organizaciones tendrán que tener en cuenta el potencial de la gestión de casos para ofrecer una coordinación de servicios eficaces y rentables y para que proporcionen a las personas mayores:

- aquello que necesitan (traspasando los límites de los servicios)
- cuando lo necesiten (atención continuada)

El gran reto de la gestión de casos se presenta en la provisión de servicios, porque aquí las necesidades y recursos, la escasez y la selección han de estar equilibrados. “La gestión de la atención no es una panacea sino más bien un mecanismo que, aplicado de forma eficaz, puede ofrecer una forma de gestionar la tensión existente entre los objetivos sociales y las limitaciones económicas existentes en los servicios asistenciales a largo plazo.” (Challis 2003)

Modelos y enfoques

Existen diferentes enfoques y modelos de gestión de casos que proporcionan indicadores de éxito y destacan tensiones que resolver, concretamente, entre métodos orientados a las necesidades y modelos orientados a los recursos (véase, por ejemplo, Beardshaw y Towell, 1990). En este apartado hacemos un listado de los diferentes modelos clasificados, que se resumen en la Tabla 3 de este capítulo.

Modelo de gestión de casos intensivo

En este modelo, los gestores de caso coordinan servicios para personas mayores con necesidades graves y complejas, acometiendo todas las funciones descritas en la Figura 7; el propósito es adaptar los servicios a las necesidades de los individuos en todos los momentos y lugares. Estos gestores de caso pueden estar contratados por una única agencia (bien una organización proveedora o contratante) o por medio de acuerdos entre agencias distintas, con o sin un presupuesto, y cuya función consistirá en coordinar los servicios.

Ejemplo práctico: gestión de casos intensivo

En el centro de Salud de Castlefields en Runcorn, los gestores de casos se centran en grupos específicos y su objetivo es la atención general de personas mayores que necesitan hospitalización o con gran necesidad de servicios especiales. Los gestores de caso llevan a cabo una evaluación individualizada de necesidades, trabajando conjuntamente con la persona mayor para:

- centrarse en sus preferencias acerca de cómo mejorar su vida
- identificar problemas
- planificar las intervenciones
- organizar el apoyo
- supervisar y evaluar resultados

Otro aspecto del servicio integrado es que un trabajador social y una enfermera de área trabajan conjuntamente. Los resultados señalan:

- reducción de los ingresos hospitalarios
- reducción del número de camas ocupadas.
- relación estrecha entre la atención social y sanitaria
- un servicio más receptivo
- relación laboral más estrecha dentro el equipo de atención primaria
- mejora de la relación entre atención primaria y secundaria
- más fácil acceso a los servicios por parte de los pacientes y los cuidadores

Fuente: Carrier (2002)

Ejemplo práctico: altas hospitalarias

En Finlandia, los gestores de caso se han utilizado para eliminar los problemas que causan las altas hospitalarias; han trabajado con grupos específicos de personas mayores para organizar servicios y tratamiento en los hospitales antes de que se produzca el alta; también se han encargado de coordinar servicios en el propio domicilio del paciente durante un periodo de tiempo determinado.

Source: Ala-Nikkola and Valokivi (1997)

Ejemplo práctico: trabajo con personas con demencia

Un estudio realizado en Finlandia nos muestra que en los casos en que los gestores de caso de enfermería trabajaron con personas mayores con demencia, el ingreso del mayor en residencias de larga duración fue prorrogado, en particular en aquellos pacientes con problemas complejos y severos. Esta actuación también tuvo sus efectos a largo plazo en los cuidadores, los cuales se vieron liberados para volver a su vida diaria.

Los resultados también indican que el gestor de caso de enfermería debe trabajar en estrecha colaboración no sólo con el sistema socio-sanitario, sino también con el médico, concretamente con el médico de familia, ya que es quien mejor conoce al paciente. El gestor de caso tiene que ser capaz de resolver problemas, tener iniciativa y mucha capacidad para realizar un trabajo que exige responsabilidad e independencia.

Fuente: Eloniemi-Sulkava (2002)

Modelo de tareas básicas compartidas

En este modelo, existen procedimientos organizativos preparados para asegurarse de que se llevan a cabo tareas diferenciadas de evaluación, planificación de atención individualizada y revisiones regulares para personas mayores. En otras palabras, este modelo permite que estas tareas las pueda realizar más de una persona.

Ejemplo práctico: tarea básica compartida

En Inglaterra, a principios de los 90, algunos ayuntamientos con competencias en servicios sociales se centraron en etapas discretas de gestión de casos a la hora de implementar planes de gestión de casos. En 1994, un estudio señaló que la tendencia era que la gestión de casos se reducía a un trámite administrativo, caracterizado por una falta de continuidad en lo que a participación de personal en la gestión de casos se refería. Esto se estaba convirtiendo en un proceso que se aplicaba a todos los usuarios del servicio en vez de ser la excepción para casos más complejos. Lo que se desprende es que es importante separar la “gestión de casos intensivo” (donde se nombran gestores de caso para aquellos con necesidades complejas) de los procedimientos organizativos más efectivos, donde las tareas básicas de evaluación, planificación de la atención y revisiones regulares las llevan a cabo todos los usuarios del servicio.

Fuente: Challis (1999)

Modelo de agencia asociada

Aquí el coordinador de caso recibe el apoyo de un equipo multidisciplinar, compuesto por trabajadores que provienen de diferentes agencias. Un miembro del equipo actúa como gestor de caso o trabajador clave.

Ejemplo práctico: modelo de agencia asociada

En dos regiones de Bélgica, los servicios practican un modelo de gestión de casos de enfermería para pacientes geriátricos y sus familias. A cada paciente y su familiar cuidador se les proporciona un paquete de atención individualizado, diseñado e implementado en un contexto multidisciplinar. El propósito es:

- evitar el ingreso (o re-ingreso) en hospitales de agudos y la institucionalización en centros de larga duración
- mantener o aumentar el nivel de salud y funcionalidad del paciente
- asegurarse de que los servicios están coordinados y son los adecuados a las necesidades del cliente y sus cuidadores.

En este modelo la gestión de casos se centra en la consecución de resultados clínicos, la parte fiscal no se tiene en cuenta. Los servicios ofrecidos a cada individuo se basan en una evaluación individualizada. Se coordinan una serie de servicios globales y a la familia se le ofrece apoyo y educación, así como también formación y formas de administrar la medicación y controlar los síntomas. Los servicios los ofrece un equipo multidisciplinar, compuesto por un gestor de caso, enfermeras, médicos y trabajadores sociales. La colaboración con psiquiatras y otros facultativos y hospitales es una parte muy importante de este modelo de gestión (véase Tombeur, 2002).

Fuente: Borgermans *et al.* (1998)

Modelo brokerage (o modelo independiente)

En este modelo, los gestores de caso son contratados por una agencia independiente de forma similar a un servicio de una agencia de agentes de bolsa. Aquí los gestores de caso pueden ser abogados influyentes pero con una influencia escasa dentro de los sistemas asistenciales. Su cometido principal es proporcionar información y consejo.

Ejemplo práctico: modelo *Brokerage*

En el centro de Finlandia, una asociación local de cuidadores ha contratado a un trabajador para adaptar el apoyo a las familias, en particular para esa primera etapa en la que se inicia la atención, cuando se producen cambios en la situación familiar. Esto ha implicado trabajar con el cuidador y la persona mayor para identificar sus necesidades, proporcionar información y ayudarles a acceder a servicios adecuados. Se han organizado reuniones entre los cuidadores, los mayores y los proveedores de servicios para establecer paquetes de atención adecuados. También se han regularizado reuniones de grupos de cuidadores y se valoran muy positivamente como proveedoras de apoyo paritario.

Fuente: Mornings Project Caregiver Association, Jyvasseudun Omaishoitajat.

Email: eija.luomaa@omaishoitajat.inet.fi

La persona mayor coordina su propia atención

Éste no es un modelo en el sentido estricto pero lo hemos incluido porque concede el control a la persona mayor. Supone introducir alguna forma de pago directo o presupuesto de atención personal como alternativa a la provisión ofrecida por otro organismo. Ofrece a los mayores (o sus cuidadores) la opción de ser sus propios “coordinadores de atención” y de comprar servicios que satisfagan sus necesidades.

Ejemplo práctico: los mayores coordinan su atención

En los Países Bajos, desde 2003, las personas mayores beneficiarias de atención en domicilio pueden pedir un pago en metálico en vez de atención. Existen “consejeros para mayores” a su disposición para ayudarles con el papeleo y proporcionarles información acerca del sistema de prestaciones; de esta manera los mayores pueden concertar sus propios paquetes de atención. Estos consejeros, algunos de los cuales son voluntarios también mayores, proporcionan consejo y ayuda a aquellas personas mayores que prefieren arreglárselas solas.

Fuente: van Dam y Begemann (2004)

Modelo de agencia de gestión de casos

Aquí, una agencia de gestión de casos (similar a las agencias de seguros) contrata los servicios detallados en el plan de atención del cliente. La agencia selecciona de entre los posibles proveedores los que ofrecen el mejor precio.

Tabla 4 : modelos de gestión de casos

Modelo	Ventajas	Desventajas
Gestión de atención intensiva	Enfoque Holístico. Destinado a personas con necesidades complejas	El éxito depende de la fuerza de los acuerdos inter-agenciales e inter-profesionales. Los modelos de agencia única pueden restringir el acceso a servicios y recursos más amplios
Modelo de tareas compartidas	Permite tareas de gestión de atención clave –evaluación, planificación de la atención, revisión– que pueden materializarse en procedimientos organizativos para un gran número de usuarios con necesidades menos graves	Falta de continuidad de la plantilla para usuarios de un servicio individual; poco apropiado para personas mayores con necesidades complejas
Modelo de agencia asociada/ modelo de trabajador clave	Acceso adecuado a servicios multidisciplinarios	
Modelo independiente o brokerage	Defensores fuertes de las personas mayores y sus cuidadores	Probablemente no influya mucho en el sistema de servicios
La persona mayor o el cuidador coordina la atención por medio de pagos directos	La persona mayor puede controlar y elegir su propio paquete de servicios	Puede ser necesario apoyo para esas personas que prefieren autogestionarse

Otros enfoques de atención coordinada

La gestión de enfermedades, gestión de crónicos y vías clínicas integradas son otros modelos posibles de gestión de la atención. Todos buscan mejorar la coordinación de servicios y las intervenciones clínicas. Estos modelos están basados en prácticas clínicas predecibles, para un grupo de clientes que comparten un diagnóstico particular o un conjunto de problemas. Los modelos proporcionan

una plantilla prototipo multidisciplinar del plan de atención, y se basan en directrices y evidencias. Estas formas de atención tratan fundamentalmente de promover la coherencia en la atención de un problema concreto o enfermedad crónica.

En algunos países, los gestores de caso se contratan para trabajar con enfermos crónicos para mejorar la educación del paciente y la auto-gestión, y para actuar de enlace entre los profesionales de atención primaria y secundaria (ambulatoria). Sin embargo, muchas personas mayores tienen problemas múltiples interrelacionados con una serie de necesidades que exigen servicios integrados y que el sistema de seguridad social no ofrece.

Evaluación de modelos: 10 puntos que hay que recordar

Después de evaluar diferentes modelos de gestión de casos se han señalado los siguientes puntos:

1. No existe un modelo único de gestión de casos que responda a todos los niveles de necesidad o grupo usuario de servicios (Beardshaw y Towell, 1990).
2. Es necesario diferenciar entre aquellos mayores con necesidades complejas, que pueden recibir apoyo de gestores de caso nombrados para el caso (proporcionan gestión de casos intensivo) y aquellos mayores con necesidades menos graves, que pueden recibir apoyo a través de procedimientos efectivos de evaluación, planes de atención individualizados y revisiones periódicas. Por lo tanto, estos aspectos de gestión de casos pueden llevarse a cabo por trabajadores diferentes (Challis, 1999).
3. Existe evidencia de que el apoyo a las personas mayores por medio de un servicio de gestión de casos intensivo flexible, que controle niveles substanciales de recursos, puede reducir significativamente las probabilidades de ingreso en residencias y centros asistenciales (Challis et al., 2002).
4. Si bien es cierto que si nos centramos en la gestión de casos se producen mejoras en las prestaciones sociales, la evidencia nos señala que el ahorro total de costes es escaso (Challis, 1999).
5. Los sistemas de gestión de casos que funcionan exclusivamente en una única agencia y que carecen de experiencia adecuada en evaluación no pueden considerarse totalmente eficaces, y en concreto para personas con necesidades complejas (Challis et al., 2002).
6. Es necesario dar legitimidad y desarrollar mecanismos adecuados para que los gestores de casos tengan influencia en la red de servicios (Beardshaw y Towell, 1990).
7. En los casos en que los presupuestos se hacen para permitir a los gestores comprar atención, existe el peligro de que estos gestores se conviertan en “guardianes custodios del sistema” (Hudson, 1993).
8. Es importante asegurarse de que existen servicios apropiados en el ámbito local y opciones de apoyo flexible para coordinar los servicios y la atención. Algunos modelos de gestión de casos tienen competencias específicas para crear nuevos servicios en respuesta a las necesidades evaluadas (Beardshaw y Towell, 1990).
9. Es necesario que exista buena formación, supervisión, garantía de calidad, información, planificación y la creación de sistemas de comisión que apoyen cualquier plan de gestión de casos (Hudson, 1993).
10. Es necesaria una continuidad por parte del mismo gestor de caso con el usuario del servicio si lo que se persigue es calidad para la persona mayor (Challis, 1999).

Proceso de implementación

La implementación de un modelo de gestión de casos implica una serie de preparativos. Estos se pueden dividir en los siguientes pasos:

Paso 1: acordar objetivos y disposiciones

Para planificar la introducción de un sistema de gestión de casos, es importante llegar a un acuerdo en cuanto a:

- los objetivos
- qué modelo adoptar, teniendo en cuenta evidencias de diferentes modelos (véase tabla 3)
- quién será el encargado de la gestión de caso
- financiación y responsabilidades presupuestarias
- el sistema de responsabilidades

Por ejemplo, si se elige el modelo de agencia asociada, debido a las diferencias entre agencias de atención social y agencias de atención sanitaria, se debe tener en cuenta:

- si este sistema de gestión de casos tiene como objetivo las personas mayores con necesidades complejas para mejorar la calidad de vida y evitar ingresos hospitalarios o en residencias innecesarios.
- qué agencia será la que dirija el plan o si se tratará de un caso gestionado conjuntamente
- qué recursos se asignarán o a cuáles tendrá acceso el gestor de casos.

Será necesario llegar a un acuerdo en cuanto a las posibilidades de hacer fondo común entre los presupuestos de las dos agencias, el nivel de responsabilidad presupuestaria y el sistema de responsabilidades.

Paso 2: clarificar las funciones y responsabilidades del gestor de caso

Es necesario clarificar las funciones y responsabilidades del gestor de caso, sin olvidar aquellas relacionadas con la evaluación. Esto supone clarificar quién asume las diferentes tareas de procesos de gestión de casos y si la función del gestor de casos es una tarea diferente y separada o si es una tarea más de su cometido profesional.

También será necesario un consenso en cuanto al número de casos que debe asumir, y darle tiempo para planificar paquetes y programas de atención individualizada, establecer buenas relaciones con el usuario y el cuidador, y realizar revisiones. Existen pruebas que demuestran que si el número de casos crece, la capacidad para llevar a cabo un seguimiento y supervisión decrece (Challis, 2003).

Paso 3: colocar a la persona mayor y sus cuidadores en el centro

Como prioridad que es, es importante asegurarse de que la persona mayor y su cuidador son el centro de atención de este nuevo proceso:

- acordando planes de atención con la persona mayor y sus cuidadores
- proporcionando información a los usuarios y cuidadores acerca de opciones y servicios.
- asegurándose de que la persona mayor tiene defensa si existe el peligro de que el gestor de casos actúe como un “guardián custodio” de los servicios

Paso 4: actuar de enlace entre organizaciones

Todas las demás organizaciones implicadas en el sistema asistencial con las que el nuevo proceso de gestión de casos entrará en contacto deberán participar en los distintos debates para clarificar la forma en que se establecerán relaciones en cuanto a trabajo y servicios. Esto implicará la creación de

protocolos y procedimientos compartidos, por ejemplo, en cuanto a la forma de hacer derivaciones y admisiones, la confidencialidad de la información que se va a compartir y la gestión de las urgencias.

Paso 5: crear sistemas de información y comunicación

Un buen sistema de información es esencial para el proceso de gestión de casos.

Este sistema debe ser capaz de:

- proporcionar información a los mayores y sus cuidadores acerca del proceso de gestión de casos
- proporcionar información a los usuarios de servicios acerca de los servicios mismos y los criterios de acceso, enfermedades y auto-gestión
- proporcionar información a los gestores de casos acerca de los costes de la prestación y requisitos para tener acceso a la prestación.
- comunicarse con otras agencias que participan en el plan de atención
- ofrecer sistemas de registro compartidos y unificados
- hacer un registro de necesidades no satisfechas para que se tengan en cuenta en los procesos de planificación

Lista de control: introducción de la gestión de casos

- ✓ Dar prioridad a las personas mayores con problemas complejos.
- ✓ Poner a las personas mayores y sus cuidadores en el centro de los procesos.
- ✓ Acordar objetivos y disposiciones para el nuevo sistema.
- ✓ Clarificar funciones y responsabilidades del gestor de caso.
- ✓ Asegurar la formación y la preparación inicial de los gestores de casos.
- ✓ Establecer vínculos con otras organizaciones y profesionales del sistema asistencial.
- ✓ Crear sistemas de información y comunicación.

Personal

Los profesionales que pertenecen a ámbitos diferentes pueden ser candidatos idóneos para asumir el puesto de gestor de caso. No obstante, esta persona debe tener las siguientes habilidades y conocimientos básicos:

- habilidad para escuchar y trabajar con personas mayores y sus cuidadores, esto es mucho más importante que el diseño de planes personalizados, y habilidad para establecer confianza y buenas relaciones de comunicación
- habilidad para no ceñirse a su rol profesional exclusivamente, y adoptar un enfoque holístico
- conocimiento de técnicas de evaluación para cuando sea necesaria la especialización
- dotes de comunicación y capacidad para trabajar con otros
- buena disposición para trabajar en equipo
- buen conocimiento de las necesidades de sus clientes y de los servicios locales y los recursos de la comunidad (incluyendo criterios de selección para acceder a las prestaciones)
- experiencia en trabajo con diferentes agencias y conocimiento de sus funciones
- habilidad para gestionar presupuestos y conocimiento de aspectos financieros

Otros trabajadores del sistema asistencial tendrán que conocer la función y responsabilidades de los gestores de casos, por lo tanto se debe establecer una buena comunicación y confianza entre los distintos profesionales y el gestor de casos. Los temores que puedan surgir por la pérdida de responsabilidades también tienen que tenerse en cuenta.

Supervisión y evaluación

En el nivel individual:

- Obtener feedback directo de la persona mayor y sus cuidadores para ver si los objetivos del plan consensuado se han cumplido (por ejemplo, creando un órgano independiente que realice entrevistas, o a través de recogida de comentarios en tarjetas, entrevistas telefónicas y grupos de sondeo).
- Utilizar un proceso de revisión rutinario como parte del ciclo de gestión de casos (véase Figura 7) para comprobar los resultados.
- Auditar documentación de forma regular para supervisar la actuación de la gestión de casos y ver si los planes de atención y la prestación de servicios se corresponde.
- Supervisar la calidad del proceso desde la perspectiva de la persona mayor y sus cuidadores.

En el nivel de sistema, la primera tarea es establecer sistemas de supervisión y procesos de evaluación conjunta entre las agencias que reflejen:

- si el servicio de gestión de casos o los procesos cumplen los objetivos especificados, por ejemplo, ¿cuántas personas mayores han aumentado su nivel de independencia o han mejorado su calidad de vida?
- si el servicio está bien identificado, y si es justo y equitativo
- si ha cambiado de forma positiva, por ejemplo, evitando ingresos innecesarios
- si es un proceso rentable

La segunda tarea consiste en asegurarse de que las necesidades no satisfechas sean recopiladas y presentadas a órganos de planificación y toma de decisiones.

Obstáculos

El primer obstáculo potencial es que el gestor de caso pueda verse condicionado por la organización que lo ha contratado y olvide las preferencias de las personas mayores, sobre todo en casos en los que el gestor de caso forma parte de otros servicios coordinados, o cuando la gestión de casos se ve fundamentalmente como una forma de control presupuestario y una forma de restringir el acceso al sistema de servicios.

Otra barrera más es que la gestión de casos, con los gastos indirectos del gestor de casos, puede hacer que también aumenten los costes para aquellos que tienen necesidades menos graves. También pueden surgir dificultades cuando los límites del servicio no son colindantes, y los gestores de caso tienen poca influencia en niveles de red más altos. Por último, también pueden surgir limitaciones si el personal que actúa como gestor de caso es incapaz de pensar y actuar al margen de su función habitual profesional y no piensa en necesidades holísticas y soluciones flexibles, imaginativas y coordinadas.

Apoyos

El éxito de cualquier modelo de gestión de casos depende de factores locales o nacionales que aseguren la provisión de servicios suficientes y adecuados y su coordinación. Es necesario el apoyo profesional y de la organización para aquellos que aceptan el papel de gestor de caso. Destacamos de entre estos factores:

- una buena mezcla o un buen “menú” de servicios locales
- una política nacional e incentivos económicos

- formación y preparación conjunta entre profesiones y organizaciones
- excelente comunicación y sistemas de información compartidos

Ampliaremos estos factores a continuación

- **Una buena mezcla o un buen “menú” de servicios locales**, que ayudará a adaptar servicios que satisfagan las necesidades de la persona mayor y su cuidador. Por esta razón, la planificación de servicios y la comisión y control de mercado desempeñan papel importante en todas las disposiciones de apoyo a la gestión de casos. Aquí comisionar implica:
 - planificación estratégica de servicios, partiendo del conocimiento de las necesidades a nivel local y de la provisión de servicios
 - solicitar recursos para conseguir objetivos estratégicos
 - hacer una revisión del progreso para dar respuesta a cualquier necesidad de cambio
- **Una política nacional e incentivos económicos**, que promuevan la cooperación y la planificación estratégica conjunta entre la comunidad, Servicios Sociales, Servicios Sanitarios y Agencia de la Vivienda, apoyando la integración de servicios tanto en el nivel estratégico como operativo (véase Banks, 2004).
- **Formación y preparación conjunta entre profesiones y organizaciones**. Esto supone que usuarios y cuidadores desarrollan y participan de las destrezas y conocimiento de los gestores de casos y profesionales con los que se relacionan.
- **Excelente comunicación y sistemas de información compartidos**. Estos son soportes clave para los sistemas de gestión.

Puntos clave

- **Existen muchos modelos diferentes de gestión de casos para coordinar los servicios que se prestan a una persona. El mérito y eficacia de cada uno de ellos dependen de una serie de factores, entre los que cabe destacar:**
 - el grupo al que va dirigido
 - la claridad de los objetivos
 - infraestructura organizativa de apoyo
 - el control presupuestario
 - las relaciones con otras organizaciones del sistema de servicios
 - la disponibilidad de una amplia gama de servicios locales
- **Las pruebas nos indican que puede ser importante implantar la gestión de casos para aquellas personas mayores que tienen necesidades complejas, y adoptar un modelo que funcione más allá de una agencia única y sea capaz de controlar unos niveles sustanciales de recursos.**
- **Existe el riesgo de que los servicios se coordinen en función del presupuesto o de los requisitos de los proveedores de servicios en vez de las preferencias de los mayores. Como prioridad, resulta imprescindible apoyar formas que sitúen a la persona mayor y a su cuidador en el verdadero centro de atención, por ejemplo a través de:**
 - evaluaciones basadas en las necesidades
 - revisiones periódicas
 - una supervisión sistemática
 - el acceso a la defensa de los derechos de las personas mayores y sus cuidadores

- La función del coordinador de caso presupone una serie de habilidades y conocimientos, tanto si se trata de un trabajo llevado a cabo de forma independiente como si esta tarea forma parte de otra función profesional. Es importante ofrecer formación y apoyo al personal que asume esta función
- Para que un sistema de gestión de casos sea eficaz debe estar reforzado por una planificación de servicios estratégica y que implique a las agencias de todo el sistema de servicios locales a fin de asegurar una oferta de servicios apropiados e interrelacionados

Bibliografía

- Ala-Nikkola, M. Valokivi, H. (1997). 'Case management as practice '. Final report of a study conducted by Hameenkyro and Tampere eds. *Into service provision and individualised case management in social welfare and health care*. Helsinki: STAKES.
- Banks, P. (2004). *Policy Framework for Integrated Care for Older People*. London: King 's Fund.
- Banks, P. Cheeseman C (1999). *Taking Action to Support Carers: A carers impact guide for commissioners and managers*. London: King 's Fund.
- Beardshaw, V. Towell, D. (1990). *Assessment and Care Management: Implications for the implementation of caring for people*. London: King 's Fund.
- Borgermans, L. Abraham, I. Milisen, K. Dejae, A. Gosset, C. Rondal, P. (1998). 'Nursing case management for geriatric patients and their families: description of a clinical model'. *Nursing Clinics of North America*, vol 33:3.
- Carrier, J. (2002). *Integrated Services for Older People: Building a whole system approach in England*. Casestudy 10: example of case management in GP practice. London: Audit Commission.
- Challis, D. (2003). 'Achieving co-ordinated and integrated care among long term care services: the role of care management', in Brodsky *et al* eds. *Key Policy Issues in Long-term Care*. Geneva: WHO.
- Challis, D. Chesterman, J. Luckett, R. Stewart, K. Chessum, R. (2002). *Care Management in Social and Primary Health Care: The Gateshead community care scheme*. Canterbury: PSSRU, University of Kent.
- Challis, D. (1999). 'Assessment and care management: developments since the community care reforms', in Royal Commission on Long Term Care. *With Respect to Old Age: Long term care-rights and responsibilities*. London: Stationery Office.
- Challis, D. (1998). *Mapping and Evaluation of Care Management Arrangements for Older People and Those with Mental Health Problems*. Case management study: report on national data. Canterbury: PSSRU, University of Kent.
- Department of Health (2000). *Out in the Open: Breaking down the barriers for older people*. London: Department of Health.
- Department of Health Care Management and Assessment (1991). *Managers' Guide*. London: HMSO.
- Eloniemi-Sulkava, U. (2002). *Supporting Community Care of Demented Patients*. Doctoral dissertation. Kuopio: Kuopio University Publications.
- Hardy, B. Young, R. Wistow, G. (1999). 'Dimensions of choice in the assessment and care management process: the views of older people, carers and care managers'. *Health and Social Care in the Community*, vol. 7: 6, pp. 483-91.

- Help the Aged (2002). *Direct Payments, Direct Control: Enabling older people to manage their own care*. London: Help the Aged.
- Hudson, B. (1993). *The Busy Person's Guide to Care Management*. Sheffield: Joint Unit for Social Services Research, University of Sheffield.
- Smale, G. Tuson, G. Biehal, N. Marsh, P. (1993). *Empowerment, Assessment, Care Management and the Skilled Worker*. London: HMSO.
- Tombeur, M. (2002). *Nursing Case Management for Geriatric Patients and their Families: Description of a case model*. Dublin: EHMA, unpublished.
- Van Dam, S. Begemann, C. (2004, forthcoming). 'Advice and counselling for the elderly – ministering angels in disguise', in *European Challenges and Local Realities – Initiatives in care and welfare in the Netherlands*. Utrecht: Netherlands Institute for Care and Welfare (NIZW).
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO.

Capítulo 7

Equipos integrados

JUDY TRIANTAFILLOU

El eje central de la atención integrada dirigida a las personas mayores es la atención prestada por un equipo de proveedores de servicios a través de unos procesos integrados que traspasan barreras profesionales y de organización. Trabajadores de distintos ámbitos profesionales y que trabajan en diferentes organizaciones, deben formar equipos de colaboración para prestar una selección amplia de servicios integrados que cubran las necesidades de las personas mayores.

Gran parte de esta atención puede que ya la estén realizando los familiares y amigos, de tal manera que la familia y los cuidadores no profesionales estarán estrechamente vinculados al trabajo del equipo integrado, tanto como co-proveedores de atención o como clientes con necesidades propias. Las cuestiones relativas a la formación y necesidades de apoyo de los familiares cuidadores se contemplan en los capítulos 5 y 6.

Los equipos integrados pretenden cubrir los vacíos existentes en la atención a mayores con necesidades de asistencia sanitaria y social complejas, que pueden surgir en los servicios tradicionales. Esto se consigue ofreciendo un servicio de atención exhaustivo y continuado, diseñado para organizar la forma de prestar los servicios requeridos en función de las necesidades de la persona mayor y de la red de familiares cuidadores no profesionales, en vez de intentar adaptar las necesidades del cliente a un sistema de servicios ya existente.

Definiciones

Los equipos integrados son grupos multidisciplinarios de profesionales de atención social y sanitaria que funcionan en diferentes organizaciones y que trabajan conjuntamente como un equipo bien definido, que proporciona servicios de apoyo a personas mayores dependientes con necesidades particulares muy diferentes y a sus familiares cuidadores. La provisión de servicios se fundamenta en una evaluación de necesidades exhaustiva (véase capítulo 4). El equipo se define por su compromiso adquirido en cuanto a tareas comunes y resultados, diseñadas por un equipo directivo, con deberes y funciones claramente definidos.

Los clientes de equipos integrados son personas mayores y sus familiares cuidadores con necesidades de atención social y/o sanitaria compleja.

Objetivos y resultados esperados

Desde una perspectiva de gestión, la integración del equipo tiene lugar en diferentes niveles:

- **Equipo central de proveedores experimentados:** normalmente consiste en un grupo permanente de trabajadores profesionales de distintos sectores de atención social y sanitaria.

- **Nivel intermedio:** la dirección del equipo, dentro de los sistemas de atención social y sanitaria ya existentes, el cual coordina y colabora con otros sectores, tales como vivienda, transporte y educación.
- **Nivel superior:** responsable de la integración del trabajo del equipo con el desarrollo de políticas locales o nacionales y su implementación general.

Desde la perspectiva de los clientes, proveedores de atención profesionales (plantilla) y coordinadores de la organización, los objetivos del trabajo en equipo integrado son los siguientes:

Objetivos de los clientes

Para los clientes, el objetivo principal de los equipos de atención integrada es proporcionar soluciones satisfactorias a partir de las consultas realizadas para las necesidades de atención social y sanitaria de corta o larga duración, que no pueden tramitarse a través del sistema habitual.

Objetivos del personal

Para los empleados, el resultado que se espera al trabajar como un equipo integrado es la provisión de atención socio-sanitaria efectiva y eficiente a las personas mayores, y cuyo propósito es mejorar su calidad de vida a través de:

- Trabajo en equipo integrado multidisciplinar.
- Su apoyo como personal especializado en personas mayores, como recurso de enseñanza y asesoramiento para trabajadores y equipos de atención primaria general.
- La colaboración con otros sectores y grupos que también trabajan con personas mayores, como por ejemplo usuarios de servicios, cuidadores y voluntarios.

Objetivos de los coordinadores y de la organización

Aquí, el objetivo principal y resultados del trabajo del equipo integrado es proporcionar y evaluar la atención social y sanitaria para mejorar la vida de las personas mayores, de las cuales ellos son responsables desde un punto de vista administrativo. Esta atención debe ser económicamente viable, equitativa, efectiva y apropiada.

Los coordinadores que actúan en una vía clínica ordinaria, no integrada, a menudo se cuestionan por qué tienen que ser ellos quienes introduzcan los servicios integrados y la respuesta es clara: para evitar la saturación y bloqueo de camas en las unidades de críticos en los hospitales porque no existe una atención comunitaria adecuada que se ocupe de estos pacientes mayores. Al introducir equipos de atención comunitarios integrados, los coordinadores pueden reducir la estancia de estos pacientes, y de esta manera reducir el coste de una atención hospitalaria cara e inapropiada, a la vez que se mejora el bienestar del paciente proporcionándole atención domiciliaria. Uno de los retos más importantes de los equipos integrados es demostrar su valía de esta forma, a través de métodos de evaluación adecuados (véase Supervisión y evaluación, más adelante).

Ejemplo práctico: política gubernamental

En 1992 la reforma Adel del gobierno sueco se propuso integrar toda la atención de ámbito público para personas mayores a través de los municipios, fortaleciendo la cultura de servicios sociales y de atención, y desmedicalizando la atención, al mismo tiempo que se proporcionaba a los municipios los incentivos económicos necesarios para ofrecer atención domiciliaria a pacientes a los que se había dado el alta hospitalaria. Entre 1992 y 1996 el número de ocupación de camas hospitalarias se redujo a la mitad y la estancia media en hospitales decreció de 11 a 7

días. En 1996 se produjo una reducción considerable en hospitales geriátricos y en unidades de hospitalización (de 52 a 22 días). La mayor parte de los pacientes que actualmente son atendidos en casa son personas mayores.

Fuente: Theobald (2003)

Modelos y enfoques

Se han creado muchos modelos diferentes de equipos integrados para dar respuesta a necesidades y áreas concretas. En líneas generales comparten las características señaladas en el apartado Definiciones, y están compuestos por equipos profesionales multidisciplinares de atención social y sanitaria y que trabajan en diferentes organizaciones, trabajando conjuntamente como un equipo diferenciado. La composición de estos equipos depende del grupo al que se ha asignado el servicio.

Entre los ejemplos de enfoques de equipos integrados podemos señalar:

- Equipos de atención integrada formados por especialistas multi-disciplinares.
- Equipos de atención domiciliaria comunitarios formados por multi-profesionales generales.
- Equipos de atención integrada para una enfermedad concreta.
- Centros comunitarios para personas mayores que proporcionan servicios de atención social y sanitaria.

Pasemos a explicar con más detalle cada uno de estos enfoques.

Equipos de atención integrada formados por especialistas multi-disciplinares

Estos equipos actúan en la comunidad y operan conjuntamente con atención primaria y secundaria, para evaluar e intervenir y/o tratar a personas mayores con problemas sociales y sanitarios complejos.

Ejemplo práctico: coordinación de servicios domiciliarios y hospitalarios

El programa integrado de “Equipos de Soporte y Apoyo en Domicilio” (ESAD) actúa en el sector de atención primaria en Madrid y su función es coordinar servicios domiciliarios y hospitalarios para personas mayores, por medio de la creación de equipos de atención domiciliaria en tres de los distritos sanitarios de la ciudad, y proporcionar apoyo a la atención primaria. Cada uno de los equipos centrales consta de:

- dos médicos con experiencia en atención primaria y geriátrica
- dos enfermeras con experiencia en técnicas terapéuticas y de diagnóstico, evaluación de necesidades y planificación de atención domiciliaria, así como la habilidad para promover educación sanitaria en atención básica y específica a pacientes y cuidadores
- un auxiliar de enfermería
- un auxiliar administrativo
- un trabajador social a media jornada

La integración tiene lugar entre los miembros del equipo y los familiares cuidadores, y entre atención primaria (en domicilio) y atención secundaria (hospital) y también conjuntamente con los servicios sociales, por medio de la utilización de un sistema de registro electrónico compartido (véase Apoyos).

La evaluación reflejó como resultados positivos los siguientes:

- un uso más racional de los recursos
- reducción en las admisiones hospitalarias y en urgencias
- apoyo en atención domiciliaria, coordinación y formación de equipos de atención primaria tradicional
- mejora de la calidad de vida de los pacientes y de los cuidadores

Fuente: Sánchez del Corral (2002)

Ejemplo práctico: colaboración entre hospitales y el Consejo de Salud

Home First (Primero el Hogar) es un proyecto de colaboración para atención domiciliaria entre un hospital y el Consejo de Salud de distrito (órgano regional responsable de la planificación, administración e implementación de servicios sanitarios) creado en Irlanda. El proyecto se inició en el ámbito de atención primaria y su objetivo es permitir a los mayores el regreso a casa y permanencia, tras la hospitalización.

En este proyecto el hospital y el Consejo de Salud trabajan conjuntamente para proporcionar paquetes individualizados de atención domiciliaria para personas mayores, cuyas necesidades de atención, si no hubiera sido por este proyecto, habrían necesitado de atención institucionalizada. El equipo realiza una evaluación exhaustiva para diseñar un plan de atención, que posteriormente implementará el coordinador de atención. La integración se realiza entre los sectores de atención primaria, secundaria y los servicios sociales.

Fuente: O 'Cleirigh (2002)

Ejemplo práctico: Equipos de respuesta rápida

Organizaciones como *Community Care* (Atención Comunitaria) en Cumbria, Reino Unido, están implementando “equipos de respuesta rápida”; son equipos integrados diseñados para evitar ingresos innecesarios en hospitales o en residencias geriátricas. El equipo proporciona una evaluación de necesidades “de vía rápida” y procesos de implementación en la propia casa del paciente, trabajando en colaboración y de forma integrada con los servicios ya existentes. Los equipos están formados por enfermeros y trabajadores sociales, pero éstos pueden actuar en distintos emplazamientos, por lo tanto la integración es “virtual”, lo cual puede crear problemas de comunicación.

Fuente: Alaszewski *et al.* (2003)

Equipos de atención domiciliaria comunitarios formados por multi-profesionales generales

Estos equipos proporcionan ayuda domiciliaria y personal de forma regular a personas mayores dependientes dentro de la comunidad.

Ejemplo práctico: equipos de servicios de atención domiciliaria

En Grecia se ha desarrollado un programa llamado “ayuda en domicilio”, que consta de 400 equipos de servicio domiciliario. Cada equipo está formado por un trabajador social, una enfermera y un ayudante domiciliario. El programa tiene como objetivo proporcionar atención en el domicilio a personas mayores dependientes. Tienen prioridad aquellos que viven solos o que no disponen de medios para pagar asistencia privada. No obstante, recientemente en algunas zonas el programa ha extendido su ayuda para liberar a los familiares cuidadores (fundamen-

talmente a mujeres) de la carga que supone una atención a tiempo completo, permitiéndoles formar parte del mercado laboral.

Estos equipos trabajan en estrecha colaboración con los servicios locales de atención primaria y los centros comunitarios llamados “KAPI” (véase ejemplo práctico: Red KAPI). Esto significa que la integración de servicios de atención tiene lugar tanto dentro del equipo como en el ámbito de los ayuntamientos por medio de la interrelación entre salud primaria y atención social en domicilio. También opera en un contexto más amplio (nacional), cuyo compromiso es mantener la autonomía de las personas mayores apoyándolas y dándoles soporte en su domicilio.

Fuente: Amira et al. (2002)

Equipos de atención integrada para una enfermedad concreta

Estos equipos han sido creados para dar solución a los múltiples problemas de atención a pacientes (principalmente mayores aunque no exclusivamente) con un diagnóstico específico (enfermedad de Alzheimer, diabetes, daño cerebral, fractura de cadera). En los dos ejemplos prácticos que a continuación describimos, las enfermeras han asumido nuevas funciones en la promoción de servicios de atención integrada para personas mayores, actuando de nexo entre el hospital y el domicilio.

Ejemplo práctico: atención a diabéticos

En los Países Bajos se ha creado un proyecto de atención a diabéticos, dirigido por una enfermera especializada. Las enfermeras especializadas han sido asignadas a este cargo para actuar como nexo coordinador entre el hospital y los servicios de atención primaria, así como también como proveedoras de atención central a los pacientes (fundamentalmente mayores) y sus familiares. Los participantes clave del proyecto son: el hospital, la agencia de atención domiciliar y los médicos de familia. También se nombró un director del proyecto y un coordinador. El coordinador lleva a cabo actividades diarias de dirección, tal como la organización de reuniones, levantamiento de actas y responder a las preguntas que le planteen los cuidadores. Un grupo de cuidadores y de representantes de los pacientes de la asociación regional para la diabetes desarrolló un protocolo multidisciplinar para el proyecto.

El resumen del informe señala: “El desarrollo del proyecto, desde la fase experimental y de actuación hasta el establecimiento de un modelo de atención integrada como forma de atención regular, nos llevó 6 años. Esto nos demuestra que el éxito del desarrollo de atención integrada exige paciencia, comprensión y negociación, y también una visión fuerte, objetivos claros y asesoramiento constante a los participantes. Resumiendo, el éxito depende de cómo gestionen este cambio las personas responsables del proyecto”.

Fuentes: Mur-Veeman *et al.* (2001), Eijkelberg *et al.* (2001)

Ejemplo práctico: paquetes de atención individualizados

En Bélgica, en un proyecto de gestión de enfermería para pacientes geriátricos y sus familias, a cada paciente, así como también al cuidador familiar implicado, se le asignó un paquete de atención individualizado. Este paquete fue diseñado e implementado en un contexto multidisciplinar. El objetivo del proyecto era evitar la institucionalización prematura de los pacientes mayores con problemas de salud mental. El proceso de atención en su conjunto estaba coordinado y organizado por una enfermera gestora de caso, quien también realizaba intervenciones clínicas para los pacientes y sus familias. Este tipo de gestión de casos es otra forma de reconocer la profesionalidad de las enfermeras, animándolas a adquirir una especialización y tener más autonomía dentro del equipo integrado.

Fuente: Tombeur (2002)

Centros comunitarios para personas mayores

Los centros locales comunitarios para personas mayores están bien localizados para actuar en la coordinación e implementación de organismos para la provisión de servicios de atención integrados. Entre los servicios ofrecidos se incluyen programas de prevención de salud física y mental y atención primaria y asistencia social, conjuntamente con programas de entretenimiento cuyo propósito es la participación social y el bienestar de las personas mayores de la zona.

Ejemplo práctico: Red KAPI

Los KAPI (centros de la comunidad para personas mayores) se constituyen como una red panhelénica de más de 370 centros que siguen un enfoque innovador para la integración de la atención socio-sanitaria a personas mayores dentro de la comunidad. Los centros están dirigidos por las autoridades locales y representan el eje central de provisión de servicios en Grecia, especialmente para las personas mayores. Su propósito es promover y mantener la autonomía y bienestar de la población mayor en general, proporcionando servicios de atención primaria. Incluye también programas de promoción de la salud y de prevención, creados conjuntamente con los servicios sociales y las instalaciones deportivas y recreativas. Para participar en KAPI hay que ser socio, los socios eligen a los representantes que actuarán en el comité directivo, que también tiene un representante del personal.

El equipo integrado de KAPI normalmente consta de una plantilla fija formada por un trabajador social, un visitador sanitario o una enfermera, un trabajador de ayuda a domicilio, un médico, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, un ergoterapeuta y otros especialistas asociados, junto con voluntarios si fueran necesarios. Muchos de los centros KAPI también proporcionan servicios de “ayuda en domicilio” a personas mayores con necesidades urgentes. De esta manera su colaboración e integración se extiende a otros servicios y organismos de ámbito local. (véase más arriba).

Fuente: Triantafyllou (2002)

Proceso de implementación

Un coordinador que tenga que hacer frente a la tarea de implementar un equipo integrado de profesionales para proveer atención a personas mayores dependientes y sus familiares cuidadores debe hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el entorno estratégico donde se va a establecer el equipo?
- ¿Qué tipo de equipo integrado necesito para resolver los problemas identificados?
- ¿Cómo se pueden organizar las estructuras de gestión del proyecto?
- ¿Cuáles son los pasos principales de la evaluación y del proceso de atención?
- ¿Qué sistemas necesito para sustentar los procesos de trabajo del equipo integrado?

Estas preguntas se estudian detalladamente a continuación.

¿Cuál es el entorno estratégico donde se va a establecer el equipo?

Los factores de apoyo son:

- un compromiso político local o regional para proporcionar un servicio de atención integrada, respaldado por unos recursos aprobados (de presupuesto y personal) financiados en un periodo de tiempo concreto

- un enfoque centrado en el cliente
- examen e identificación de las cuestiones principales relacionadas de la provisión de atención a personas mayores de la zona, realizado por cada una de las agencias o servicios implicados; por ejemplo, atención primaria, servicios sociales, agencias de voluntariado, o ayuntamiento
- experiencia práctica, conocimiento y habilidades para la formación y sostenimiento de equipos integrados

¿Qué tipo de equipo integrado necesito para resolver los problemas identificados?

Un equipo de atención socio-sanitaria integrado y multidisciplinar debe tener una plantilla muy amplia y variada, que trabaje a jornada completa y que tenga en cuenta los objetivos del equipo y los recursos asignados. No obstante la base del equipo debe estar constituida por:

- un médico de atención primaria
- una enfermera
- un trabajador social
- un trabajador de asistencia en domicilio
- personal administrativo
- coordinadores

Este equipo base puede ampliarse, dependiendo de las necesidades, con:

- un técnico en geriatría comunitario
- un fisioterapeuta o terapeuta físico
- un trabajador de ayuda a domicilio o trabajador doméstico
- un trabajador de atención personal
- un terapeuta ocupacional
- un logopeda
- un psicólogo
- un podólogo
- familiares cuidadores
- voluntarios
- personal de instituciones asociadas, como por ejemplo transporte o asesores domésticos
- personal técnico y de laboratorio
- especialistas informáticos
- personal de apoyo, incluyendo administrativos y secretarías, personal de limpieza

¿Cómo se pueden organizar las estructuras de gestión del proyecto?

La composición definitiva del equipo depende en gran medida del tipo y metas del programa de atención integrada y de los fondos a él asignados (ejemplos, véase Modelos y enfoques). Al planificar estructuras organizativas, el coordinador necesita identificar:

- la misión del equipo
- de qué recursos (económicos, materiales y humanos) disponemos
- qué procesos de trabajo se pueden planificar, tales como paquetes de atención o sistemas de evaluación y seguimiento.
- cuál es la forma más efectiva de coordinar al equipo, clarificando roles, autoridad y liderazgo y sostenibilidad.

En el momento de organizar las estructuras de gestión del proyecto y poner en marcha un equipo integrado, a los coordinadores también les puede resultar de gran utilidad las estrategias y pasos siguientes:

- nombramiento de los miembros del equipo y contratación a tiempo completo, con obligaciones y derechos contractuales claros.
- acuerdo entre los miembros del equipo sobre los objetivos principales del servicio y las prioridades y responsabilidades relativas a la provisión del servicio, siempre teniendo en cuenta los fondos disponibles.
- una estrategia para divulgar información acerca de qué servicios proporciona el equipo integrado dentro de la comunidad.
- una estrategia de gestión práctica que permita el funcionamiento autónomo del equipo y la comunicación, no sólo entre los miembros dentro del equipo, sino también entre el equipo y su coordinador. Se deben tener en cuenta aquí las posibles lealtades de los miembros del equipo que pueden entrar en conflicto con el grupo y con los sectores profesionales de los que proceden.

Evaluación y proceso de atención

Sean los que sean los objetivos y la composición del equipo integrado, el cliente y los miembros de equipo deben seguir una serie de pasos en la evaluación y el proceso de atención:

Paso 1: Identificar y examinar las necesidades complejas del mayor

La persona mayor y/o sus cuidadores contactan directamente con el equipo o indirectamente, a través de los servicios sociales o sanitarios a los que el mayor pertenece.

Paso 2: El equipo integrado evalúa la idoneidad de la atención

El profesional con el que se ha contactado hace una evaluación inicial del caso y decide si el equipo debe aceptarlo, dependiendo de si las circunstancias se adecuan a los criterios de aprobación establecidos por el programa, y de la capacitación del programa.

Paso 3: Realización de una evaluación de necesidades integrada

El equipo realiza una evaluación exhaustiva de las necesidades de la persona mayor, con la participación de familiares cuidadores y proveedores de servicios de atención socio-sanitaria.

Paso 4: Diseñar un plan de atención

Se asigna un gestor de atención o un gestor de caso, y éstos diseñan un plan de atención que cumpla las necesidades principales identificadas en el proceso de evaluación. Se identifican objetivos específicos, que deben ser aprobados por todos los implicados.

Paso 5: Implementar y supervisar el plan de atención

El equipo proporciona las intervenciones de atención sanitaria y/o social necesarias, al mismo tiempo que pone en marcha un sistema de supervisión, evaluación y *feedback*.

Paso 6: Revisar el plan de atención

Si el proceso de evaluación y seguimiento indica que no se ha producido ningún progreso, o que la situación está empeorando, entonces será necesario repetir la evaluación y diseñar un nuevo plan de atención.

Paso 7: Proporcionar atención continuada o cerrar el caso

El equipo o bien continua proporcionando atención si fuera necesario o, en el caso de equipos integrados por especialistas si los objetivos se han conseguido, se retira, y el sector de servicios general y los familiares cuidadores continúan con la atención del cliente.

Sistemas e instrumentos

El coordinador tendrá que hacer uso de los siguientes sistemas de apoyo al proceso de trabajo del equipo:

- **sistema de desvíos estandarizado**, conocido por todos y a disposición de las organizaciones locales y servicios que trabajan con personas mayores
- **equipo de evaluación multidisciplinar**, en el que cada miembro del equipo haga los desvíos de forma rotatoria y que se utilice un instrumento de evaluación global común a todos
- **reuniones del equipo regulares y frecuentes**, para intercambiar información y *feedback*. Se debería invitar al familiar cuidador a participar de vez en cuando
- **revisión semanal de “incidentes graves”** para mejorar la comunicación e identificar y discutir problemas comunes, como por ejemplo los conflictos que puedan surgir entre antiguos clientes, sus familiares y proveedores de atención en lo que a riesgos y necesidades se refiere
- **un presupuesto** aprobado y discutido por el jefe del equipo y al menos un representante del personal. Si el presupuesto es financiado por diferentes organismos, pueden surgir conflictos en cuanto a las prioridades
- **un sistema claro y de fácil acceso al proceso por parte del cliente**, donde se incluya la necesidad de un “guardián”, que normalmente será el profesional de contacto nombrado para el equipo integrado. La función del “guardián” normalmente la llevará a cabo un profesional social o sanitario, que trabaje bien como miembro del equipo integrado o dentro del sistema, dependiendo de que la provisión asistencial sea nacional o local
- **sistema de registro de expedientes informatizado**. Esto es fundamental si lo que se persigue es un funcionamiento efectivo de los equipos integrados. Los expedientes en soporte informático han supuesto un gran avance en el éxito del trabajo de equipos integrados, y favorecen la participación del cliente y el familiar cuidador en debates y toma de decisiones. Además, la implementación de sistemas TIC ha simplificado y ha hecho más rápidos los procesos administrativos, facilitando el acceso a los servicios, su rendimiento y la gestión económica de los equipos integrados

Ejemplo práctico: intercambio de expedientes electrónicos

En Madrid, los equipos ESAD de atención domiciliaria utilizan un sistema de información compartido informatizado, con tres copias del historial electrónico del paciente: una para el hospital, otra para el equipo de atención integrada y otra para el paciente y el familiar cuidador. El propósito es facilitar la comunicación y la colaboración entre todos los participantes en el proceso de atención (véase Modelos y Enfoques).

Fuente: Sánchez del Corral (2002)

Ejemplo práctico: obtener el mayor provecho de la tecnología

En el oeste de Finlandia, el proyecto piloto Satakunta Macro Pilot es un proyecto extensivo de ámbito nacional cuyo propósito es el desarrollo de cadenas de atención y servicios continuados

optimizando el uso de las TIC. En la ciudad de Pori, con una población de 76.000 habitantes, en un subproyecto específico de atención a mayores se recoge lo siguiente en las conclusiones: “La lección general del proyecto es que la coordinación en el ámbito nacional, una legislación especial y la financiación hacen posible la atención integrada, y las TIC son indispensables”.

Fuente: Hanninen, citado en Huijbers (2002)

Personal

Entre los aspectos importantes relativos al personal que trabaja en servicios integrados, debemos destacar: las competencias y titulaciones, apoyo y formación y liderazgo.

Competencias y titulación del personal

Estos factores varían dependiendo de la titulaciones profesionales necesarias en el nivel local o nacional. En el nivel internacional, un aspecto importante que considerar es la homologación de títulos profesionales entre los diferentes estados miembros de la UE. Aunque este asunto ya ha sido tratado, lo que quizás no existe es un acuerdo total en cuanto a la formación y el reconocimiento de “nuevos” profesionales de atención tales como los cuidadores personales y trabajadores de atención domiciliaria.

Apoyo y formación

La formación específica del personal de equipos de atención integrada incluye:

- formación básica y continuada sobre gerontología multidisciplinar
- experiencia práctica en trabajo en equipo, con apoyo y formación *in-situ*
- programas de formación sobre creación de trabajo en equipo y funciones específicas
- transmisión de experiencias a otros colegas que trabajan con personas mayores en el municipio o en un ámbito mayor
- formación de los familiares cuidadores en técnicas de atención. Los familiares cuidadores han señalado este aspecto como el más importante para mejorar sus destrezas y su apoyo. Véase Triantafyllou y Mestheneos (1994), Mestheneos y Triantafyllou (1993)

Si desea obtener más información sobre apoyo y formación, véase *WHO Europe* (OMS Europa) (2001); se trata de un programa exhaustivo de formación y educación continua para proveedores de atención sanitaria en el nivel comunitario que trabajan con personas mayores.

Liderazgo

Cuando se trabaja en equipos multidisciplinarios, uno de los problemas más importantes es decidir quién es el que debe dirigir el equipo. La mejor manera de enfocar este asunto consiste en una política de dirección basada en la equidad entre todos los miembros del equipo, también en el respeto y con una única meta, que todos los profesionales implicados contribuyan al trabajo de equipo. De esta forma, las jerarquías y rivalidades profesionales tradicionales irán desapareciendo en favor de un sistema más igualitario basado en las realidades actuales de las condiciones de trabajo en equipo y los términos legales de contratación.

En los centros KAPI griegos, por ejemplo, a menudo el único miembro del personal empleado a jornada completa es el trabajador social o el visitador sanitario. En este caso, estos profesionales tienen prioridad como líderes de grupo, mientras que en situaciones donde existen varios profesio-

nales a jornada completa, el coordinador puede que pida una rotación de cada miembro del equipo para que actúe de líder. Tal como se trata en el capítulo 10, el jefe del equipo debe tener la habilidad para comunicarse y coordinar un número diferente de disciplinas, y de trabajar entre y con agencias distintas.

Supervisión y evaluación

Para permitir que el coordinador evalúe la eficacia y eficiencia del trabajo del equipo integrado, es necesario recoger información de forma regular y rutinaria. Los datos deben responder a criterios claramente definidos, y se utilizarán para evaluar el rendimiento de la dirección y para la evaluación por parte del cliente. Esto significa que el personal tiene que hacer un seguimiento de su propio trabajo, y es necesario que el sistema sea claro para la persona mayor y el familiar cuidador que participan en él, y que éstos comuniquen sus opiniones acerca del proceso de atención.

Un problema importante es que, a pesar de que exista un *feedback* positivo por parte de los clientes de los equipos de atención integrada, faltan indicadores objetivos de éxitos. Estos deben presentarse teniendo en cuenta:

- eficacia clínica
- eficacia de las intervenciones sociales
- rentabilidad económica
- satisfacción del cliente/usuario
- aumento de la satisfacción en el trabajo de los proveedores de atención

Pasemos a explicar con más detalle estos factores.

Eficacia clínica

Se puede hacer un seguimiento de los cambios (susceptibles de medición) de aspectos específicos del estado de salud del cliente (resultados) utilizando escalas estandarizadas e instrumentos, como por ejemplo:

- escala de Katz (Katz et al., 1963) y el índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965) para medir la habilidad funcional.
- el “MMS” (Mini-Mental State), para la evaluación de funciones cognitivas (Folstein et al., 1975).
- escala de depresión geriátrica (GDS Geriatric Depresión Scale) (Sheik et al., 1991) y el Qol Bref de la OMS (WHO, 1996) para la medición del estado psicológico, bienestar y calidad de vida).

El uso rutinario de estos instrumentos, durante la evaluación integrada inicial y posteriormente en intervalos diferentes durante el proceso de evaluación y supervisión, puede proporcionar información muy valiosa sobre el progreso del cliente. Sin embargo, el relacionar las mejoras o las recaídas con las intervenciones específicas es mucho más difícil en la práctica, ya que esto normalmente exige protocolos de investigación concretos que eliminen variables erróneas. No obstante, el seguimiento rutinario por medio de indicadores de resultados relevantes es cada vez más una obligación que tienen que cumplir todos los equipos integrados si quieren justificar su razón de ser. Además, el uso de medidores estandarizados del bienestar del cuidador, como por ejemplo el índice COPE (McKee et al., 2003), puede mejorar el proceso de evaluación y seguimiento.

Eficacia de las intervenciones sociales

A diferencia de las formas estandarizadas de medición de la eficacia de las intervenciones clínicas, resulta mucho más difícil evaluar los progresos en bienestar y calidad de vida, tras una intervención de ámbito social del equipo integrado. Esto es sí porque el método multi-concentrado de muchas intervenciones sociales hace que la evaluación científica de sus efectos sea mucho más compleja, pero también porque las mejorías o recaídas registradas pueden deberse a factores ambientales más que a los esfuerzos del equipo.

Rentabilidad económica

Un aspecto fundamental de la promoción de equipos integrados es el coste global de la puesta en marcha de un servicio. Si bien es cierto que puede ser más alto, al menos en un estadio inicial, que los métodos de provisión de servicios tradicionales, si el equipo integrado puede demostrar que es más eficaz en cuanto a resultados para el cliente y su familia, simplemente por esto se podrá justificar el coste extra. Lo ideal sería que los equipos integrados fueran más baratos y que ofrecieran al cliente mejores resultados que los servicios tradicionales.

Satisfacción del cliente/usuario

Las opiniones de las personas mayores (y sus cuidadores) que utilizan los servicios de un equipo integrado deben recogerse de forma rutinaria como parte del proceso de *feedback* para el personal, coordinadores y administradores del servicio. También es posible comparar estos datos con los de otros usuarios que reciben servicios de atención tradicionales.

Aumento del grado de satisfacción laboral de los proveedores de atención

Existen pruebas documentadas que demuestran que la promoción del “trabajo en equipo” mejora el bienestar laboral e incrementa el rendimiento del personal que trabaja en equipos de atención primaria (Borill, 2000). No obstante, hasta ahora no se han recogido pruebas similares del personal de equipos integrados. El hecho de tener que organizar de forma sistemática y rutinaria la gran cantidad de datos necesarios para medir todos estos parámetros puede resultar una carga extra para los proveedores de atención. Algunos argumentan que el tiempo que esto llevaría sería mejor emplearlo en el paciente o cliente o, simplemente, en fortalecer la relación entre cliente y cuidador. Sin embargo, para el coordinador es fundamental negociar un plan viable de evaluación y seguimiento de resultados de la atención ofrecida por parte del equipo integrado, ya que esto es una contribución esencial para que la evaluación del trabajo realmente esté basada en evidencias.

Ejemplo práctico: evaluación del rendimiento

Un estudio llevado a cabo en Wiltshire, Reino Unido, reveló que los equipos integrados examinados no obtuvieron mejor puntuación en ninguno de los indicadores de eficacia clínica y satisfacción del usuario que los servicios de atención tradicionales, y de hecho eran mucho más caros. Sin embargo, los usuarios del servicio podían desviarse a otro servicio y ser examinados más rápidamente que en los servicios tradicionales. La mayor parte de los mayores no mostraron interés en cuanto a la forma en que se organizan los servicios y como se ofrecen. No obstante, en lo referente a la calidad del servicio que recibieron y la calidad de las relaciones con los proveedores de servicios, fue valorado muy positivamente.

Las conclusiones negativas se pueden atribuir al hecho de que:

- los proyectos no hayan sido integrados en su totalidad
- eran necesarios mejores sistemas TIC para medir la eficacia

- era necesario incorporar de forma rutinaria la medición de la satisfacción del usuario en los procesos de evaluación
- al evaluar cualquier servicio, los instrumentos tienen que desarrollarse de acuerdo a un servicio concreto y con objetivos claros

Fuente: Brown (2002)

Obstáculos

Los principales obstáculos que tiene que hacer frente el trabajo en equipo integrado son:

- falta de inversión en Tecnologías de la Información
- superar las jerarquías tradicionales
- establecer roles
- reparto de recursos
- relaciones entre la gerencia y el equipo
- resultados imprevistos

Pasemos a explicar con más detalle estos puntos.

- **Falta de inversión en Tecnologías de la Información.** Como requisito básico para el mantenimiento e intercambio de expedientes y comunicación, este aspecto es uno de los factores que más entorpece la promoción de sistemas integrados de atención socio-sanitaria. En un estudio realizado para valorar la eficacia de equipos integrados en comparación con los sistemas de servicios generales, se ha demostrado que la incapacidad de medir la eficacia de la provisión de servicios de los equipos integrados es consecuencia de sistemas TIC inadecuados (Brown, 2002).
- **Superación de las jerarquías tradicionales.** En la práctica, el problema principal inicial es “despojar” a los miembros del equipo de los lazos que tenían con su grupo profesional, en otras palabras, superar las jerarquías profesionales tradicionales existentes en el cuerpo sanitario y social. Este proceso exige un deseo de aprender de los otros miembros del equipo y transmitir este conocimiento al resto del personal, y así mismo crear lazos de confianza entre ellos.
- **Establecimiento de funciones.** Por otro lado, otro problema importante es que los equipos integrados forman una categoría aparte que no es “ni pelo ni pluma”. Se sitúan entre las dos áreas principales de la provisión de atención social y sanitaria, y corren el peligro de no tener apoyo de ninguna de estas dos áreas.
- **Asignación de recursos.** Relacionado con el establecimiento de funciones, si se asigna financiación aparte al equipo de atención integrada, es posible que sus miembros sean considerados de forma más positiva por los trabajadores que ya pertenecen a ese ámbito. Por otro lado, pueden ser considerados por otros trabajadores como una amenaza, que “roba” unos recursos escasos de los presupuestos generales de atención social y sanitaria.
- **Relaciones entre la gerencia y el equipo.** Existe la necesidad de comunicación clara y frecuente entre los gerentes y el personal que pertenece al equipo, por lo tanto todas las decisiones deben discutirse con antelación, y que llegar a un acuerdo lo antes posible y por ambas partes. Una buena idea sería nombrar a un miembro de la plantilla para que represente las opiniones del equipo ante el gerente que esté al mando. En consonancia con este contexto colaboracionista, esta tarea se puede asignar a todos y cada uno de los miembros del equipo de forma rotatoria. Desde el punto de vista de la gerencia, el tiempo gastado de forma inteligente en promover las buenas relaciones con el personal y motivarlo para que de verdad funcione como un equipo cosechará

unos beneficios que se verán reflejados en la productividad total y la satisfacción del trabajo bien realizado (Goleman, 1995).

- **Resultados imprevistos-** El desvío de clientes desde servicios habituales al equipo integrado debido a problemas específicos, como puede ser el control de la incontinencia, puede provocar que aparezcan otras necesidades no solucionadas, y por tanto, que las listas de espera aumenten. Es necesario que los casos se revisen constantemente, y que los pacientes sean atendidos de forma satisfactoria y cuando sea conveniente, los clientes sean desviados de nuevo a sus proveedores de atención primaria, y así mantener el número de casos a un nivel razonable. Esto significa que el proceso de evaluación exhaustiva, el diagnóstico de problemas, la formulación de estrategias de intervención, la implementación de medidas y la revisión de resultados deben ser aplicados a conciencia. (véase Proceso de Implementación)

Apoyos

Los principales factores de apoyo al cambio hacia el trabajo en equipo integrado los podemos ordenar en dos categorías: políticas y práctica.

Política

Una política de apoyo local o nacional de atención integrada para personas mayores es requisito fundamental para el éxito de la implementación de un servicio dirigido a personas mayores, basado en equipos integrados.

Ejemplo práctico: marco político

El Marco de Servicios Nacionales para las Personas Mayores (Ministerio de Sanidad 2001) del Reino Unido da prioridad a la provisión de servicios integrados en atención social y sanitaria de la comunidad. Su *Standard Two* (Norma Dos), de atención centrada en la persona, establece:

El Sistema Nacional de Salud (NHS) y los servicios sociales tratan a las personas mayores de forma individualizada y les permite que elijan su propia atención. Esto se consigue a través de procesos de evaluación simples, acuerdos para el nombramiento y la provisión integrada de servicios, incluyendo equipamiento a la comunidad y servicios de control.

La implementación de esta línea de actuaciones se evalúa en el informe PROCARE (Leicsenring y Alaszewski, 2004), en el cual se documentan los problemas, desde el punto de vista práctico que supone llevar a cabo la evaluación de necesidades integradas en nivel local, sirviéndose de la experiencia de un número de instituciones de atención primaria en el Reino Unido.

Práctica

Uno de los requisitos para que funcionen estos equipos multidisciplinares es que atraviesen las barreras de las organizaciones. En la práctica, esto exige un cambio de perspectiva por parte de los proveedores de atención y de los gerentes, por igual. Si el sector tradicional mantiene una actitud positiva y de apoyo al equipo integrado, se puede asegurar el éxito del proyecto. Para conseguirlo, el equipo integrado debe demostrar su habilidad para resolver problemas de atención complejos, demostrando que es una ventaja para el sector tradicional de atención más que una amenaza.

La financiación independiente o aparte para el equipo integrado puede reducir esa percepción de amenaza de recortes de presupuesto o de personal dentro del sistema tradicional. No obstante, tam-

bién puede hacerle más vulnerable a los recortes porque el trabajo del equipo no se ve como un “servicio esencial”.

El departamento de gestión tiene que promocionar de forma positiva la existencia y el papel del equipo integrado entre las otras agencias y organismos con los que están relacionados. Esto es vital para demostrar la credibilidad y utilidad del equipo en nivel local. Los factores de apoyo que a continuación se detallan también pueden contribuir al trabajo eficaz del equipo integrado:

- expedientes compartidos
- buena disposición para trabajar de forma flexible
- equipos pequeños
- “rebajar” las funciones profesionales
- aceptación de ideas diferentes de liderazgo
- intercambio de personal entre organizaciones
- demostración de la eficacia del equipo integrado.

A continuación explicaremos con más detalle cada uno de estos puntos.

- **Expedientes compartidos** y un flujo de información fluido son requisitos clave para que los equipos integrados funcionen satisfactoriamente. Se tiene que desarrollar un sistema de información preciso y de fácil acceso antes de que el equipo empiece a funcionar. Las áreas principales que deben tratarse son:
 - accesibilidad
 - implementación inicial práctica y mantenimiento actualizado de los historiales
 - precisión
 - definición clara de las responsabilidades de los miembros del equipo
 - participación del cliente y sus cuidadores en el mantenimiento de su expediente
 - aspectos éticos relacionados con el intercambio de información, tal como la confidencialidad
- **Buena disposición para trabajar de forma flexible.** Aquí se incluye la buena disposición para trabajar entre diferentes organizaciones, con apoyo mutuo (incluyendo la formación en la adquisición de habilidades para el trabajo con otros profesionales y para el trabajo en equipo).
- **Tener un equipo pequeño.** Esto favorece la comunicación y hace que la limitación de responsabilidades sea más fácil. Además los clientes y los familiares cuidadores lo valoran más porque favorece la confianza y el establecimiento de relaciones entre el cliente y el personal más satisfactorias.
- **“Rebajar” las funciones profesionales.** Esto permite que todos los miembros del equipo acepten a los demás como iguales, dando menos importancia a las estructuras de poder jerárquicas de otros ámbitos de la atención socio-sanitaria.
- **Aceptación de ideas diferentes de liderazgo.** Esto, aparentemente, es mucho más importante que quién dirija el equipo, y la elección tiene que variar según sea el problema. Esto supone identificar cada problema concreto y asignar responsabilidades consecuentemente, para que los diferentes miembros del equipo sean “líderes” en ciertos aspectos de cada caso.
- **Intercambio de personal entre organizaciones.** puede facilitar el entendimiento mutuo.
- **Demostración de eficacia.** También es muy importante demostrar la eficacia de las intervenciones del equipo integrado, tanto a los usuarios como a otros equipos de atención primaria (véase Supervisión y evaluación).

Puntos clave

- El objetivo principal de un equipo integrado es ofrecer una óptima atención a las personas mayores, para quienes la calidad de las relaciones con sus proveedores es de vital importancia.
- Los familiares cuidadores desempeñan una función extraordinaria en el proceso asistencial, tanto como co-proveedores de atención como en calidad de clientes con necesidades propias.
- Entre los factores que favorecen el éxito de la implementación de equipos integrados tendríamos que señalar la coordinación gubernamental a escala nacional o local, una legislación especial y la financiación. No obstante, el uso de las tecnologías de la información es imprescindible.
- La supervisión y evaluación rutinaria de los resultados de la atención prestada por los equipos integrados constituye un componente esencial de la evaluación (basada en pruebas) de costo-beneficio de su trabajo.

Bibliografía:

- Alaszewski, A. Baldock, J. Billings, J. Coxon, K. Twigg, J. (2003). *PROCARE – Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in the UK*. Canterbury: Centre for Health Service Studies, University of Kent.
- Amira, A. Stounara, A. Manara, C. (2002). *An Evaluation of the Help at Home Service*. (In Greek.) Athens: KEDKE.
- Banks, P. (2004). *Policy Framework for Integrated Care for Older People*. London: King 's Fund.
- Borrill, C. (2000). *Teamworking in Primary Healthcare – Realising shared aims in patient care*. Finalreport 2000. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain/BMA.
- Brown, L. (2002). *The Impact of Integrated Health and Social Care Teams in Wiltshire*. Paper given at the Social Services Research Group conference on the joint future initiative. Bath: Department of Social and Policy Sciences, University of Bath.
- Cameron, A. Lart, R. Harrison, L. McDonald, G. Smith, R. (2000). *Factors Promoting and Obstacles Hindering Joint Working: A systematic review*. Bristol: School for Policy Studies, University of Bristol.
- Carrier, J. (2002). *Integrated Services for Older People: Building a whole system approach in England*. London: Audit Commission.
- Department of Health (2001). *National Service Framework for Older People*. London: Department of Health. Also available at: www.dh.gov.uk.
- Eijkkelberg, I. Spreeuwenberg, C. Mur-Veeman, I. Wolffenbuttel, B. (2001). 'From shared care to disease management: key-influencing factors'. *International Journal of Integrated Care*, vol. 1. Available at: www.ijic.org
- Folstein, M. Folstein, S. McHugh, P. (1975). 'Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician'. *Journal of Psychiatric Research*, vol. 12, pp. 189-98.
- Goleman, D. (1995). 'Managing with heart ', in *Emotional Intelligence*. London: Bloomsbury.

- Huijbers, P. (2002). *Example projects: Integrated care for older people and ICT in Finland*. Dublin: EHMA, unpublished.
- Katz, S. Ford, AB. Moskowitz, RW. Jackson, BA. Jaffe, MW. (1963). 'Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardised measure of biological and psychosocial function'. *Journal of the American Medical Association*, vol. 185, pp. 914-19.
- Leichsenring, K. Alaszewski, A. eds. (2004). *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Vienna: Ashgate, European Centre.
- Mahoney, F. Barthel, D. (1965). 'Functional evaluation: the Barthel Index'. *State Medical Journal*, vol. 14, pp. 61-65.
- McKee, KJ. Philp, I. Lamura, G. Prouskas, C. Öberg, B. Krevers, B. Spazzafumo, L. Biea, B. Parker, C. Nolan, M. Szczerbinska, K. (2003). 'The COPE index – a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people'. *Ageing and Mental Health* 2003, vol. 7:1, pp. 39-52.
- Mestheneos, E. Triantafyllou, J. (1993). 'The support of family carers of the older elderly in Greece', in Twigg J ed *Informal Care in Europe*. York: Social Policy Research Unit.
- Mur-Veeman, I. Eijkelberg, I. Spreeuwenberg, C. (2001). 'How to manage the implementation of shared care'. *Management in Medicine*, vol. 15:2.
- O'Cleirigh, N. (2002). *Home First – A collaborative project for home care between a health board and a hospital in Ireland*. Dublin: EHMA, unpublished.
- Sánchez del Corral, F. (2002). *Experience of Integrated Care Based on Primary Health Care in Spain*. Dublin: EHMA, unpublished.
- Sheikh, J. Yesavage, J. Brooks, J-III. Friedman, L. Gratzinger, P. Hill, R. Zadeik, A. Crook, T. (1991). 'Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale'. *International Psychogeriatrics*, vol. 3, pp. 23-28.
- Theobald, H. (2003). *Social Exclusion and the Care of the Elderly*. CARMA (Care for the Aged at Risk of Marginalisation), EU report. Berlin: WBZ Social Science Research Centre.
- Tombeur, M. (2002). *Nursing Case Management for Geriatric Patients and their Families: Description of a case model*. Dublin: EHMA, unpublished.
- Triantafyllou, J. (2002). *The Greek Open Care Community Centres for Older People (KAPI) as Promoters of Integrated Health and Social Care*. Dublin: EHMA, unpublished.
- Triantafyllou, J. Mestheneos, E. (1994). "Professionalizing" the work of family carers of dependent older people'. *Health and Social Care in the Community*. vol. 2, pp. 257-60.
- Vaarama, M. (2002). *The Keys for Quality Performance Management of the Care of Older Persons in Europe*. Helsinki: STAKES.
- WHO (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, Programme on Mental Health*. Geneva: WHO.
- WHO Europe (2001). *Continuing Education Programmes for Health Care Providers in Community-based Health Care for Older People*. Report of a WHO meeting, 20 October –1 November 1999. Geneva: WHO.

Capítulo 8

Recursos Humanos

NICOLINE TAMSMA AND SWANEHILDE KOOIJ

Para mejorar la atención integrada dirigida a personas mayores es importante contar con el volumen exacto de personal y que éste tenga los conocimientos, habilidad y la motivación suficientes para prestar estos servicios con pericia, empatía y eficacia. Es posible que algunas funciones profesionales, competencias, valores y actitudes, nuevos o distintos, tengan que sustituir a otros más tradicionales, ya que no se adecuan a los requisitos que exige la prestación de un servicio de atención integrada. Trabajar con distintas profesiones y organizaciones y asumir una nueva perspectiva centrada en el cliente, son sólo dos de los retos a los que debemos enfrentarnos. Es posible que sea necesario establecer nuevas estructuras y organizaciones, forjar nuevas asociaciones o reformular antiguos acuerdos de colaboración.

Conseguir este cambio pone a prueba a todo el personal, tanto en conocimientos, como en lo que a flexibilidad y actitudes se refiere. Esto exige un compromiso en toda la organización, desde los altos cargos hasta el personal de primera línea. Los directores deben facilitar los cambios, apoyar y motivar a sus empleados y forjar nuevas asociaciones con otras organizaciones, y con los usuarios de servicios. Se enfrentan a este desafío con el telón de fondo de una población mayor cada vez más numerosa y diversa, unido esto a una menor afluencia de jóvenes al mercado laboral. El crecimiento de los índices de envejecimiento añade un poco más de tensión a las finanzas públicas y privadas disponibles para la provisión de unos servicios adecuados.

Este capítulo analiza los componentes básicos clave en cuanto a recursos humanos, componentes que se deben implantar para gestionar y prestar una atención integrada. Nos ofrece ejemplos prácticos y herramientas y pretende ayudar a los directores a crear una plantilla apropiada y sostenible.

Definiciones

Este panorama general del personal que contribuye a la provisión de atención para personas mayores presenta muchas facetas. Podemos incluir profesionales, personal no especializado, voluntarios, empleados remunerados, amigos y familiares, y trabajadores del llamado “mercado negro”, donde también se pueden incluir inmigrantes ilegales. Para alcanzar una provisión de atención integrada de verdad, es importante que exista comunicación y colaboración entre todas estas formas de atención (profesional, no profesional, no oficial) y, concretamente, en países donde existen vacíos sustanciales en cuanto a los servicios habituales disponibles o allí donde el pago directo permite que los clientes contraten sus propios paquetes de atención.

Aunque reconocemos que en terreno asistencial decir recursos humanos incluye gran variedad de posibilidades, este capítulo se centra en el aspecto laboral formal solamente. Aquí el término “recursos humanos” hace referencia al personal contratado por organizaciones asistenciales y agencias, y concretamente aquellos empleados que participan de la provisión de atención exclusivamente, no se tiene en cuenta tampoco al personal técnico y administrativo. Es cierto que el

papel de los cuidadores no profesionales es muy importante pero a los efectos de este capítulo no se incluyen como parte del personal. No obstante, sí incluimos en este capítulo apoyo profesional a los cuidadores.

Objetivos y resultados esperados

La provisión de servicios integrados es, ante todo, un servicio de personas, para personas. Un servicio que depende de los recursos humanos. No importa cuáles sean los medios económicos, lo modernas que sean sus instalaciones, lo puntero que sea su equipamiento; en una organización son sus recursos humanos los que hacen posibles las prestaciones de servicios. Es su plantilla la que realiza la atención, la que se compromete con las personas mayores y sus cuidadores, y son ellos los que proporcionan los servicios en primera línea. Y por último, pero no por ello menos importante, es esta plantilla de primera línea la que actúa como ojos y oídos, recibiendo y transmitiendo de primera mano *feedback* de la calidad y eficiencia del servicio, y funcionando en el mismo corazón de la “organización en proceso de aprendizaje”.

El mismo hecho de que su personal funcione dentro de un entorno integrado puede presentar ciertas preocupaciones a su plantilla. Puede que trabajen bajo la gerencia de diferentes organizaciones, o puede que tengan que seguir las órdenes de un director que no ha sido contratado directamente por su misma organización. Puede darse el caso de que sus colegas de otras agencias no tengan titulaciones o cualificaciones equivalentes y que sin embargo tengan responsabilidades similares o incluso responsabilidades de cargos superiores. Los salarios y paquetes de beneficios pueden variar dependiendo de la organización, igual que los niveles profesionales y las culturas laborales. Además, al personal se le puede pedir que se traslade del puesto en el que trabaja y que se establezca en otro equipo con nuevos colegas.

La atención integrada, al reunir diferentes servicios y profesiones, favorece la movilidad horizontal de la plantilla. También hay que tener en cuenta el potencial que ofrece como entorno creativo de crecimiento profesional y aprendizaje inter-departamental.

Un plantilla bien dirigida y apoyada beneficiará a los clientes, pero también a los directores. Para los directores, los resultados se traducen en:

- aumento de la eficiencia
- más oportunidades para implementar innovaciones complejas
- mejoras en los flujos de comunicación
- más movilidad horizontal de la plantilla

En el caso de la plantilla, los beneficios se traducen en:

- tener más claro el papel de cada uno y cómo encaja en el panorama general de provisión de atención
- mayor confianza y la habilidad de ofrecer mejores niveles de atención
- mayor satisfacción laboral, al trabajar en equipos multidisciplinares
- menos presión porque el volumen de trabajo está mejor repartido dentro y entre organizaciones

Modelos y enfoques

Para conseguir los resultados descritos más arriba, y para ofrecer una atención de calidad, eficiente e integrada así como también una gestión adecuada, es necesario liberarse de modos de pensar tradicionales y adquirir nuevos conocimientos y habilidades. A menudo, la integración de servicios implica que los límites entre proveedores sean menos precisos. Por esta razón, el compartir mecanismos de apoyo para el personal, incluida la preparación, entre organizaciones no solamente es lo más conveniente sino que también puede desempeñar un papel decisivo para el desarrollo del trabajo en equipo.

Existen, por supuesto, muchas formas diferentes de apoyar y formar al personal, o de identificar nuevas funciones y que éstas se arraiguen en todo el sistema de provisión de servicios. El enfoque que elijamos dependerá del tipo de integración que queramos conseguir en nuestra organización. Esta puede variar desde un modelo de “interconexión” hasta la coordinación de servicios a través de una integración total, o incluso por medio de una fusión (Leutz, 1999). Las adaptaciones hechas para la integración pueden adoptar formas diferentes, e igualmente, los problemas plantearán retos en el proceso de integración. Lo mismo podemos decir de los equipos integrados. Todos estos aspectos se verán reflejados en las necesidades de formación dentro de su propia organización, así como de aquellas organizaciones asociadas.

Antes de diseñar y llevar a cabo la etapa de formación, sería conveniente que las distintas organizaciones dentro de una red asistencial realizaran un mapa de todas las necesidades y que desarrollaran una estrategia conjunta en cuanto a selección, formación y reciclaje de personal (Audit Comisión 2002). Además, es necesario mantener reuniones de revisión periódicas para asegurarse de que el conocimiento y las habilidades están al día y que están perfectamente adecuadas a los servicios.

En lo que a necesidades de formación del personal se refiere, un enfoque centrado en la persona puede resultar de gran utilidad en redes asistenciales integradas. Este enfoque toma al cliente individual como punto de partida para identificar y hacer un mapa de servicios, para saber qué personal es necesario, qué nuevos puestos hay que crear y qué tipo de formación necesitan. Fomentará una filosofía orientada al proceso y que traspase las fronteras tradicionales existentes entre las diferentes organizaciones (Schwartz et al., 2000). El enfoque en el nivel de sistema es similar, pero amplía las posibilidades pudiendo incluir a la red integrada familiar. Este enfoque trata de analizar la forma en que se proporciona el tratamiento, atención y apoyo al cliente y al cuidador no profesional. De este modo, el cuidador es parte del equipo integrado, en otras palabras, un “compañero más” de la plantilla de profesionales implicados. También se tiene en cuenta las necesidades del cuidador en lo que a provisión de atención se refiere, así como también en aspectos más personales (Tjadens y Pijl, 2000).

Proceso de implementación

En términos operacionales, el mantenimiento del capital humano necesario para ofrecer atención integrada centrada en el cliente implica:

- creación, gestión y mantenimiento de una plantilla altamente motivada, bien formada, y flexible.
- incorporación de nuevas funciones que compartan una visión común, valores y principios.
- adoptar una perspectiva centrada en el cliente.
- habilidad para trabajar de forma eficiente entre distintos sectores y profesiones.

Las exigencias específicas relacionadas con el liderazgo se ven con más detalle en el Capítulo 10.

Incorporación de una visión nueva

La provisión de atención continuada normalmente se deja en manos de equipos multidisciplinares. No obstante, las culturas de atención sanitaria y servicios sociales no favorecen este tipo de trabajo en equipo (véase Capítulo 7). Cuando se trata de implementar cambios en estas culturas, los coordinadores deben tener en cuenta la formación, supervisión y salvaguardas legales (responsabilidad y respuesta para un procedimiento o actividad), planificación y recursos (Dargie et al., 1999). Para más información sobre una visión conjunta en el trabajo y adopción de actitudes centradas en el cliente, véase Capítulo 9.

No obstante, lo que se desprende de la provisión de servicios y la introducción de gestión de calidad integrada en servicios municipales en Finlandia (Vaarama et al., 2004), el cambio de visión y prácticas es un proceso de aprendizaje, formación e implementación gradual y que cuestiona las ideas preestablecidas. Exige la inclusión y aceptación por parte de toda la plantilla dentro de cada organización. Las aportaciones de todos y cada uno deben tenerse en cuenta en este proceso ya que compartir una misma visión es el motor del cambio.

Desarrollo de nuevas funciones

Como hemos ido explicando a lo largo de este libro, los roles profesionales tradicionales y la competitividad no necesariamente se adecuan a los requisitos de provisión de servicios de atención integrada. Debido a esto, la atención integrada ha demostrado ser un campo de pruebas adecuado para la creación de nuevos roles. Las áreas de trabajo para muchos de estos nuevos profesionales se describen más detalladamente en otros capítulos. Nos referimos a consejeros para personas mayores o consejeros paritarios, gestores de casos, de información, defensa y especialistas de evaluación de necesidades. Otros tres ejemplos, Agente de servicios integrados, coordinadores de redes asistenciales y de logística, se explican con más detalle a continuación.

Funcionario jefe de servicios integrados

Este tipo de función profesional se ha desarrollado dentro del contexto de viviendas tuteladas para personas con demencia. Aquí, un profesional proporciona todos los servicios necesarios de apoyo a los clientes para que pueda vivir de forma independiente en su hogar. Esto incluye apoyo en actividades de vida diaria y actividades domésticas como por ejemplo, cocina, limpieza, atención social, apoyo, contacto y apoyo a los familiares amigos y gestión logística. Para favorecer la transición de un enfoque más tradicional a este tipo de servicio integrado, se deben seguir 4 pasos clave:

- de “cuidar a...” a “estar con...”, para reafirmar cierta normalidad en este tipo de adaptación, tanto para el cliente como para el profesional.
- de gremialismo a multi-profesionalidad, que a veces exigen las necesidades complejas y que requieren una actitud más perceptiva y representativa del profesional.
- de prestación por tareas a prestación integrada, que exige una pericia adicional y excelentes habilidades de comunicación.
- de trabajar dentro de un enclave colectivo a proporcionar apoyo adaptado de los individuos, aunque en un entorno de vida comunitario.

Coordinador de redes asistenciales

Las redes asistenciales integradas deben estar coordinadas. Un coordinador de redes asistenciales proporciona la estructura para la red, y coordina todos los esfuerzos. El coordinador es quien hace posible la red y estimula a sus colaboradores para conseguir los objetivos y para solucionar proble-

mas. El coordinador también supervisa el proceso y el progreso. Para elegir al coordinador adecuado tendremos en cuenta: conocimientos, destreza en procesos, liderazgo natural y disponibilidad de recursos. El coordinador también debe ser una persona en la que todas las partes puedan confiar. Es importante que el nombramiento se realice democráticamente, ya que la red debe fundamentarse en la igualdad de sus socios (Goumans y Tamsma, 2003).

Director de servicios logísticos

Si bien es cierto que la gestión de las prestaciones se da por sentado, no hay que olvidar que las personas mayores también pueden necesitar ayuda para organizar servicios domésticos, y pueden necesitar ayuda en actividades diarias como puede ser la limpieza o la compra.

Ejemplo práctico: servicios logísticos

La ciudad de Helsinki introdujo servicios logísticos en 2002, en respuesta a un informe sobre satisfacción del cliente con respecto a los servicios de atención de la ciudad. Los destinatarios de los servicios de atención domiciliaria de Helsinki valoraron positivamente la calidad de atención general, pero presentaron varias sugerencias de mejora. Las más importantes tienen que ver con la logística necesaria para salvar la distancia entre oferta y demanda:

- para poder contactar con el personal asistencial de forma fácil cuando lo necesitaran
- que permita la continuidad del personal que realiza las visitas domiciliarias
- ser claros en el tipo de servicio que uno puede esperar

Fuente: Valvanne (2002)

Apoyo profesional a los cuidadores

Lo normal es que sean los cuidadores no profesionales los que proporcionen la mayor parte de la atención a sus familiares, amigos o seres queridos. Los cuidadores pueden necesitar apoyo en sus distintas responsabilidades: podemos incluir la reducción de su volumen de trabajo, defensa, información y consejo, apoyo práctico e instrumental, apoyo económico, apoyo emocional, formas de proporcionarles descansos, y/o la oportunidad de participar en redes inter-agenciales. Podemos encontrar ejemplos de organizaciones de apoyo para los cuidadores en muchos países, como por ejemplo en Irlanda con la “Caring for Carers” “Atención para los cuidadores”, que es una asociación nacional o, en Finlandia, con la Asociación de Atención a Familiares y Amigos. Además, las agencias que ofrecen prestaciones y las organizaciones de investigación y desarrollo también pueden ofrecer programas de apoyo y formación a los cuidadores (Banks y Cheeseman, 1999).

Ejemplo práctico: formación de cuidadores

En Finlandia, la Asociación para la Atención a Familiares y Amigos ha desarrollado una serie de proyectos que proporcionan formación a los cuidadores. El primer proyecto proporciona formación a grupos paritarios líderes en cooperación con otras trece asociaciones de pacientes de otros sectores sociales. El plan proporciona actividades al grupo paritario para buscar nuevas formas, sin desestimar viejas formas de proporcionar apoyo emocional a los cuidadores familiares.

El segundo proyecto forma a voluntarios y profesionales en el apoyo a cuidadores en situaciones difíciles y les ayuda a reconocer las mejores formas de ofrecer su apoyo. Otros dos proyectos de menor envergadura se centran en el apoyo a los cuidadores antes de que el paciente se traslade a una institución, y en el apoyo a cuidadores de corta duración.

Fuente: Autio (2002)

Mapa de capacidades, destrezas y competencias necesarias

En lo que a atención integrada se refiere y en su sentido más amplio, “capacidad” no es simplemente “camas y edificios”. Hace referencia a un conjunto más amplio de recursos, tales como financiación, liderazgo, conocimiento y destrezas. La capacidad es necesaria en el nivel cualitativo y cuantitativo, y dentro de distintas entidades, incluyendo todo el sistema general de servicios, organizaciones, personal, y los individuos que reciben la atención. Si capacidad es “la habilidad para cumplir los objetivos establecidos” (Goodman et al., 1998), entonces la creación de la capacidad es el proceso o la actividad que mejora esta habilidad y debería contribuir a un desempeño de funciones sostenible (LaFond et al., 2002)

El primer paso sería crear un mapa de las intervenciones que se refieren a la creación de capacidad. Este esquema sería el nexo entre capacidad y actuación. En los capítulos 10 y 11 damos más detalles para la creación de mapas de servicios. No obstante, en lo que a diseño de destrezas y competencias del capital humano se refiere, tenemos que decir que tanto la dirección como la plantilla tienen un rol que cumplir.

La dirección debe desarrollar propuestas y soluciones para problemas clave del capital humano:

- identificando y revisando las destrezas clave (véase Fig 8. más adelante), competencias y actitudes necesarias para prestar una atención de calidad, e introduciendo estas nuevas destrezas en los ámbitos relevantes
- “trasladando” los resultados de esta revisión a todas las áreas de recursos humanos, tales como educación y formación, contratación y recolocación, y salarios

La figura 8 nos muestra las áreas principales de requisitos de calidad en atención domiciliaria. El personal debería hacer un esquema de sus destrezas individuales de acuerdo a los requisitos de calidad identificados por la dirección. Posteriormente se pueden diseñar planes de desarrollo y formación para la plantilla, para los equipos, para toda la organización, o para equipos que trabajan en distintas organizaciones.

Figura 8: mapa de destrezas para una red de servicios integrados



Source: Valvanne (2002)

Además de competencias profesionales “técnicas”, los miembros de la plantilla implicados en la prestación de servicios integrados dentro de un contexto de equipos multidisciplinares tienen que responder con responsabilidad, saber comunicar y ser capaces de llevar a cabo una evaluación. También tienen que trabajar superando los límites profesionales y entre organizaciones. Otras competencias relevantes en este aspecto son tener dotes de comunicador y habilidad para resolver problemas, así como creatividad.

Ejemplo práctico: mapa de competencias

El asesor de personas mayores es una de las nuevas profesiones creadas para dar respuesta a las demandas de atención integrada. El *Institute for Care and Welfare* de los Países Bajos ha creado un conjunto de especificaciones formales que incluye las competencias siguientes:

- acercamiento, creación de vínculos y contactos con los mayores
- clarificación de necesidades y problemas tal como los perciben los mayores (colocar a los mayores en el centro y escucharlos)
- identificación de problemas estructurales dentro del sistema y presentarlos a los responsables
- provisión adecuada para los profesionales y los mayores
- provisión de competencias a los mayores
- preservar la independencia de los mayores
- apoyo a los cuidadores (no remunerados) y a otros voluntarios
- preservar la calidad del crecimiento personal y profesional
- contribuir a un mayor fomento de organización

Fuente: Lammersen and Phillipi (2003).

Contratación

En los países de la EU los directores se enfrentan a los retos que se les presentan ante la reducción de personal. Esto es debido a una serie de factores, incluyendo las tendencias demográficas. A lo largo de toda Europa, se están aplicando una serie de enfoques para hacer frente a estas reducciones. Entre otras, se incluyen el lanzamiento de campañas en los medios con el objetivo de mejorar la imagen del trabajo social, y contratación de grupos poco representados, y mejorando las estrategias de contratación, condiciones de trabajo y el nivel de formación académica y técnica.

Esta claro que al contratar una plantilla profesional tendremos que seleccionar a personas que tengan las titulaciones profesionales pertinentes y/o que puedan demostrar experiencia previa reciente. No obstante, sin perder de vista la importancia de los estándares profesionales generales y las titulaciones necesarias para proporcionar servicios de calidad, la creación de equipos integrados puede ser una excusa excelente para contratar una plantilla con las destrezas y pericia necesarias. Las personas flexibles y creativas que sean capaces de ayudar a un equipo “a cuajar” y que puedan pasar por alto “líneas de demarcación” antiguas, podrían, por su puesto, pertenecer a diferentes contextos. Por esta razón, se puede considerar la posibilidad de contratar a personal con titulaciones menos convencionales.

Otra forma creativa de atraer a nuevos solicitantes es buscar a personas que estén muy motivadas, y que, por su puesto, sean adecuadas para el trabajo, aunque no tengan titulación académica formal o experiencia laboral reciente. Las personas que han estado fuera del mercado laboral durante un largo periodo de tiempo, por ejemplo, por estar en el paro, por enfermedad, por dedicación al cuidado de mayores o de sus hijos. Se puede fomentar la reincorporación a la formación profesional siem-

pre que la organización se comprometa a acreditar su aprendizaje previo, así como sus destrezas asistenciales adquiridas en el entorno doméstico.

Ejemplo práctico: estrategias de contratación alternativas

En colaboración con agentes sociales locales, el *Netherlands Institute of Care and Welfare* ha creado un proyecto llamado “Trabajando y Cuidando”, se trata de un proyecto creado para mejorar las competencias de mujeres que llevan desempleadas mucho tiempo, y de aliviar la soledad de los mayores. Se contrataron mujeres pertenecientes a comunidades deprimidas con un largo historial de desempleo y se las formó en un entorno grupal para visitar, apoyar y tender una mano a personas mayores que vivían solas. Este proyecto contribuyó a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores implicadas así como aumentó la auto-estima y las posibilidades laborales de estas mujeres.

Fuente: Tenhaeff (2003)

Ya que la reducción de las plantillas cada vez es más común, la contratación de personal procedente de otros países puede convertirse en una opción viable. La libertad de movimiento de las personas, mercancías, capital y servicios es una de las máximas dentro del mercado interno de la UE, y los acuerdos legales referidos a la homologación de titulaciones profesionales de atención sanitaria –como doctores o enfermeras de medicina general, se verán simplificados por la nueva legislación comunitaria (Comisión Europea, 2002). Con la incorporación de diez nuevos países en 2004, la Comunidad Europea se ha ampliado considerablemente, y esto tendrá consecuencias que afectarán de muy distinta manera a los distintos países miembros (Irwin, 2001, Albereht, 2002, Zajac 2002)–.

Algunas destrezas, como por ejemplo el conocimiento de lenguas o estar familiarizado con la cultura profesional del país anfitrión, pueden influir en la contratación internacional. El Reino Unido, por ejemplo, se centra fundamentalmente en Filipinas, Sudáfrica y Australia para solucionar su dotación de personal (Buchan, 2002).

Tanto si se contrata personal del propio país o de fuera, es importante involucrar a los mayores, o al personal que lo represente en el proceso de selección de personal. Esto se puede llevar a cabo indirectamente, pidiéndoles que identifiquen lo que para ellos debe ser un proveedor asistencial, o directamente, en algún momento del mismo procedimiento de selección.

Formación

En todos los sectores y organizaciones, los programas de formación de personal tienen que incluir una serie de temas. La interacción, relación y diálogo con las persona mayor como cliente debe ser el punto de partida de esta formación. Es igualmente necesario que se den cuenta que trabajar juntos con las personas clave del sistema de atención (incluyendo el cliente y su cuidador no profesional) significará más eficiencia y más calidad.

Entender en su totalidad lo que significa atención integrada y la trascendencia que tendrá en su forma de trabajar, sus funciones y competencias ayudará al personal a crear una visión conjunta. Además, el aprendizaje interdisciplinar favorece el trabajo con otros profesionales y ayuda a traspasar fronteras entre organizaciones y éste tendría que ser el punto de partida y el objetivo del programa de formación. La creación de un lenguaje común es una herramienta fundamental para realizar un trabajo integrado. Por último, en programas de creación de grupos es fundamental hacer hincapié en la comunicación entre el personal de las distintos ámbitos profesionales, así como también entre los clientes, cuidadores y profesionales.

Trabajar en un equipo interdisciplinar implicará, en muchos casos, asumir tareas de otros profesionales, tanto horizontal como verticalmente, lo cual significa ampliar las tareas propias. Como consecuencia, sería recomendable disponer de una plantilla que tenga una formación general durante la primera etapa del periodo de implementación (Dargie et al., 1999), y establecer posteriormente un sistema de rotaciones para que todo el mundo adquiriera las destrezas necesarias. Si admitimos que la identidad profesional y de organización y que los límites entre éstos pueden persistir, sería recomendable que los coordinadores proporcionasen ciertos incentivos, como pueden ser puntos de acreditación o certificados, para el personal que forme parte del programa de formación.

Los distintos países de la Unión Europea están viendo cómo su población es cada vez más diversa. Como la prestación a los mayores en sus entornos y los servicios centrados en el cliente son aspectos clave en la provisión de atención integrada, esta atención debe prestarse teniendo presente estas diferencias culturales. Por lo tanto, los programas de formación también deberán tratar aspectos relacionados con la diversidad, como por ejemplo aspectos como la lengua, cultura o estilos de vida. En algunos países europeos se han creado servicios específicos para la comunidad negra y otras minorías étnicas.

Educación

El sistema educativo no siempre da respuesta a las necesidades del sistema de atención. Los cursos de formación profesional generales que preparan alumnos para trabajos prácticos cada vez tienen menos demanda, ya que la mayoría aspira a estudios superiores. Esto se traduce en una demanda de personal que proporcione servicios domésticos y atención práctica. Por otro lado, los proveedores de servicios puede que necesiten más personal con estudios universitarios superiores para responder al desarrollo de nuevos métodos de trabajo, tratamiento, atención y apoyo. En Suecia, los proveedores de atención legalmente reconocidos, en otras palabras, los representantes del gobierno local, están en estos momentos trabajando conjuntamente con el sistema educativo para mejorar estas relaciones, creando cursos de capacitación en el sistema universitario; son cursos de formación de uno o dos años para el personal ayudante en atención social y sanitaria dirigida a personas mayores (Lofgren, 2001).

Algunos de los problemas surgidos en el desarrollo del trabajo inter-agencial se deben a diferencias entre el personal en cuanto a actitudes, contexto profesional y la jerga profesional utilizada. En Finlandia, esto se está empezando a tratar con la creación de un nivel básico de educación para aquellos que quieren trabajar en atención geriátrica tanto en el sector sanitario como social. A la larga, de lo que se trata es que cualquiera de las personas que trabajen en el nivel primario deberían “ver y oír” a sus clientes mayores utilizando un mismo criterio y compartiendo un lenguaje común. (Rissanen, 2001).

Personal

Los aspectos relacionados con la dotación de personal están tratado en varios capítulos de este libro. Sin llegar a negar la importancia de la competencia técnica específica, como por ejemplo evaluación de necesidades integrada, el mensaje general que se desprende es que esas competencias “adaptables” también son importantes. Estas competencias se basan en destrezas sociales y emocionales. La atención integrada tiene mucho que ver con las actitudes, valores, enfoques holísticos, habilidades interpersonales, la habilidad para trabajar en equipos y entre organizaciones, y la creatividad. La atención integrada también implica escuchar a los clientes, y hacer equipo con ellos y sus cuidadores. Es necesario que se lleve a cabo a través de una organización que se dedique a la formación que favorezca el cambio y una comunicación abierta horizontal.

Todo el personal tiene que participar en el cambio hacia un trabajo integrado centrado en el cliente y debe percibir que su propia contribución está reconocida y valorada. El trabajo integrado es ante todo un esfuerzo de equipo: un proceso que necesita verse como “propio” en todos los niveles, dentro y entre organizaciones. Alentar la aportación verticalista en este proceso es esencial, pero no debería olvidarse la importancia de la participación de los cargos intermedios y el apoyo de los altos cargos gerentes y el liderazgo.

Prioridad: dotación de personal

Ya que este capítulo está dedicado a los componentes básicos necesarios para recursos humanos, es importante tener en cuenta los requisitos que debe tener esta plantilla, requisitos para la provisión de un programa, en términos como apoyo, formación y desarrollo de nuevas funciones. El desarrollo y sostenibilidad de los servicios de atención integrada no es un parche rápido o algo único en su género, sino un proceso continuo que requiere tiempo y sacar provecho de revisiones periódicas. Reservar los recursos adecuados en términos de tiempo, recursos económicos y personal es esencial y debería verse como una inversión a largo plazo. La creación de un *portfolio* de gestión ejecutiva puede facilitar el apoyo al proceso y la práctica de integración, y reconocer su importancia por parte de la organización como un todo.

Lista de control: ampliación de recursos humanos

- ✓ Dependiendo del número de personal de que se disponga y de los recursos económicos, es importante contemplar la idea de optimizar presupuestos conjuntamente con otras agencias y conjuntamente contratar personal de apoyo que gestione y ofrezca aspectos necesarios para crear una plantilla adecuada a la atención integrada.
- ✓ Sírvasse de esta plantilla para crear programas de formación especializados, gestión de competencias y evaluación de procesos.
- ✓ Contrate una plantilla de apoyo mixta y competente para ampliar actividades extras entre organizaciones y para crear un lenguaje común.

Emprendedores

La integración de servicios y el trabajo en red necesita uno o varios “emprendedores sociales” que hagan posible el proceso de integración global y su mantenimiento y continuidad (Hudson 2003). Deben asumir un compromiso fuerte para el cambio y tener experiencia en el diseño y creación de políticas de contactos, identificando cuándo son posibles las interconexiones. También deben tener la capacidad para crear coaliciones y alianzas. Entre éstas se incluyen:

- establecer una gerencia horizontal y ascendente
- motivar e influir a las personas sobre las que se tiene poco control
- crear y recopilar recursos que pertenecen a otros
- favorecer la confianza entre socios, haciendo que se comprometan a avanzar en la ampliación del programa
- mantener relaciones y contactos entre agencias a diferentes niveles

(Hudson, 2003)

Dirección

Para facilitar personal y su mantenimiento, los coordinadores deben tener una serie de competencias (Audit Commission, 2002, Adams, 2003). Entre otras se incluyen:

- actuar como modelo y apoyo de un espíritu cooperativo
- desarrollar relaciones saludables entre iguales dentro del sistema para construir un equipo de liderazgo
- apoyar las actuaciones que ofrezcan beneficios a las personas mayores y al sistema en su totalidad
- crear una cultura de organización en la cual el trabajo en un nivel global pueda avanzar
- identificar soluciones “que benefician a todos” con dificultades compartidas
- acordar y comunicar mensajes sistemáticos sobre los valores del sistema, la visión y las prioridades, es decir, colocar a los mayores en el centro de mira
- valorar al personal que trabaje utilizando un enfoque global
- apoyar la innovación, celebrar los éxitos y aprender de los errores

En un estudio realizado por de Jong y den Hartog (2003) para identificar que comportamientos de los líderes favorecen un comportamiento innovador entre compañeros de trabajo, se presentaron unos rasgos de personalidad similares:

- establece modelos de conducta
- proporciona una visión
- funciona como asesor
- sabe delegar
- apoya la innovación
- ofrece gratificaciones

El estudio también demostró que una supervisión y objetivos excesivos pueden dificultar la innovación, ya que esto hace que el personal evite tomar riesgos y hacer que sólo se sientan seguros cuando siguen rutinas

Obstáculos

Aunque podrían contribuir de forma sustancial al desarrollo de atención integrada (véase Apoyos), las políticas y competencias de ámbito nacional también pueden ser un obstáculo. Pueden impedir la colaboración entre servicios dentro y entre distintos sectores, por ejemplo, en lo que a acuerdos de empleo compartido o a optimización de presupuestos se refiere. Las normativas nacionales también pueden frustrar experimentos con nuevas funciones profesionales o la incorporación estructural de estos nuevos profesionales a su plantilla.

La escasez de datos acerca de la población a la que el equipo integrado ofrece sus servicios también puede ser una barrera sustancial, en concreto para la planificación. Además, los datos puede que sólo estén disponibles o sólo puedan acceder a ellos desde el departamento en el que el equipo está trabajando, lo que nos puede llevar a tener un conocimiento insuficiente de las condiciones de vida de los clientes, sus recursos sociales y económicos o necesidades concretas en lo que a cultura o lengua se refiere.

Apoyos

En lo que a coordinación de actividades se refiere, hacer las cosas bien desde el punto de vista laboral tiene mucho que ver con un buen liderazgo y gestión del cambio cultural. Las políticas nacionales pueden ser de gran ayuda y permitir el desarrollo y apoyo de una plantilla integrada. Son particular-

mente de gran ayuda las políticas intersectoriales que reconocen la creciente demanda de atención integrada centrada en el cliente y que tienen esto en cuenta, por medio de:

- una planificación a largo plazo de estudios universitarios, de formación profesional y cursos y programas de formación que incorporen nuevas competencias y funciones profesionales son de crucial importancia para la atención integrada
- potenciar y permitir que personas que han estado desempleadas durante largos periodos de tiempo se incorporen al mercado laboral a través de cursos de formación y puedan compatibilizar este nuevo trabajo con la crianza de los hijos, con actividades educativas o de atención.

Puntos clave

Los puntos siguientes resultan esenciales para la creación de una base de personal adecuada y sostenible y, por consiguiente, para apoyar al “capital humano” que presta una atención integrada centrada en el cliente:

- **Permitir tiempo suficiente para facilitar los procesos relacionados con la creación de una visión, actitud y habilidades.**
- **Asignar recursos humanos específicos y un compromiso con la dirección ejecutiva para guiar el proceso, hacer un mapa de habilidades y desarrollar competencias.**
- **Dejar a un lado las perspectivas tradicionales si se quiere trasladar las necesidades de los clientes a los requisitos del personal.**
- **Ser creativo a la hora de contratar personal: la atención integrada requiere nuevas competencias técnicas y también muchas habilidades “adaptables”.**
- **No tener miedo de experimentar en nuevas funciones profesionales.**
- **Establecer asociaciones con otros proveedores de servicios, así como con el sector educativo, los servicios sociales, empleo y la empresa privada.**
- **Hacer “uso” de las políticas nacionales y de la EU siempre que se pueda a favor de una atención integrada accesible y de alta calidad.**
- **Buscar inspiración en colegas de otros países, pues ellos también habrán intentado encontrar soluciones a retos similares.**

Bibliografía:

- Adams, O. (2003). *Management Matters. Coping with the crisis of management and managers in the health system*. Speech at EHMA conference ‘The health workforce: managing the crisis’, 25–27, June 2003, Caltanissetta, Sicily. Based on an article with identical title by Maliqi B, Dorros GL, Adams O. Geneva: World Health Organisation.
- Albrecht, T. (2002). ‘Opportunities and challenges in the provision of cross border care: view from Slovenia’. *Eurohealth* vol. 8: 4, pp. 8-10.
- Audit Commission (2002). *Integrated services for older people*. London: Audit Commission. Also available at: www.audit-commission.gov.uk.
- Autio, T. (2002). *Supporting the Family Caregivers in Finland*. Dublin: EHMA.
- Banks, P. Cheeseman, C. (1999). *Taking Action to Support Carers: A carer’s impact guide for commissioners and managers*. London: King’s Fund. Also available at: www.kingsfund.org.uk.

- Buchan, J. (2002). 'What 's the connection? British nurse recruitment in an enlarged EU'. *Eurohealth* vol. 8: 4, pp. 15-16.
- Dargie, C. Dawson, S. Garside, P. (1999). *Policy Futures for UK Health: Pathfinder – a consultation document*. London: Nuffield Trust.
- De Jong, J. den Hartog, D. *Leadership as a Determinant of Innovative Behaviour*. SCALES reseachreport H200303. Zoetermeer: SCALES Initiative.
- European Commission (2002). *Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the Recognition of Professional Qualifications*. COM/2002/0119 final. Brussels: European Commission.
- Goodman, RM. Speers, MA. McLeroy, K. Fawcett, S. Kegler, M. Parker, E. Rathgeb Smith, S. Sterling, TD. Wallterstein, N. (1998). 'Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement'. *Health Education and Behavior* vol. 25: 3, pp. 258-78 .
- Goumans, M. Tamsma, N. (2003). *Networks for Integrated Care at City Level*. Dublin: EHMA.
- Hudson, B. (2003). *Governance and Integrated Care: Understanding and developing networks at local level*. Paper presented at CARMEN conference 'Managing integrated care services for older people at city level'. Newcastle, October 2003. Dublin: EHMA.
- Irwin, J. (2001). 'Migration patterns of nurses in the EU'. *Eurohealth* vol. 7: 4, pp. 13-15.
- Krijger, E. Driest, P. Stoelenga, B. (2002). *De Integrale Medewerker* (The integrated services officer). Utrecht: Innovatieprogramma Wonen en Zorg.
- Lammersen, G. Phillipi, S. (2003). *Herijking Functieprofiel Ouderenadviseur* (Revision competency specification elderly adviser). Utrecht: NIZW.
- LaFond, AK. Brown, L. Macintyre, K. (2002). 'Mapping capacity in the health sector: a conceptual framework'. *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 17, pp. 3-22.
- Leutz, WN. (1999). 'Five laws for integrating medical and social services: lesson from the United States and the United Kingdom'. *The Milbank Quarterly*, vol. 77: 1, pp. 77-110.
- Lofgren, K. (2001). *Key Points November 2001*. Dublin: EHMA.
- Rissanen, S. (2001). *Home/Residential Interface: Some issues in Finland*. Dublin: EHMA.
- Schwartz, A. Jacobson, J. Holburn, S. (2000). 'Defining person centeredness: result of two consensus methods'. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, vol. 35: 3, pp. 235-49.
- Tenhaeff, C. (2003). *The Health Dimension of Comprehensive Action with Disadvantaged Women*. Utrecht: NIZW/VHAI.
- Tjadens, F. Pijl, M. eds. (2000). *The Support of Family Carers and their Organisations in Seven Western-European Countries: State of affairs in 1998*. Utrecht: NIZW.
- Valvanne, J. (2002). *Developing Home Care in the City of Helsinki: The project for services to the elderly*. Dublin: EHMA.
- Vaarama, M. Pieper, R. Meretniemi, M. Canali, C. Huijbers, P. Loewenthal, D. Valvanne, J. Åhgren, B. (2004). *Monitoring, Evaluation and Planning*. Dublin: EHMA.
- Zajac, M. (2002). 'EU accession: implications for Poland's healthcare personnel'. *Eurohealth*, vol. 8: 4, pp. 8-10.

Capítulo 9

Cambio cultural

MIA DEFEVER

Cuando dos o más organizaciones, profesiones o equipos pertenecientes a contextos distintos entran en contacto para proporcionar atención integrada basada en las necesidades de personas mayores, tendrán que empezar a trabajar con métodos que a uno y a otro les pueden resultar desconocidos. Y si además provienen de sectores distintos, o si poseen diferentes tradiciones o historias, esta necesidad será todavía mayor.

Estas formas tan innovadoras de colaboración entre sistemas y organizaciones, pueden aportar un valor añadido a la suma de esfuerzos de todas las organizaciones. Para reconocer este valor añadido, las partes implicadas tienen que hacer frente y superar sus múltiples diferencias en cuanto a sus percepciones mutuas, estatus, estilos de trabajo, afiliaciones organizativas, sistemas de contratación y salarios. Por lo tanto, en la atención integrada, tanto las organizaciones como los trabajadores deben compartir unos patrones de valores para poder proporcionar un paquete de atención coherente.

En este capítulo se explican, muy resumidamente, los problemas y recomendaciones que los coordinadores tienen que considerar cuando se introduce el cambio cultural como un instrumento de gestión para desarrollar atención integrada basada en las necesidades.

Definiciones

El término “cultura” hace referencia a los sistemas de valores de una sociedad, un sistema u organización, y a las actitudes de la gente y los trabajadores. “Cambio cultural” es un proceso asumido que apoya las estrategias de cambio en las organizaciones. El cambio cultural puede aparecer como resultado de la colaboración y la innovación. En este capítulo, cambio cultural se entiende como un mecanismo de apoyo al desarrollo de atención integrada basada en las necesidades para personas mayores.

Ejemplo práctico: perspectivas de cambio

En Bélgica una organización benéfica de ámbito nacional financiaba a un gestor de atención a tiempo completo responsable de un equipo de 40 trabajadores. Estos trabajadores dan asistencia a 160 personas mayores en una zona semi-rural. La organización desarrolló un proyecto de atención integrada. El proyecto implicaba conciliar conjuntamente 3 agencias, que funcionaban separadamente:

- el coordinador de atención y los 40 empleados a su cargo
 - cuatro médicos de asistencia primaria encargados de la atención de personas mayores
 - el jefe de los servicios geriátricos del hospital de la zona
-
- **El coordinador de atención.** Los trabajadores asistenciales trabajaban en estrecha colaboración con los médicos de atención primaria de la zona, sin embargo no disponían de recursos para optimizar sus actividades a más largo plazo. Tenían un contacto estrecho a largo plazo

con sus clientes y estaban en conflicto permanente con el hospital de la zona a la hora de dar de alta a personas mayores. El coordinador creía que el trabajo en equipo era esencial para el bienestar de las personas mayores de su región.

- **Médicos de atención primaria.** Los médicos de atención primaria confiaban en el equipo de atención domiciliaria pero, como éste no disponía de la capacidad suficiente, la única solución para las personas mayores en estado crítico era casi siempre el servicio de urgencias del hospital de la zona. Los médicos de atención primaria estaban convencidos de que eran ellos los que debían desempeñar el papel clave en cualquier nuevo equipo que se formara para atención integrada, porque creían que ésta era una tarea primordial de su papel de médicos de la comunidad.
- **El jefe de servicios geriátricos.** El director general del hospital a menudo pedía al jefe de servicios geriátricos que supervisara sus altas de forma más continuada, y que redujera el número de camas ocupadas. Se sentía frustrado porque sus esfuerzos por conseguir alojamiento adecuado y por corto plazo para sus pacientes dados de alta resultaban infructuosos. La mayoría de las veces su única misión consistía en desarrollar y gestionar programas de atención integrada en hospitales, ya que creía que él era la persona idónea porque tenía acceso a la información necesaria, los recursos y los conocimientos y experiencia para llevarlo a cabo.

En el primer encuentro entre estas tres agencias, cada grupo se preocupó de la urgencia de sus problemas, culpando a los otros de falta de entendimiento y deseos de cooperar. No existía un ambiente de respeto a la diversidad de actitudes, valores y creencias, y esto se vio exacerbado por una percepción injusta de sus diferentes estatus profesionales.

En un segundo encuentro, la organización benéfica recurrió a un experto externo. Las tres agencias organizaron una tarde de actividades con juegos de rol diseñados para ayudar a los participantes a entender los puntos de vista de los otros. El programa integrado ha empezado, y las tres partes ya no son adversarias sino que han empezado a comprender el valor de las aportaciones que puede hacer cada una de ellas.

Fuente: Comunicación particular (2004)

Objetivos y resultados esperados

El cambio cultural en atención integrada se diseña para lograr que se produzca un cambio:

- en los modelos de atención para mayores existentes entre las personas y las organizaciones implicadas en el proceso de atención integrada, incluyendo el personal, las personas mayores (clientes) y sus cuidadores
- en las ideas que persisten entre las personas mayores, sus cuidadores y el personal para que evolucionen hacia un modelo centrado en las personas como resultado de los esfuerzos realizados en favor del cambio cultural
- hacia una reorientación tangible en creencias y actitudes hacia valores clave de atención integrada
- se asuma una meta común y una visión que sitúe a los mayores en el centro
- sostenible y profundamente enraizado, asimilado por las diferentes partes, que funcione a todos los niveles y en todas las partes del sistema
- comprensión, respeto y sensibilidad hacia las diferencias culturales y los roles comunes, a favor del trabajo de cada uno, y las distintas personas y agencias implicadas
- cambio sostenible, aspirando alcanzar un cambio progresivo e irreversible en cuanto a actitudes, valores y creencias

Cambio cultural sostenible

Desde el momento en que los diferentes procesos de servicios sociales y sanitarios dependen de las actuaciones de las personas, la sostenibilidad aparece que ni caída del cielo para ganarse los corazones y mentes de todos aquellos implicados. El cambio cultural se vuelve sostenible cuando las nuevas formas de trabajo y la mejora de resultados se convierten en la norma, y de esta forma queda claro que la organización ya ha evolucionado y ya no hay vuelta atrás.

Modelos y enfoques

Se pueden utilizar varios modelos para orientar el cambio cultural. Algunos, como el “aprendizaje en bucle triple” (*“triple loop learning”*), son más generales y se refieren a procesos organizativos, aunque se adaptan a lo que podemos llamar “cultura de aprendizaje”. Otros, como el llamado “el cliente es el responsable”, se refieren específicamente a los valores centrales de la atención integrada. Se ajustan a lo que se podría llamar “enfoque del cliente es lo primero”. Estos modelos no son excluyentes entre sí: el “aprendizaje en bucle triple” es un enfoque que sirve de orientación al cambio cultural en toda la organización, mientras que el “cliente es lo primero” nos introduce en los valores de la atención integrada.

Estos dos modelos, el enfoque de cultura del aprendizaje y el enfoque el cliente es lo primero, los trataremos con más detalle más adelante. Hablaremos también de otros instrumentos muy útiles para la implementación del proceso de cambio cultural.

Cultura de aprendizaje

Los coordinadores que quieran apoyar e iniciar un cambio cultural en su organización deben entender la estrategia de una “organización en aprendizaje” y considerar el aprendizaje como una actividad central. Según esto, esta actividad va más allá del mero aprendizaje- será un punto crucial para el cambio sostenible. Las organizaciones en aprendizaje tienen en cuenta su entorno como una fuente inagotable de oportunidades. Están familiarizadas con las percepciones de los diferentes integrantes del sistema, y tienen un conocimiento profundo de las necesidades de sus clientes (Davies y Nutley, 2000).

Transformarse en una organización en aprendizaje no siempre es fácil. Las organizaciones en aprendizaje deben aprender a aprender. Esto se expresa muy bien por medio del concepto de aprendizaje en bucle triple, el cual distingue tres niveles de aprendizaje:

- **Aprendizaje en bucle simple** implica detectar y corregir errores por medio de un mecanismo de feedback simple, como puede ser una auditoría que compare la práctica actual con los estándares.
- **Aprendizaje en bucle doble** es un nivel más sofisticado que afecta a los procesos de la organización porque cuestiona sus objetivos y el rumbo del cambio. Este nivel puede llevarnos a una redefinición de los objetivos y la política de la organización e incluso a cambios estructurales.
- **Aprendizaje en bucle triple**, también llamado “aprender aprendiendo”, es un aspecto del aprendizaje poco desarrollado. Aquí, las organizaciones aprenden acerca de los contextos de su aprendizaje y desarrollan la capacidad para identificar cuándo y cómo aprenden y cuándo y cómo no, y así adaptarse. Las organizaciones en aprendizaje se sirven de la experiencia de su aprendizaje para desarrollar y testar nuevas estrategias de aprendizaje (Argyris y Schön, 1996).

Ejemplo práctico: proceso de aprendizaje en bucle triple (*triple-loop learning*)

- **Aprendizaje en bucle simple.** Un hospital examina el servicio de pacientes geriátricos. Tras realizar una auditoría clínica, descubre que existen vacíos entre ciertos criterios y las directrices y la práctica actual. Se realizan reuniones donde se discuten las directrices, se hacen cam-

bios para trabajar los procedimientos, y se aumentan los informes y el *feedback* de las actuaciones. Estos cambios incrementan la proporción de pacientes que reciben una atención apropiada y oportuna (es decir, conforme a las directrices).

- **Aprendizaje en bucle doble.** Como parte de la revisión del servicio de atención geriátrica, el hospital entrevista con detenimiento a algunos pacientes. Las entrevistas revelan que los asuntos que más preocupan a los pacientes mayores son la continuidad de la atención, la comodidad del acceso, la calidad de la información y la interacción paciente-profesional. Para dar prioridad a estos asuntos, el hospital reconfigura totalmente su servicio de geriatría creando un sistema de equipos que dirigen las enfermeras. Los criterios establecidos en las directrices no se abandonan, sino que se entreteje un nuevo modelo de interacciones y valores.
- **Aprendizaje en bucle triple.** A pesar de los intentos realizados no se consigue cumplir los nuevos objetivos, por lo tanto el hospital diseña un nuevo programa. Los factores que favorecían la reconfiguración y aquellos que la impedían fueron analizados y comunicados dentro de la organización y a las distintas agencias. La comunicación no se llevó a cabo por medio de informes formales sino por medio de comunicaciones informales, contratación de trabajadores en prácticas y la creación de equipos que trabajaban en varios servicios. Finalmente, el hospital ha podido compartir con otros servicios y agencias lo aprendido después de aprender a configurar un nuevo programa.

Adaptado de Davies y Nutley (2000)

El proceso descrito en el ejemplo práctico anterior nos muestra que la organización ha entendido la lección que se desprende de lo aprendido en las fases anteriores. Lo que empezó como una reorganización de un servicio (bucle simple) acabó incluyendo las perspectivas del cliente o comprador (bucle doble). Finalmente entendió (bucle triple, o aprender aprendiendo) que la reforma real sólo puede tener lugar superando las vías tradicionales, es decir, implicando a las partes y pidiendo la colaboración de otros sectores.

Enfoque “el cliente es lo primero”

Los modelos de “cliente es lo primero” hacen hincapié en valores clave de la atención integrada. Podemos incluir aquí el modelo centrado en el cliente y el modelo de responsabilidad del cliente

- **Modelo centrado en el cliente:** es un marco que se basa en las creencias y expectativas de un paciente. Los trabajadores sanitarios deben ser capaces de ver al paciente como una persona, que entre ellos existe un tipo de relación, y las expectativas que cada uno de ellos espera de esa relación. Pensando de forma práctica, el centrarse en la persona exige que los valores del paciente y de los proveedores de atención se identifiquen de forma explícita, junto a aquellos valores ya predominantes en el entorno asistencial (McCormack 2003).
- **Modelo “el cliente es el responsable”:** este modelo incorpora la participación creativa del cliente, la valoración de necesidades de la familia, una formulación de objetivos comunes, un seguimiento de las metas conseguidas y el establecimiento de objetivos para la asistencia postoperatoria. Se incluyen aspectos tales como la confidencialidad, toma de decisiones médicas compartidas y el respeto a la autonomía del paciente. Este modelo hace hincapié en la toma de decisiones, teniendo siempre en consideración los objetivos y preferencias del paciente con respecto a su atención, de tal manera que el paciente y sus cuidadores (no profesionales) pueden negociar el proceso de toma de decisiones teniendo en cuenta los valores y perspectivas del paciente (Pantilat *et al*, 1999).

Proceso de implementación

El cambio cultural puede surgir bien como consecuencia de una planificación meticulosa o puede surgir porque se han implantado programas de atención integrada, o por una actitud colaboracionista entre los servicios y las instituciones. En el primer caso, el programa de cambio cultural lo inician los coordinadores, mientras que en el último caso la reorientación de las creencias y las actitudes y un entendimiento y respeto mutuo surge como consecuencia de actividades de atención integrada.

Ejemplo práctico: cambio cultural planificado

El ejecutivo jefe de una red de instituciones de atención sanitaria reconoce que el cambio cultural es crucial para que la reestructuración de los servicios de mayores se realice con éxito, ya que las actitudes y creencias de la “vieja guardia” limitan el progreso. El director jefe está convencido de que el hecho de compartir valores clave entre los miembros de la organización puede hacer vencer los obstáculos de la reestructuración en favor de la integración. Para planificar este cambio cultural, el director jefe presta especial atención a las culturas y subculturas relacionadas con la provisión de servicios, tradicionalmente arraigadas, en particular las ideas y creencias que tienen que ver con conceptos como autoridad, deferencia, estatus, disciplina y culpa. Al definir sus objetivos, podrá revelar esa cara irracional de la organización y hacer que la gente se dé cuenta de que esas creencias arraigadas condicionan nuestras conductas y se oponen al cambio y la innovación.

Adaptado de Mahony (2000)

La implementación de un cambio cultural que favorezca una atención integrada basada en las necesidades de las personas mayores es un proceso gradual. Buscar un conjunto inequívoco de valores comunes sería simplificar en exceso, y es todo lo contrario, es una evolución hacia un cambio en cuanto a visión y actitudes de trabajadores que colaboran y favorecen la integración de la atención. Este proceso implica:

- crear y desarrollar equipos
- líneas de gestión transparentes y consensuadas, apoyadas por cláusulas contractuales y códigos de conducta
- sistemas de valoración de la plantilla y objetivos de reforma, tales como salarios y gratificaciones o ascensos para los trabajadores de primera línea
- desarrollo de criterios sostenibles
- ayuda externa (especialmente en la fase inicial)
- supervisión externa llevada a cabo por órganos reguladores y aseguradoras
- desarrollo de protocolos conjuntos
- trabajar en equipo y hacer una reflexión sistemática

Sistemas e instrumentos

En esta sección se facilitan tres ejemplos de instrumentos que pueden resultar de gran utilidad a la hora de implementar el cambio cultural:

- apuntes del trabajador (*vignettes*), donde se incluyan experiencias de los mayores
- orientación y liderazgo
- modelos que guíen a la gente en el proceso de cambio

- **Apuntes (*vignettes*), donde se incluyan experiencias de los mayores.** Los coordinadores pueden utilizar estos apuntes breves como modelos ilustrativos para ayudar a hacer un sondeo de la organización y erradicar cualquier obstáculo que impida el cambio. Estos apuntes son historias reales o hipotéticas que provocan la respuesta a una serie de preguntas, las cuales a su vez ofrecen la posibilidad de evaluar el sistema, condiciones, situaciones o cambios. Resultan especialmente útiles cuando falta un marco conceptual explícito o una metodología (Liaw et al., 2003), y pueden resultar de gran utilidad para debatir valores profesionales y normas organizativas.
- **Orientación y liderazgo;** ya que los coordinadores a veces pasan por alto la necesidad que supone tener habilidades de líder, puede que sea necesario involucrar a mentores externos para que les enseñen técnicas de liderazgo concretas, como por ejemplo mejorar la comunicación. Los coordinadores pueden afianzar sus técnicas de liderazgo si:
 - Diferencian entre liderazgo y gestión.
 - Adoptan un nuevo estilo de gestión.
 - Valoran la utilidad de las nuevas técnicas de gestión.
 - Comprenden la conexión que existe entre tecnología y liderazgo.
 - Buscan soluciones más allá del problema, lo cual implicará que otras agencias y organizaciones vean y oigan lo que se hace (Kowalski y Campbell, 2000).
- **Modelos que sirvan de guía a las personas en el proceso de cambio:** un ejemplo sería el modelo “¿qué me ofrece a mí?” Un análisis del “¿qué me ofrece a mí?” es una forma útil de tener en cuenta las diferentes necesidades y actitudes de cada uno de los interesados claves en la iniciativa de cambio (sean éstos individuos o grupos). El análisis debería llevarse a cabo desde el mismo momento que se establece la iniciativa de cambio, antes de que la gente “tome posiciones” y que posteriormente pueda revisarse tantas veces como sea necesario.

Tabla 5: ¿Qué me ofrece a mí?

Personas/grupo Clave	¿Qué me ofrece a mí?		¿Qué pueden hacer los socios o interesados para apoyar o evitar iniciativas de mejora?	¿Qué puede/debería hacer el coordinador para reducir actividades en contra y fomentar y apoyar las actividades a favor?
	Impacto	Riesgo		
A	B	C	D	E

Adaptado de NHS Modernisation Agency ,2003

Lista de control: instrucciones para completar la tabla 5

- ✓ **Columna A:** Identifique al individuo o grupos de acuerdo a uno de estos 3 tipos:
 - personas que se espera apoyen el cambio
 - personas que se espera que estén en contra
 - personas que se espera que sean neutrales o que aún no se han decidido (no sabe / no contesta)
- ✓ **Columnas B y C:** Registre ideas y comentarios (positivos y negativos) expresados individualmente o en grupo sobre lo que han oído sobre la idea de cambio. Entre los criterios se incluyen:
 - valores y creencias profundamente arraigados
 - relaciones de trabajo

- salario
- poder
- posición

Cuanto más criterios tengamos a los que les afecte el cambio, mayor será la resistencia al cambio. Los cambios que interfieren de forma negativa en el poder de una persona, su estatus, posición e identidad, suscitarán más resistencia.

- ✓ **Columna D:** Enumere actuaciones que los individuos o grupos pueden adoptar para apoyar o no apoyar iniciativas de cambio. Tenga en cuenta si muestran:
 - un compromiso: quieren que el cambio ocurra y trabajarán para que ocurra
 - apatía: ni apoyo ni oposición al cambio
 - no-conformidad: no aceptan que puede haber beneficios y no tienen nada que perder si se oponen al cambio
- ✓ **Columna E:** Indique actuaciones que pueden:
 - mover a los no conformes hacia una posición de neutralidad, ya que es muy difícil moverlos inmediatamente hacia una posición de compromiso
 - detectar y rechazar posibles actividades en contra
 - buscar y construir y fomentar conductas de apoyo

Personal

La participación de todo el personal es una condición *sine qua non* para que se desarrolle un cambio cultural a favor de la atención integrada para personas mayores. Serán necesarios grandes esfuerzos en una primera etapa, para que haya mayor conciencia y sensibilidad del personal hacia valores e ideas de atención integrada. La “asimilación” por parte del personal de valores y creencias es esencial. Esto exige que las ideas de atención integrada surjan entre el personal como obvias, y se perciben como propias.

Es importante tener en consideración los siguientes aspectos:

- hacer hincapié en la innovación
- desarrollo de equipos
- representación de todos los grupos participantes
- enfoque de “abajo-arriba”
- especial atención al papel de los voluntarios y de las ONG
- formación de los profesionales
- capacitación del personal de primera línea
- especial atención a los directivos del nivel intermedio

Pasemos a explicar con más detalle estos factores:

- **Hacer hincapié en la innovación:** Las organizaciones en proceso de aprendizaje están constantemente buscando nuevas formas de prestación de servicios, por lo tanto la innovación y el cambio están muy valorados. Un requisito esencial para el progreso es la aceptación de que se aprende a partir de los errores, lo cual exige una cultura que acepte los resultados derivados de los errores,

en vez de buscar culpables y chivos expiatorios. Esto, sin embargo, no significa que se tolere un rendimiento rutinario o mediocre, del cual no se puede aprender nada.

- **Desarrollo del trabajo en equipo:** Como líder del equipo, el coordinador asume la misión de la atención integrada de manera que ésta se entienda y se pueda aplicar a cada una de las organizaciones ya que, en el futuro, un cambio cultural efectivo dependerá de esa aceptación por todos y cada uno de los miembros del equipo de atención integrada. El énfasis puesto en el equipo reafirma la necesidad de aprendizaje en equipo. A este respecto, los jefes de equipo y los coordinadores deben actuar como agentes de cambio, y actuar dando ejemplo.
- **Representación de todos los grupos participantes:** Todas las partes implicadas deben estar representadas en comités directivos, y en la formación del equipo de atención integrada.
- **Enfoque “de abajo a arriba”:** Este enfoque debe tener en cuenta las percepciones y las actitudes del cliente, o la familia, y de todos los trabajadores implicados en la implementación del programa. Los coordinadores deben ser conscientes del peligro que conlleva utilizar el cambio cultural como un mecanismo de control jerárquico para extender el control y el poder (Mahony, 2000).
- **Especial atención al papel de los voluntarios y las ONG:** Esto exige la identificación de los voluntarios y reconocer sus valores y objetivos. Los coordinadores deben ser conscientes de la importancia de la aportación que hacen los voluntarios, y de la relevancia que tienen sus opiniones (Rayner y Marshall, 2003).
- **Formación de profesionales:** Esta actividad merece mayor atención, ya que en el currículo de formación de profesionales en salud a menudo no se incluye el intercambio de información más allá de su ámbito profesional. Es necesario que el colectivo médico realice cursos de formación especiales para transmitir una cultura de atención integrada.
- **Capacitación del personal de primera línea:** Los coordinadores deben ser capaces de confiar en que sus subordinados utilizarán de forma prudente el espacio, el tiempo y los recursos que se les dan a través de programas de capacitación, y que no permitirán conductas oportunistas. Si no existe confianza plena, el aprendizaje es un proceso que se tambalea.
- **Especial atención a la dirección intermedia:** Reconocer la labor de los coordinadores intermedios en el equipo de atención integrada para reafirmar su compromiso es muy importante. Entre otras tareas podrían realizar reuniones formales, disponer de presupuestos y la delegación de poder y autoridad.

Supervisión y evaluación

Realizar un proceso de seguimiento por medio de instrumentos de validación no es útil en este campo porque no existen instrumentos diseñados específicamente para medir el cambio cultural. Los cambios en las actitudes, valores y creencias profundamente arraigados que nos puedan conducir a una visión común, se desarrollan y evolucionan junto al desarrollo, crecimiento e implementación de actividades integradas, por lo tanto no es posible medir los “procesos” de los cambios, sólo los resultados.

Esto implica que la evaluación del proceso requiere instrumentos cualitativos, tales como:

- **opiniones cualitativas** de los usuarios de servicios y de los empleados (cómo perciben ellos la colaboración en el equipo de atención integrada)

- **una definición** de la misión de la atención integrada de cada uno de los miembros del equipo, expresada en sus propios términos
- **recogida de quejas** por parte de los miembros del equipo, personas mayores y sus cuidadores no profesionales, como indicadores de rechazo al cambio, o como forma de expresar que se está siguiendo la dirección contraria a un programa de atención integrada
- **una evaluación**, por medio de una simple encuesta, de satisfacción de cliente y del personal
- **reunión de evaluación formal** entre miembros de la plantilla, de tal modo que cada miembro tenga la oportunidad de expresar lo que considera positivo y aquello que es necesario mejorar
- **una alerta permanente** por parte del coordinador hacia los comentarios y recomendaciones que los miembros del equipo le comunican en reuniones informales o en el día a día en el lugar de trabajo
- **atención a los rumores** propagados (por personas ajenas) sobre la atención integrada

Ejemplo práctico: creación de un equipo multidisciplinar

En Newcastle upon Tyne se creó un equipo multidisciplinar para evaluar a los mayores vulnerables dentro de la comunidad, y para proporcionar formación y apoyo a los equipos de atención primaria y a las residencias. El equipo estaba formado por un médico de atención primaria, un especialista en geriatría, una enfermera comunitaria, un fisioterapeuta, un trabajador social, un terapeuta laboral, un quiropodista, una enfermera de psiquiatría, un foniatra y un logopeda.

El equipo señaló como importantes los siguiente pasos clave si se quería asegurar la prestación de un servicio que fuera valorado por las personas mayores y sus cuidadores, así como también por el personal de primera línea y las partes implicadas dentro de la zona:

- trabajo con equipos de atención primaria, residencias y otras partes implicadas para hacerles partícipes del desarrollo de la visión del equipo y los criterios de ingreso hospitalario.
- creación de un equipo inicial para asegurarse de que el equipo funciona de forma efectiva.
- un historial único, que comparta una evaluación común, donde a partir de la primera remisión se vaya completando por parte de todos los miembros del equipo, de forma rotativa. Esto propiciaría el trabajo compartido e incrementaría el respeto y el conocimiento de las funciones de cada uno.
- una revisión semanal de los incidentes críticos donde se discutían abiertamente los problemas y quejas. Se utilizó un modelo que tuviera en cuenta la enseñanza derivada de estos problemas. Un resultado inicial de esto fue la petición de formación en técnicas de escucha, para que el personal prestara mayor atención a las necesidades y preocupaciones expresadas por los pacientes y sus cuidadores, así como para poder tratar las necesidades identificadas por los profesionales.
- un modelo de planificación de la atención donde participaban los pacientes y sus cuidadores para establecer objetivos y metas y que revisara estos objetivos antes del alta.
- un modelo que evaluaba, intervenía y proporcionaba atención a los pacientes, sus cuidadores y los equipos de atención primaria y residencias, en vez de un modelo que simplemente recoja esos casos atendidos.

Adaptado de Drinkwater (2003)

Obstáculos

Antes de que el cambio cultural tenga lugar es necesario superar un número de obstáculos:

- **La presión del “a corto plazo”** (cultura meta): persiste la creencia de que los programas integrados son menos importantes porque los resultados no son perceptibles a corto plazo.
- **Intransigencia con la imprecisión:** los objetivos y metas de los programas de atención integrada son poco claros y tangibles si se comparan con programas de atención clínica, y esto provoca cierta intolerancia por ese nivel de imprecisión.
- **Financiación inflexible:** los fondos normalmente se asignan por tipo de servicio o sistema, más que por programas de innovación. Los grupos tradicionales o con un gran interés en mantener su estatus consideran que destinar fondos a programas es un “despilfarro” o “redundancia”. A veces, la limitación de los recursos se utiliza como una excusa para evitar una financiación inapropiada.
- **Culturas profesionales:** a pesar del pluralismo cultural, los valores de los grupos dominantes son los que prevalecen, con un fuerte predominio de los grupos tradicionalmente fuertes por su estatus profesional o por su posición jerárquica y por el poder de dominio que ejerce la profesión médica.
- **Clima cultural reinante:** un conocimiento pobre de los objetivos e instrumentos necesarios para adquirir la integración y la creencia reinante de que los sistemas propios y los mecanismos tradicionales son superiores.
- **Resistencia al cambio:** reticencia a comprometerse con estructuras y vías desconocidas o en programas que pueden trastocar las actividades diarias. El temor a que los derechos adquiridos, tales como poder e ingresos, se vean cuestionados.
- **Disparidad entre patrones generales del cambio social a gran escala y a pequeña escala:** especialmente entre el desarrollo de la sociedad que sigue un cambio a gran escala y las aspiraciones del cliente o familia que siguen patrones sociales a pequeña escala para tener acceso a los servicios. Debido a la reducción que está sufriendo esta red de seguridad del estado del bienestar europeo, a un grupo considerable de personas mayores y sus familiares no tienen derecho a la prestación, y son incapaces de afrontar ellos solos los gastos. Los miembros de equipos integrados deben estar al tanto de los cambios de valores, estructuras y creencias surgidos entorno al envejecimiento y la provisión de atención en la sociedad en general.
- **Destinar fondos preferentes para tecnología y provisión de atención a agudos:** Esto normalmente implica olvidar la atención a largo plazo. El apoyo a la atención integrada a mayores sólo es de boquilla, pero en realidad la atención y los recursos se dedican a la tecnología médica, considerada de más prestigio. Esto se traduce en una promoción de la atención a personas mayores vulnerables, a la vez que se fomenta una industria asistencial a agudos que es muy lucrativa.

Apoyos

Existen varios factores que propician el desarrollo hacia un cambio de la visión y las actitudes de los miembros de un equipo de programas de atención integrada. Entre otros se incluyen:

- **Manifestación clara de compromiso** por parte de los coordinadores clave, como líderes de opinión, especialmente en la fase de desarrollo (Gaunt, 2000).
- **Una cultura que incentive la toma de riesgos** y que favorezca el aprendizaje a partir de los errores.
- **Disponibilidad de información** que sea apropiada y aceptable, sobre los propósitos e instrumentos del proyecto de atención integrada.

- **Incentivos económicos a la innovación y toma de riesgos**, incentivos a los individuos para que den lo mejor de sí mismos y desarrollen sus competencias, y a los grupos para que asuman riesgos. Es importante apoyar las actividades arriesgadas para que se valoren y, en particular, proporcionar confianza para que si alguien comete un error, se vea apoyado y no criticado.
- **Buen clima político**, políticas claras y consecuentes que reflejen las ideas y objetivos del enfoque de atención integrada (en el nivel nacional, regional y local, así como en el nivel de sistema) son un requisito fundamental. La ideología de atención integrada que subyace bajo ese marco de normas debería ser visible.
- **Reconocimientos nacionales**, como mecanismos de presión externa para premiar los esfuerzos, promover su ejemplo, y proporcionar continuidad. Los premios pueden ser un vehículo para hacer que programas de éxito continúen, especialmente en momentos de cambio de prioridades de atención sanitaria a nivel nacional.

Puntos clave

Los puntos siguientes son críticos a la hora de iniciar un proceso de cambio cultural, a través del desarrollo de un programa de atención integrada basado en las necesidades:

- La introducción, desarrollo e implementación de atención integrada basada en las necesidades únicamente serán viables si vienen respaldadas por un cambio cultural que transmita la visión de la atención integrada.
- El cambio cultural provoca alteraciones profundas en los valores, creencias y actitudes profundamente enraizados, de todo el personal, clientes y cuidadores.
- Resulta esencial el reconocimiento y el respeto de los puntos de vista de los participantes, que deberán valorar la interacción y la interdependencia de sus funciones.
- Los coordinadores clave serán los líderes de opinión y deberán llevar a cabo iniciativas de cambio cultural y apoyarlas por medio de incentivos económicos que premien la toma de riesgos, la innovación y la participación en actividades que no les son familiares.

Bibliografía:

- Argyris, C. Schön DA (1996). *Organizational Learning II*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Armstrong, A. Foley P (2003). 'Foundations for a learning organisation: organisation learning mechanisms'. *The Learning Organization*, vol 10: 2, pp 74-82. Also available at: www.emeraldinsight.com
- Bell, CR. Dirksmeyer LJ (2003). 'Juggling corporate cultural change'. *Journal of Nurses Staff Development*, vol 19: 2, pp 88-91.
- Cragg, DK. Campbell SM, Roland MO (2002). 'Out of hours primary care centres: characteristics of those attending and declining to attend'. *British Journal of General Practice*, vol. 52: 481, pp. 641-45.
- Davies, HTO. Nutley SM (2000). 'Developing learning organisations in the new NHS'. *British Medical Journal*, vol 320, pp 998-1001.
- Drinkwater, C. (2003). Personal communication, meeting between European Union and CARMEN members, Barcelona.

- Gaunt N (2000). 'Practical approaches to creating a security culture'. *International Journal of Medical Informatics*, vol. 60: 1, pp. 151-57.
- Kowalski RB, Campbell MW (2000). 'Leadership skills help financial managers achieve career success'. *Healthcare Financial Management*, vol. 54: 4, pp. 50-52.
- Liaw ST, Sulaiman N, Pearce C, Sims J, Hill K, Grain H, Tse J, Ng CK (2003). 'Falls prevention within the Australian General Practice Data Model: methodology, information model and terminology issues'. *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 4, pp. 207-14.
- Mahony K (2000). 'Faith in the "cultural fix": limits to a planned cultural change programme in a rural health service'. *Australian Health Review*, vol. 23: 4, pp. 187-96.
- Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, Sibbald B, Roland M (2002). 'A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance'. *British Journal of General Practice*, vol. 52: 481, pp. 641-45.
- McCormack B (2003). 'A conceptual framework for person-centred practice with older people'. *International Journal of Nursing Practice*, vol. 9: 3, pp. 202-09.
- Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J (1998). *The Strategy Safari*. New York: Free Press.
- New B, Neuberger J (2002). *Hidden Assets. Values and decision-making in the NHS*. London: King's Fund.
- NHS Modernisation Agency (2003). *Managing the Human Dimensions of Change*. London: NHS. Also available at: www.modern.nhs.uk.
- NHS Modernisation Agency (2003b). *Spread and Sustainability*. London: NHS. Also available at: www.modern.nhs.uk
- Øvretveit J, Mathias P, Thompson T (1997). *Interprofessional Working for Health and Social Care*. London: Macmillan.
- Pantilat SZ, Alpers A, Wachter R (1999). 'A new doctor in the house. Ethical issues in hospitalist systems'. *Journal of the American Medical Association*, vol. 282, pp. 171-74.
- Rayner H, Marshall, J (2003). 'Training volunteers as conversation partners for people with aphasia'. *International Journal of Language and Communication Disorders*, vol. 38: 2, pp. 149-64.
- Robinson L, Drinkwater CK (2000). 'Care of the frail elderly in the community: a critical incident study'. *Primary Health Care Research and Development*, vol. 1, pp. 163-77.
- Sapountzi-Krepia D, Antonakis N, Sgantzios M, Lionis C (2003). 'Seeking the attitudes and perceptions of the Greek primary-care professionals on voluntary work in caring for people with HIV/AIDS'. *Nursing Management*, vol. 11: 4, pp. 258-65.
- Van Harten WH, Casparie TF, Fisscher OA (2002). 'The evaluation of the introduction of a quality management system: a process-oriented case study in a large rehabilitation hospital'. *Health Policy*, vol. 60: 1, pp. 17-37.
- Wilson J (1997). *Integrated Care Management. The path to success?* Oxford: Butterworth-Heinemann.

Capítulo 10

Liderazgo

JAN REED

Las organizaciones de asistencia sanitaria y social que prestan servicios a personas mayores están viviendo cambios considerables en la forma de trabajar y ofrecer sus servicios. Estos cambios son el resultado de diversos factores, entre los que podemos incluir un aumento de la proporción de personas mayores en la población general, razones cada vez más importantes para incrementar la eficacia de los servicios y la tendencia hacia la integración de los servicios a fin de evitar vacíos y redundancias. En estos momentos, hay ya mucha gente que ha detectado la necesidad de que las organizaciones tengan un liderazgo fuerte así como la necesidad de desarrollar nuevas visiones y formas creativas de ponerlas en práctica.

Sin embargo, muchos de los debates y opiniones entorno al liderazgo se basan en ideas preconcebidas sobre los líderes como personas dinámicas, decisivas, autoritarias y competitivas. Aunque este modelo de liderazgo puede haber sido apropiado en un mundo en el que los servicios competían entre sí para obtener financiación o clientes, en un mundo en el que el énfasis está en la integración y el trabajo en equipo, el liderazgo así entendido es cada vez más irrelevante e inútil. Posiblemente no solucione las múltiples dificultades que el liderazgo presenta en la atención integrada, donde se ponen a prueba las lealtades, ya que las organizaciones se encuentran colaborando y compitiendo entre sí al mismo tiempo.

Este capítulo examina los modelos de liderazgo más apropiados para trabajar en la atención integrada. En primer lugar, examina las diferencias entre las ideas antiguas y las nuevas, para pasar posteriormente a definir las características que se necesitan para el liderazgo en atención integrada, así como los sistemas necesarios para apoyarlo.

Definiciones

De entre todas las definiciones de liderazgo existentes aquí adoptaremos la siguiente: “Liderazgo es la articulación y comunicación efectiva de una visión viable” (Strange y Mumford, 2002). Esta definición consta de dos partes:

- Desarrollo de una visión viable.
- Articulación y comunicación de esa visión.

Objetivos y resultados esperados

Los objetivos y resultados deseados del liderazgo se pueden explicar utilizando las dos partes arriba señaladas en la definición.

Desarrollo de una visión viable

Cuando se desarrolla atención integrada, la visión puede que sea radicalmente distinta de las ideas anteriores sobre cómo debe crecer una organización. Si las organizaciones se han desarrollado en un entorno que se fundamenta en aspectos como la competitividad, donde había pocos incentivos para tener en consideración el sistema de forma global, entonces la visión que ahora va enfocada hacia la colaboración y trabajo integrado se verá como una tarea difícil de conseguir. Los líderes deben, por tanto, dedicar tiempo a trabajar la “viabilidad” de su visión, calculando cómo se puede conseguir, y qué puede favorecer o dificultar el progreso.

Esta definición engloba las actividades que el líder empleará para comprender y analizar la organización y los retos a los que se debe enfrentar, así como también el papel que a ellos se les asigna: dirección, toma de decisiones y motivación de sus colegas. El liderazgo en atención integrada implicará todas estas actividades y roles, pero además tendrá lugar en un contexto multi-agencial, donde el análisis abarcará todas las organizaciones relevantes, y la dirección y la toma de decisiones se llevará a cabo en colaboración.

Articulación y comunicación de la visión

La segunda parte de la definición hace referencia a la relación entre el líder y el resto de la organización. La articulación y comunicación efectiva de la visión, exige líderes que comprendan este lenguaje y las preocupaciones y perspectivas de sus colegas. La comunicación se debe llevar a cabo de forma persuasiva, para convencer a la gente para que trabaje en pos de un objetivo organizativo común. Esto puede ser muy difícil si se rompe con las prácticas anteriores de forma radical.

Los elementos de la visión y articulación son aspectos distintivos del papel del liderazgo y estos aspectos son los que diferencian liderazgo y gestión. Mientras que el liderazgo implica establecer programas y objetivos, el papel principal de la gestión es desarrollar estrategias para su implementación (Cadwell, 2003). Esto no significa que los gestores no puedan ser creativos o innovadores, pero es de los líderes de los que se espera que establezcan en sus programas las responsabilidades.

Modelos y enfoques

Las ideas sobre liderazgo han cambiado a lo largo de los años, al igual que los contextos, ya que los valores y objetivos de la sociedad también han cambiado. En otros tiempos, los líderes debían de ser dirigentes autocráticos que conducían a sus súbditos a victorias militares o éxitos económicos. Estos líderes demostraban convicción y determinación en el enfrentamiento con el enemigo, y disfrutaban de una obediencia incuestionable por parte de sus súbditos.

Así pues, estos modelos de liderazgo se fundamentaban en ideas tales como conflicto y control, con muy poca atención a ideas como cooperación o democracia. Con el paso del tiempo las sociedades se han hecho más complejas, concretamente con la industrialización y el comercio. No obstante, aún son evidentes restos del modelo militar, ya que las organizaciones se ven a sí mismas como organismos que luchan para ganar, y que buscan líderes que demuestren decisión y determinación.

Modelos personales y modelos de situación

En los modelos pasados existía un líder autocrático que, por sus cualidades personales, conducía a los suyos al cambio. También han pervivido modelos más complejos que sugieren que los factores de situación y contexto también son importantes. Se trataba, de alguna manera, de que la persona adecuada estuviera en el momento adecuado en el lugar adecuado, más que de simplemente encontrar a la persona adecuada.

Haciendo una sinopsis de las teorías de liderazgo, Horner (1977) identifica diferentes enfoques. Uno de los más recientes enfoques define el liderazgo centrándose en las características personales del líder. Éste se basa en la idea de que los líderes nacen, no se hacen, aunque no presentan rasgos de personalidad específicos. Como continuación de esta corriente, surgió otro enfoque, que se centraba en el comportamiento del líder (conductismo). De nuevo, sin embargo, no se identificaron características claras, en parte porque la investigación no tuvo en cuenta el contexto: una conducta de éxito depende de la situación en la que se encuentre el líder. Teorías posteriores más sofisticadas, que tienen en cuenta los rasgos de la personalidad, las actuaciones y los contextos, han servido para demostrar la complejidad del liderazgo. En concreto, un tipo de teoría sobre el liderazgo incluía también las características de los liderados, los seguidores. Posteriormente, estas teorías de emergencia desembocaron en nuevos intentos para desarrollar herramientas de toma de decisión que establecían lo que los líderes debían hacer en diferentes circunstancias (Horner, 1997).

Otras teorías más generalistas de liderazgo se han centrado en la cultura organizativa y de gestión del cambio. Los líderes de éxito comprenden la cultura de la organización y sus procesos de cambio y pueden establecer una dirección estratégica, comunicando esta dirección y definiendo la visión y los valores de la organización. Existen además otras teorías que identifican la habilidad para motivar al personal, para influir en su comportamiento y establecer objetivos, como aspectos clave del liderazgo.

Modelos de sistema global

El pensamiento más reciente ha extendido esta idea hasta llegar a un modelo de liderazgo más inclusivo que asume un enfoque “de sistema global”, que tiene en cuenta la forma por la cual el sistema apoya, sostiene y responde ante el liderazgo. Esto nos ha llevado a modelos de liderazgo en los cuales la dirección y motivación del sistema se basa no sólo en las cualidades individuales del líder, sino también en cómo estos líderes posibilitan que todo el sistema apoye la innovación.

Existen nuevos modelos que se centran en un liderazgo orgánico, que implica educación y crecimiento más que “dar ordenes”. Uno de estos modelos es el postmodernista. Las ideas posmodernistas adoptan la ambigüedad y cuestionan la idea de que sólo exista una forma correcta de hacer las cosas. Los modelos posmodernistas ponen en entredicho las antiguas ideas sobre liderazgo como procesos simples de causa-efecto. Los nuevos modelos han evolucionado desde la idea de un “individuo heroico” hasta tener en cuenta las relaciones, los contactos y también a los “liderados”, en otras palabras, la forma en la que todos y cada uno dentro del sistema u organización trabajan conjuntamente, en pos de un único objetivo compartido y que todos ven como propio. La tendencia es ir hacia una idea de liderazgo entendido como una actividad de grupo más que individual (Caldwell, 2003).

El concepto de colaboración se extiende dentro y entre las organizaciones. En vez de líderes que piensan en sus organizaciones como competidoras del resto, la filosofía de sistemas integrales y de liderazgo pone el énfasis en el liderazgo, lo cual implica promover la colaboración entre organizaciones dentro del sistema, siempre pensando en los beneficios que puede obtener el cliente.

Modelos transformacionales

Más recientemente, hemos asistido al desarrollo de teorías de liderazgo transformacional. Éstas se centran en definiciones de liderazgo que implican creatividad y desarrollo personal de los líderes y los liderados. Parte de esta filosofía se puede ver en los debates de “organizaciones en aprendizaje” que lo considera un apoyo al trabajo bien hecho.

Una “organización en aprendizaje” es una organización en la cual existe la capacidad para responder a contextos de cambio, que los analistas Shelton y Darling (2003) consideran que no se pueden llevar a cabo si la organización se basa en “un paradigma organizativo mecanicista tradicional”. Estas

ideas más recientes tienen especial relevancia en el desarrollo de servicios integrados. En vez de asumir un entorno competitivo tratan de solucionar problemas de integración y colaboración, y dar relevancia al crecimiento personal de todos. Estos modelos también incluyen aspectos como formación del personal y participación del usuario.

Esto demuestra la idea de que el liderazgo en las organizaciones que prestan servicios se difiere de las organizaciones industriales, sobre todo porque en las organizaciones de servicios se supone una interacción directa con los usuarios del servicios para establecer objetivos y estrategias. De esta forma, el liderazgo en organizaciones de servicios es más compleja y exige técnicas de consulta y negociación más sofisticadas. La figura 9 nos muestra un marco con las cualidades de liderazgo desarrolladas por el NHS (*Nacional Health Service*) del Reino Unido.

Figura 9: Características de un buen liderazgo



La figura 9 se creó específicamente para hacer destacar los retos a los que se debe enfrentar el líder en el proceso de modernización, es decir, la transición desde las viejas estructuras hasta los servicios integrados. Este modelo propone que el liderazgo efectivo implica establecer una dirección (que implica actividades y destrezas distintas) y prestar atención a los detalles y aspectos prácticos de la prestación asistencial. Una de las características necesarias para la prestación de servicios es el “trabajo colaborativo”, que lógicamente tiene especial relevancia en atención integrada. La lista también incluye destrezas como “capacidad para dirigir el cambio contando con la gente”, “capacitación de los otros”, lo que de nuevo nos demuestra que se trata de un nuevo enfoque de liderazgo, muy lejos de aquel modelo de individuo “heroico”. Este enfoque se acerca mucho al modelo “capacitación del liderazgo” que propone Pearce et al. (2003), que implica la inclusión y el crecimiento de todos los miembros de la organización o sistema, en oposición al modelo de “liderazgo directivo” que tenía más que ver con órdenes e instrucciones.

Características del liderazgo en atención integrada

Si juntamos las características de atención integrada para personas mayores tal como se ha tratado en este libro, y las relacionamos con los rasgos del liderazgo, podemos identificar las características necesarias para un liderazgo en atención integrada. En estas características se incluye también un conocimiento y comprensión de la complejidad de la atención integrada, y las perspectivas de todos los participantes implicados. En atención integrada, los participantes constituyen un grupo de personas muy amplio, con profesiones muy variadas, con orígenes y formación también muy variados, también incluimos a los mayores y sus familias, que tendrán necesidades, preferencias y experiencias diferentes, así como también a los representantes del “sistema”, como por ejemplo miembros del gobierno e inspectores y compañías de seguros.

En este mundo tan complejo, el liderazgo dentro de los servicios de atención integrada puede plantear varios problemas y preguntas. Cada organización dentro del sistema tiene su propia historia y objetivos, además de límites en lo que a financiación se refiere, responsabilidades legales y directivas políticas. Por lo tanto, equilibrar estas tensiones exige un conocimiento preciso de estos aspectos, y la habilidad para desarrollar estrategias que hagan frente a estas demandas. Esto significa que el liderazgo en el desarrollo de servicios integrados para mayores deberá cumplir las características resumidas en la lista de control siguiente:

Lista de control: características de un buen liderazgo

El liderazgo en atención integrada tiene que:

- ✓ centrarse en la persona (la persona mayor se convierte en el centro del servicio)
- ✓ tener un alcance amplio (el sistema de prestaciones y establecimiento de objetivos a largo plazo en vez de a corto plazo)
- ✓ incluir a todos los miembros, socios y clientes de todo el sistema
- ✓ actuar en todos los niveles del sistema, desde la prestación de servicios hasta la gestión.
- ✓ negociar visiones y objetivos compartidos por todo el sistema
- ✓ tener impacto en todo el sistema
- ✓ ser compartido por personas clave del sistema: “liderazgo” no es sólo una persona.
- ✓ motivar al personal en las organizaciones para que se comprometa con los nuevos objetivos.

Sistemas e instrumentos

Pasar de los antiguos modelos a nuevos modelos de liderazgo supone asumir cambios en los sistemas de las organizaciones. Si los líderes autocráticos y combativos se veían apoyados por sistemas basados en la autoridad y que no fomentaban los retos y el debate, los nuevos líderes necesitan sistemas diferentes. Estos sistemas respaldarán a los buenos líderes, y serán sistemas que los líderes tendrán que desarrollar teniendo en cuenta a las personas con las que trabajarán.

Para desarrollar el liderazgo en atención integrada en una organización, es fundamental promover o desarrollar sistemas que lo apoyen. Estamos hablando de sistemas que:

- permitan asumir riesgos
- tengan en cuenta perspectivas a largo plazo
- permitan la contratación de personal con habilidades para ofrecer la prestación y que sepan enfrentarse a nuevos retos

- favorezcan los incentivos más que las penalizaciones
- permitan más espacio y apoyo
- favorezcan una comunicación abierta

Cada uno de estos aspectos se explica con más detalle a continuación.

- **Sistemas que permitan asumir riesgos.** El liderazgo en atención integrada implica adoptar nuevas formas de trabajo y nuevas filosofías, a menudo sin ninguna garantía de éxito. Los sistemas, por lo tanto, necesitan operar en lugares que les permitan probar estas nuevas prácticas. No es fácil desarrollar estos sistemas en un ambiente siempre a la defensiva, donde a los individuos se les pueda penalizar por asumir riesgos. Las organizaciones tienen que observar con cuidado sus responsabilidades y negociar con los órganos legislativos para evitar problemas y malentendidos.
- **Sistemas que tengan en cuenta proyectos a largo plazo más que a corto plazo.** En atención integrada, los resultados pueden que sólo se vean cuando la persona mayor ya haya pasado un tiempo en la vía clínica, y cuando ya haya pasado por varias organizaciones. De la misma manera, las perspectivas de los líderes, si se toman a largo plazo, deben ir más allá del oportunismo político. Es necesario adoptar una perspectiva a largo plazo y que la organización que contrate al líder así lo haga constar.
- **Sistemas que permitan la contratación de personal con las destrezas necesarias y que acepten retos.** Entre estas habilidades se incluye tener una mente abierta, flexibilidad, creatividad y un compromiso. El nombramiento de un líder exige a la organización tener claro lo que quiere y que comprenda las destrezas y habilidades que serán necesarias. En algunos casos, las organizaciones pueden que sí sean conscientes de lo que no funciona bien dentro de la organización cuando contratan a un nuevo líder, por lo tanto, nombrarán a un líder con características totalmente opuestas al predecesor. Sin embargo, en algunos casos será el nuevo líder el que clarifique lo que la organización necesita, porque es el líder el que tiene la visión. La organización no puede esperar que el líder mantenga el *status quo*, y que no haga muchos cambios, por el contrario, debe apoyarle con métodos de comunicación sólidos.
- **Sistemas que favorezcan los incentivos en vez de las penalizaciones.** Identificar los objetivos y ver si se han cumplido es un proceso fundamental para premiar el liderazgo y fomentar el pensamiento creativo e innovador necesario para desarrollar atención integrada. Los sistemas que simplemente ven y penalizan los fallos no propician ideas innovadoras y creativas.
- **Sistemas que permitan mayor espacio y apoyo.** Sistemas muy rígidos y restrictivos no favorecen ideas creativas ni liderazgo efectivo y por ello será necesario reconsiderar los recursos y las prácticas para facilitar la innovación e ideas nuevas. Al mismo tiempo, debe haber espacio para la consolidación y la reflexión. Los sistemas que demandan cambios constantes no favorecen la evaluación y el desarrollo del liderazgo. Actualmente la mayoría de las organizaciones están en un proceso constante de cambio y los líderes son evaluados por su habilidad para gestionar este proceso de cambio, al mismo tiempo que controlan la misión de la organización. Si esta actividad es parte del cambio y desarrollo necesarios para responder a ideas y contextos en proceso de cambio, entonces es legítimo, pero un sistema basado en el “cambio por el cambio” emplea mucha energía y no permite que los líderes se consoliden y reflexionen.
- **Sistemas que favorezcan una comunicación abierta.** Las partes implicadas necesitan tener total acceso a la información y sentir que tienen libertad para expresar sus ideas. Si el liderazgo quiere ser efectivo y alcanzar a toda la organización, todos tienen que estar informados y hacerse oír.

Proceso de implementación

Strange y Mumford (2002) sostienen que la visión proviene bien de los valores personales del líder y calidad de su trabajo (visión ideológica) o bien de su conocimiento de las necesidades sociales y requisitos del cambio (visión carismática). Las complejidades del desarrollo de servicios integrados sugieren que los dos tipos de visión son necesarios, ya que incorporan los objetivos ideológicos del desarrollo de un sistema colaboracionista para dar respuesta a un conocimiento del contexto social.

Implementar y gestionar la atención integrada implica entender que las personas mayores tienen necesidades complejas y así poder adoptar un conjunto de valores que defiendan el trabajo colaborativo. Si este entendimiento acerca de las personas mayores y los contextos sociales en los que viven se afianza, la atención integrada se verá más apoyada y podrá ofrecer unos servicios más efectivos que verdaderamente respondan a las necesidades.

Sin embargo, lógicamente requiere un conjunto de normas base y códigos éticos de trabajo, con directrices claras para trabajar con honestidad, y con un marco claro que favorezca el “juego limpio”. Hablaríamos de organizaciones que no se involucran en actividades que puedan perjudicar a otras y que identifican y discuten posibles conflictos.

Personal

Todo el personal debería asumir responsabilidades de liderazgo y debería ser capaz de trabajar en y entre distintas organizaciones. Esto no significa, sin embargo, que la responsabilidad de la dirección se tenga que compartir uniformemente. Dentro de las organizaciones, existen diferencias en cuanto a poder, responsabilidad y gratificaciones, y estas diferencias deben aparecer reflejadas en las expectativas puestas en los diferentes miembros de la organización.

La plantilla de empleados necesita apoyo y formación en técnicas de trabajo en grupo, pero para que esto tenga lugar debe existir un ambiente de honestidad y confianza. Existen varios modelos de enseñanza sobre liderazgo disponibles (véase Moulton, 2004). El trabajo en grupo implica clarificar la responsabilidad y permitir el aprendizaje a partir de los errores. Además es necesario estar dispuesto a ceder poder y control sobre algunas actividades para tener una visión más general.

Pueden aparecer posturas encontradas entre las necesidades de los usuarios y las del personal. El efecto que tenga en el usuario debería ser la piedra de toque para iniciar el desarrollo y hay que poner todo el interés para que esto sea prioritario.

También se debe prestar atención a “los liderados”, es decir, a las destrezas, habilidades y necesidades del resto de miembros de la organización y la forma en que se pueden apoyar. El ser capaz de seguir al líder con convicción exige destrezas y habilidades, pero normalmente éstas se desestiman y no se reconocen- ya que todo el mundo se centra en el líder. Para poder poner en funcionamiento unas estrategias es necesario conocer unos principios básicos y adoptar cierto grado de compromiso. No obstante, seguimiento no tiene nada que ver con una obediencia ciega. Cuando los principios básicos empiecen a funcionar, surgirán dificultades y anomalías y los seguidores deben ser capaces de pensar de forma crítica en vez de simplemente obedecer órdenes.

Cada vez hay más oferta de cursos especializados en liderazgo. Normalmente incluyen los siguientes puntos: planificación estratégica, creación de un plan de servicios, visión, motivación y comunicación. Normalmente suelen ser menos didácticos que los cursos tradicionales, ya que lo que buscan es partir de la experiencia y que los participantes compartan sus experiencias y conocimientos. Programas como éstos pueden promover muy activamente valores y actitudes de colaboración (en oposición a valores de competitividad) que propicien el trabajo integrado.

Supervisión y evaluación

Los enfoques tradicionales de evaluación del liderazgo normalmente se centran en objetivos de rendimiento y por lo tanto la evaluación se realiza para ver si se han cumplido. La supervisión del liderazgo en servicios integrados, por un lado, es mucho más difícil porque el interés se centra también en los procesos más que sólo en los resultados, y los resultados son mucho más complejos.

Para explicar esto nos serviría de ejemplo un hospital que trabaja conjuntamente con un centro de día y quiere asegurarse de que todos sus respectivas aportaciones son coherentes. Evaluar los historiales de las dos organizaciones para ver si cumplen las necesidades de cada una de ellas y de los clientes es mucho más difícil que simplemente medir si cubren las necesidades de una única organización. La evaluación también debería incluir la valoración de las negociaciones que condujeron al diseño y el contenido de los historiales clínicos, si todos fueron consultados, y qué grado de efectividad tuvieron los procesos. En atención integrada, hay que tener en cuenta los factores externos y la actuación de otros servicios, por lo tanto la evaluación del líder consistirá en ver si responden con creatividad y eficacia.

Otras medidas que el liderazgo debe asumir son:

- alcance de los objetivos: hasta qué punto se comparten en todo el sistema u organización
- el impacto que tiene en el sistema, incluyendo las experiencias del usuario y del personal
- **Alcance de los objetivos**, es decir, valorar hasta qué punto los objetivos son compartidos por todo el sistema. Si la organización adopta un modelo transformativo de liderazgo, la prioridad se centra en los procesos de cambio más que en los resultados. Esto puede suponer que en vez de simplemente ver si los líderes cumplen a rajatabla unos objetivos concretos (definidos en cuanto a resultados), el énfasis se pone en ver si se han desarrollado los procesos que favorecen el cambio. Esto reconoce que no sólo cumplir objetivos inmediatos y vigentes es importante, sino que también es importante tener la capacidad y habilidad para cumplir objetivos futuros. El proceso de participación, negociación y comunicación de los objetivos aumentará esta capacidad.
- **Impacto en el sistema, incluyendo las experiencias del usuario y del personal**. Los resultados son importantes porque identificar los resultados que se persiguen es una parte importante de los objetivos e incide en gran medida en la motivación de los compañeros de trabajo. La organización debería definir estos resultados de forma que fueran observables para que se puedan supervisar los logros, y esta definición debería llevarse a cabo por medio de la negociación y el debate para que todo el mundo la entienda y la comparta.

La evaluación del liderazgo debe incluir a todos los miembros de la organización, sea cual sea su nivel, así como también a los miembros de otras organizaciones y los usuarios. Debe distinguir entre el individuo y el sistema, y no debe culpar al líder de situaciones heredadas y sobre las que no tiene control.

Obstáculos

Asegurar el desarrollo continuado del liderazgo para atención integrada depende no sólo de las políticas y sistemas que lo promuevan, sino también de que aquellas políticas disuasorias no estén presentes. Entre estas se pueden incluir:

- sistemas que buscan la reducción de costes más que la calidad
- imposición de objetivos que no se centran en las personas o en la atención integrada

- falta de preparación en nuevo liderazgo
- falta de oportunidades para que los líderes puedan debatir o discrepar con la dirección central

Estos aspectos se describen a continuación.

- **Sistemas que buscan la reducción de costes más que la calidad.** Este tipo de sistemas no fomenta la innovación y el cambio. En un principio puede que se concentren en los recursos aunque a la larga también puedan mejorar la eficiencia. Si nos centramos en los gastos a corto plazo podemos limitar tanto los cambios que estos no tengan ninguna repercusión. No obstante, muchos líderes ven los recortes de gastos en periodos de crisis como un acicate para cambiar y ser innovadores, ya que estas situaciones obligan a los líderes a ser más creativos e innovadores. No obstante, si el recorte de gastos es el único estímulo, los líderes no se mostrarán muy dispuestos a invertir recursos a favor del cambio.
- **Imposición de objetivos que no se centran en las personas o en la atención integrada.** Los objetivos establecidos por órganos legislativos o partidos políticos puede que se ciñan más a sus propios programas que a un deseo de mejorar los servicios. La tensión entre programas externos y programas asistenciales pueden impedir el cambio y desarrollo ya que los líderes se ven coaccionados para establecer su visión.
- **Falta de formación.** Para solucionar este problema son necesarias destrezas y conocimientos así como también la habilidad y voluntad para pensar de forma diferente. Para adoptar estas nuevas formas de pensar se necesita tiempo y apoyo.
- **Falta de oportunidades para que los líderes puedan debatir o discrepar con la dirección central.** Allí donde los cambios los decide el poder central, por ejemplo el gobierno, es fundamental crear oportunidades para que los líderes puedan debatir con esta dirección central. Si los objetivos los establece el poder central, debe hacerse un examen riguroso para identificar por qué estos objetivos no se han cumplido y tratar de evitar procesos simplistas que favorecen las maniobras de encubrimiento y elusión de responsabilidades.

Apoyos

Existen una serie de iniciativas que han promovido el desarrollo de un nuevo liderazgo. Entre otras podemos incluir

- **Movimientos de usuarios** de servicios que han alentado a los líderes para que coloquen a los usuarios en el centro del servicio. Esto ha propiciado el cambio de estructuras de poder interno o de competitividad entre agencias y ha tenido sus efectos en los usuarios y en el trabajo integrado.
- **Políticas que apoyan la toma de riesgos** y que han permitido a los líderes ser creativos y establecer nuevas direcciones. En algunos casos ha sido necesario apoyo legal y político para que los líderes se vieran protegidos si arriesgaban con nuevas formas de trabajar y de pensar.
- **Políticas que se centran en procesos de mejora**, en vez de en metas inadecuadas evitando así situaciones en las que se deja todo al azar. El paso hacia una atención integrada significa que los líderes tienen que verlo en perspectiva y no pensar sólo en sus propias organizaciones.
- **Oportunidades que favorezcan la formación, apoyo y una red de contactos.** Esto ha permitido a los líderes desarrollar y compartir ideas con sus compañeros y ha propiciado el desarrollo de sistemas de grupos paritarios que facilitan las nuevas formas de liderazgo.

Todos los aspectos relacionados con la promoción de un liderazgo eficaz en atención integrada tienen relación con lo visto en los capítulos 9 y 11. Estas iniciativas exigen un liderazgo inclusivo, inteli-

gente y culturalmente abierto, y consciente de las diferencias que existen entre colaboración y competitividad. Este tipo de liderazgo es necesario para poder gestionar servicios integrados y superar las posibles dificultades que aparecerán en las primeras etapas. Igualmente, este liderazgo es necesario para establecer relaciones sólidas que puedan responder de forma eficaz a cambios futuros.

Puntos clave

- El concepto ya “anticuado” de liderazgo asociado a dinamismo, capacidad de decisión, autoritarismo y competitividad no es adecuado para un entorno de atención integrada.
- En el ámbito de la atención integrada, el liderazgo requiere unas sofisticadas técnicas de negociación y consulta para permitir el establecimiento de una dirección y una toma de decisiones en colaboración con otras partes implicadas.
- Un buen liderazgo no depende únicamente de las cualidades individuales del líder, sino también de que el sistema en su conjunto sea capaz de apoyar la innovación, de la conciencia y comprensión de la complejidad de la atención integrada y de los puntos de vista de todas y cada una de las partes implicadas.
- Los verdaderos líderes comprenden la filosofía de la organización y pueden aprovechar los cambios que se producen en ésta para establecer una dirección estratégica y definir su visión y sus valores.
- Tan importante o más que el liderazgo es “el seguimiento”, es decir, las habilidades y capacidades de otros miembros de la organización que les permiten seguir al líder.

Bibliografía

- Adair, J. (2002). *Effective Strategic Leadership*. London: Macmillan.
- Caldwell, R. (2003). ‘Models of change agency: a fourfold classification’. *British Journal of Management*, vol. 14, pp. 131-42.
- Fullan, M. (2001). *Leading in a Culture of Change*. California: Jossey Bass Wiley.
- Horner, M. (1997). ‘Leadership theory: past, present and future’. *Team Performance Management*, vol. 3: 4, pp. 270-87.
- Modernisation Agency (2003). *NHS Leadership Qualities*. London: Department of Health.
- Moulton, HW. (2004). ‘Leadership through executive education’. *Business Horizons*, March-April, pp. 7-14.
- NHS Leadership Centre (2003). *NHS Leadership Qualities Framework*. Available at: www.nhsleadershipqualities.nhs.uk
- Pawar, BS. (2003). ‘Central conceptual issues in transformational leadership research. Leadership and organisation’. *Development Journal*, vol. 24: 7, pp. 397-406.
- Pearce, CL. Sims, HP. Cox, JF. Ball, G. Schnell, E. Smith, KA. Trevino L (2003). ‘Transactors, transformers and beyond: a multi-method development of a theoretical typology of leadership’. *Journal of Management Development*, vol. 22: 4, pp. 273-307.

- Shelton, CD. Darling, JR. (2003). 'From theory to practice: using new science concepts to create learning organizations'. *The Learning Organization*, vol. 10: 6, pp. 353-60.
- Strange, JM. Mumford, MD. (2002). 'The origins of vision. Charismatic versus ideological leadership'. *The Leadership Quarterly*, vol. 13, pp. 343-77.
- Wilderom, CPM. (1991). 'Service management/leadership: different from management/leadership in industrial organisations?' *International Journal of Service Industry Management*, vol. 2: 1, pp. 6-14.
- Zaccaro, SJ. Horn, ZNJ. (2003). 'Leadership theory and practice: fostering an effective symbiosis'. *The Leadership Quarterly*, vol. 14, pp. 769-806.

Capítulo 11

Planificación estratégica

PENNY BANKS

La actividad principal que sustenta la atención integrada dirigida a las personas mayores en el nivel individual es la coordinación de los servicios en nivel local o de una red de especialistas. En esencia, supone coordinar y gestionar las actividades entre equipos y proveedores diferentes. Esto, a su vez, debe reforzarse mediante la planificación de los servicios para toda la población mayor de una zona: el “nivel de sistema integral” (Edwards y Millar, 2003). Este capítulo trata de la planificación en todo el sistema de servicios locales en distintos sectores, legales, privados y no-gubernamentales, para apoyar la prestación de una atención integrada.

Entender las conexiones entre los servicios y comprender cómo servicios diferentes influyen entre sí es fundamental para cubrir las necesidades diversas y complejas de los mayores. Este capítulo describe algunos de los modelos y enfoques que permiten acometer la planificación de sistemas integrales, así como las pautas clave para planificar e implementar el cambio. La planificación estratégica tiene más posibilidades de resultar eficaz en sistemas sanitarios nacionales del tipo Beveridge, que en otros sistemas más *bismarckianos* regidos por el mercado, en los que existe un menor control verticalista. No obstante, los conceptos que se recogen en este capítulo nos ofrecen una valiosa visión de dichos sistemas.

Definiciones

La planificación estratégica no tiene nada que ver con la gestión del funcionamiento de servicios. Por el contrario, tiene que ver con los interesados clave de sectores legales, no-gubernamentales, privados o comunitarios que trabajan conjuntamente con el propósito de obtener un conocimiento compartido del sistema de servicios local para poder rediseñar y mejorar la forma de operar. Esto tiene mucho que ver con el equilibrio de servicios, conexiones entre los diferentes servicios: sociales, sanitarios, vivienda, transporte y otros servicios comunitarios y con la interdependencia de estos servicios. La planificación estratégica tiene en cuenta los recursos locales, incluyendo recursos financieros, suministro y otros factores de demanda, conjuntamente con políticas nacionales tendencias y otras influencias.

Aunque el contexto y motivaciones para la planificación varían dependiendo del país, el proceso de trabajo conjunto cuyo propósito es comprender la forma en que funcionan los sistemas locales es en sí mismo importante, y va mucho más allá de la creación de planes simplemente teóricos. No es un proceso estático ni algo excepcional sino que implica revisiones continuas cada vez que se implementa un plan o aparece un cambio. Gestionar el cambio y transformar planes estratégicos amplios en planes rentables exigirá un gran abanico de destrezas y métodos de gestión. En este capítulo no trataremos estos aspectos de forma detallada.

La planificación estratégica busca conseguir un sistema de atención equilibrado que ofrezca una gama de servicios integrados y coordinados. Nos referimos a servicios que:

- Promuevan el bienestar y la salud
- Ofrezcan apoyo a la gente para vivir en sus casas
- Respondan ante una crisis o indicios de necesidad
- Sean capaces de evaluar las necesidades y planificar adecuadamente servicios para personas mayores que pueden que necesiten atención crítica, atención residencial, atención domiciliaria o atención extra domiciliaria.

Este enfoque se ha venido describiendo como un “círculo vicioso” de servicios, donde la actuación en una parte del círculo tiene un impacto en otro punto, y así, por ejemplo, si a los servicios de prevención y apoyo a mayores para que puedan permanecer en sus hogares le añadimos servicios de rehabilitación y otro tipo de servicios flexibles, el funcionamiento de todo el sistema de servicios puede mejorar, porque se evitará ingresos innecesarios en hospitales o residencias geriátricas. (Carrier, 2002).

Objetivos y resultados esperados

El propósito de la planificación estratégica es obtener un contexto compartido por todo el sistema asistencial para poder planificar y proporcionar capacidad en el sistema, y para ofrecer a los mayores la posibilidad de elección de servicios, calidad y acceso a la atención; también se ha definido como “servicios adecuados, en el momento adecuado, en el lugar adecuado”.

Las organizaciones y las agencias buscan tener el mayor control posible de sus actuaciones. Esto les permite estar menos condicionadas por las crisis, comprender las interdependencias que tienen con otras organizaciones, y tener claro su papel y el de las demás. La planificación estratégica integrada también ofrece oportunidades para centrarse en los recursos y unificar prioridades.

Características del funcionamiento de un sistema global

- Todos los interesados asumen la interdependencia y el hecho de que la actuación de uno de ellos puede tener un impacto en el sistema en su conjunto.
- Existe acuerdo entre los interesados en cuanto a la visión de los servicios, prioridades, roles y responsabilidades, recursos, riesgos y mecanismos de revisión.
- Aquellos que utilizan el sistema no encuentran interrupciones o duplicaciones en la provisión y los servicios responden a sus necesidades.
- Se mejoran las relaciones y el asociacionismo.

Adaptado del Department of Health (2003b)

Modelos y enfoques

Existen diferentes herramientas para apoyar el diseño y planificación de servicios (macro y micro nivel). Algunos apoyan un rediseño de servicios a gran escala en un ámbito geográfico, gobierno local o distrito sanitario concreto, mientras que otros apoyan un rediseño de servicios a nivel operativo, para mejorar procesos y la experiencia de los mayores. Esta sección en principio se centra en el nivel estratégico y en lograr un abanico completo de servicios que reconozca sus interdependencias y cómo se acomodan unos a otros. (Para más información acerca de diseño de servicios y trayecto del paciente en niveles operativos, véase Capítulo 5.)

Las herramientas que a continuación se enumeran se han desarrollado a partir de la experiencia *in situ*. Ofrecen directrices, listas de control y ejemplos de buena práctica para aquellos que se propongan desarrollar más enfoques integrados de planificación:

- Mapa de sistemas integrales.
- Enfoque “equilibrio de atención”.
- Planificación negociada todo el municipio trabajando conjuntamente.
- Talleres de sistemas globales.
- Herramienta de auto-auditoría.
- Planificación de altas y planificación de capacidad.
- Procesos que hagan participar a los mayores en el diseño y planificación.

Estas descripciones escuetas de cada una de estas herramientas ilustra la amplia gama de materiales y enfoques que se han publicado hasta la fecha. No se ofrecen críticas, no obstante, el lector puede utilizar las referencias bibliográficas recogidas al final de cada descripción para una información más detallada.

Mapa de sistemas integrales

Esta herramienta está destinada a agencias que trabajan conjuntamente para diseñar servicios en el ámbito local y proporciona un diseño de servicios hipotético, que se puede utilizar para revisar los servicios que operan en el momento. Ofrece una lista de preguntas para revisar el sistema local, por ejemplo, examina interrupciones en los servicios, si las personas mayores de todas las comunidades pueden acceder a los servicios y ver dónde existen frecuentes “cuellos de botella” debido a listas de espera largas. Ha sido de gran utilidad para gente en fase de rehabilitación y servicios de atención intermedia en el Reino Unido (Stevenson y Spencer, 2002).

Enfoque “equilibrio de la atención”

Este enfoque toma como punto de partida las necesidades de las personas mayores. Se trabaja con los proveedores locales en talleres y se definen y establecen un conjunto de grupos de dependencia. Las consecuencias de la existencia de diferentes formas de provisión de atención se pueden explorar usando un modelo informatizado. Esto permite el cálculo de costes, volumen y tipos de servicios y también indicar los impactos potenciales que puede tener en las diferentes organizaciones participantes (Forte et al., 2002).

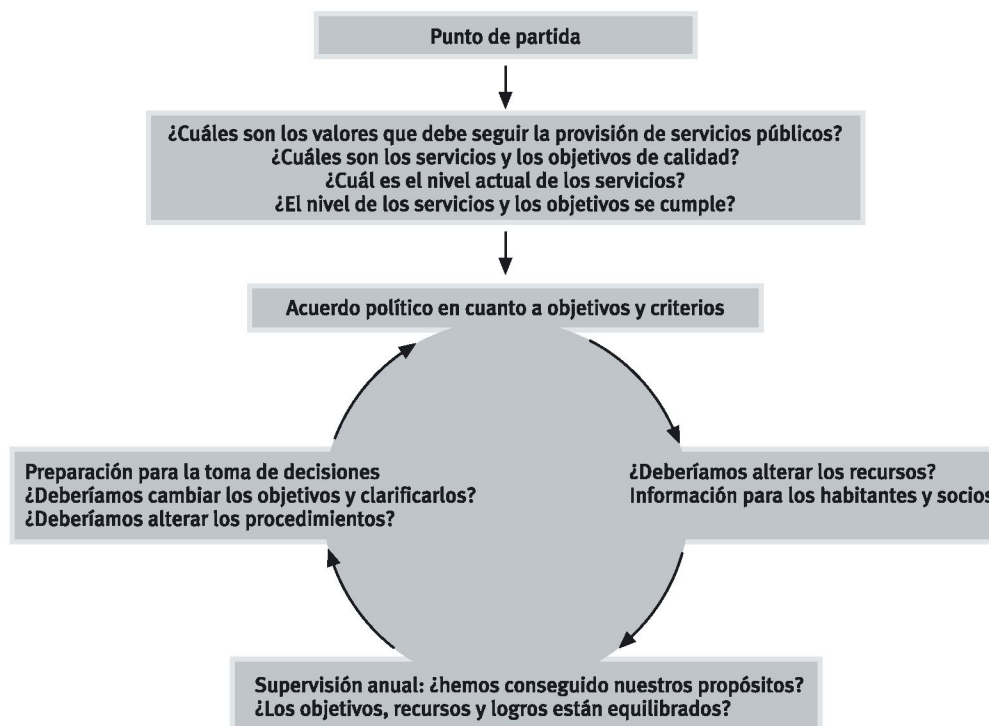
Planificación negociada

También conocida esta herramienta como “todo el municipio trabajando conjuntamente para las personas mayores”, este método ofrece objetivos y modelos de actuación a las autoridades locales para apoyar el desarrollo de su estructura asistencial. Estos modelos se basan en las necesidades de ámbito local y los recursos, que se diseñan para promover la participación de los clientes, familiares y otros ciudadanos para establecer objetivos y evaluar actividades. Este proceso colaboracionista de planificación, supervisión y evaluación de la estrategia y programa de desarrollo de servicios se basa en el modelo del Ministerio de Asuntos Sociales danés, que aparece en la Figura 10.

Talleres de sistemas integrales

Cualquier actuación del sistema integral ofrece una forma de comprometerse con todos los interesados incluyendo a los mayores y sus cuidadores. Estos son momentos creados para consensuar valores compartidos y principios, para desarrollar un conocimiento común de políticas nacionales y circunstancias locales, hacer un mapa de los servicios existentes, relacionar servicios y necesidades y comenzar un plan de actuación para el cambio.

Figura 10: Planificación conjunta, supervisión y evaluación.



Fuente: Vaarama et al. (2001)

Ejemplo práctico: actuación sanitaria en Northumbria

El primer día se empezó de la siguiente manera: todo el mundo estudió los modelos de servicios locales que podían tener el potencial de proveer o apoyar la rehabilitación. Las personas mayores también aportaron una perspectiva diferente a esta actividad, sugiriendo formas de rehabilitación que los profesionales no habían considerado, tales como bailes de tarde, clubes de natación y grupos de gimnasia de mantenimiento. La contribución de los profesionales, por otra parte, simplemente se ciñó a nombrar servicios organizados por o de los que se encargaba el NHS (Servicio Nacional de Salud).

Después de identificar qué servicios ya existentes funcionaban bien y cuáles no funcionaban tan bien, los participantes podrían pasar a establecer posibles planes de cambio. De esta manera, la gente reconocía la necesidad de atención integrada y cómo ésta se podía conseguir a través de asociaciones entre agencias y superando los límites profesionales y organizativos. Los participantes más veteranos insistían en la falta de centros de rehabilitación en la comunidad.

El segundo día la sesión empezó de la siguiente manera: la gente exponía cómo les gustaría que mejoraran las oportunidades de rehabilitación, estableciendo un plazo de tres años, también se tuvieron en cuenta las ideas generadas en las sesiones previas. Aparecieron varios temas, incluyendo objetivos para los sistemas y los individuos, ideas para nuevos servicios o formas de reorganizar los ya existentes, y formas de cambiar la práctica de trabajo individual. Los grupos participantes posteriormente seleccionaron un tema y desarrollaron un plan de actuación para que estos cambios se materializaran.

Fuente: Stevenson y Spencer (2002)

Herramienta de auto-auditoría

Se ha desarrollado una herramienta de auto-auditoría para los coordinadores de atención social y sanitaria y de sectores independientes responsables de asegurar la prestación de servicios no críticos para personas mayores. La herramienta, que tiene forma de un libro de ejercicios, refuerza un enfoque de sistemas globales para lograr el cambio, y se ha diseñado para ayudar a grupos multi-agenciales a identificar pasos clave. Las preguntas se plantean a los coordinadores de todas las agencias asociadas y tratan los siguientes aspectos:

- Creación de asociaciones (grado de confianza, actitud abierta hacia la comunicación).
- Fomentar la innovación.
- Maximizar el uso de los recursos.
- Comprender el mercado.
- Creación de condiciones de mercado viables.
- Creación de comisiones y contratos.

Department of Health (2003a)

Planificación de altas y capacidad

Esta libro de recursos proporciona orientación a los miembros de la comisión (que planifican, aseguran y supervisan servicios), facultativos y coordinadores para mejorar la planificación de las altas. Defiende un enfoque de sistema global para solucionar las altas hospitalarias. Este método exige a los comisionados de las fundaciones de atención primaria (órganos legales responsables de la prestación de atención sanitaria a la población local), y autoridades locales (con responsabilidades en los servicios sociales y otros servicios a la comunidad) que trabajen conjuntamente con el sector independiente y con otros interesados. Identifica 3 áreas principales donde el funcionamiento de los sistemas globales integrados respalda la vía de altas hospitalarias:

- Planificación de capacidad
- Revision del rendimiento
- Políticas de altas hospitalaria y acuerdos entre agencias

Junto con la planificación de capacidad, su propósito es asegurarse de que la capacidad actual se optimice al máximo, y que la capacidad se incremente, para evitar la necesidad de admisiones hospitalarias y un alta inmediata. Los pasos para lograr esto exigen empezar con una revisión de presiones en el ámbito de salud y atención local, y consensuar acuerdos sobre planes de actuación concretos para desarrollar un abanico de servicios comunitarios integrados, tales como:

- Atención intermedia.
- Apoyo domiciliario intensivo.
- Apoyo a los cuidadores familiares.
- Equipos de respuesta rápida.
- Viviendas tuteladas.

Department of Health (2003b)

Procesos para que los mayores participen en el diseño y planificación

Existe una amplia gama de formas para hacer participar a los mayores y sus cuidadores en los procesos de planificación, por ejemplo:

- **Haciendo participar a los mayores** como socios de talleres de sistemas integrales (talleres de sistemas integrales, más arriba).

- **Nombrando a personas mayores** desde las organizaciones miembros de planificación, asociación o grupos en red, donde estos mayores tengan apoyo y una comunicación (de doble vía) con las redes y grupos de personas mayores.
- **Participando en los foros de personas mayores**, reuniones y redes de forma habitual, para debatir sus problemas y que los mayores puedan establecer los asuntos que tratar.
- **Estableciendo comisiones o jurados ciudadanos especiales** donde las pruebas se presenten ante los mayores y se tenga en cuenta su punto de vista.
- **Creando sistemas de hacer llegar información de manera accesible y abierta**, para informar a los mayores y propiciar oportunidades de respuesta inmediata informal.
- **Utilizando fotos tomadas por los mayores** como forma de facilitar respuesta acerca de los servicios para personas mayores.
- **Realizando “entrevistas descubrimiento”** con personas mayores y sus cuidadores para que los facultativos y coordinadores aprendan de experiencias más recientes con usuarios de servicios.
- **Haciendo participar a las personas mayores en las entrevistas** a otros mayores en sus domicilios y que expresen sus puntos de vista.
- **Realizando encuentros con grupos de cuidadores de apoyo** donde los cuidadores tengan la oportunidad de expresar sus puntos de vista al margen de la persona a la que apoyan.

Elección de un enfoque

Los puntos siguientes se han diseñado a partir de la investigación y la experiencia y con la participación de los mayores y los cuidadores:

- Existen varios métodos para hacer participar a los mayores y sus cuidadores en el diseño de servicios y planificación. Estos métodos representan un paso adelante con respecto a los sistemas tradicionales de representación en grupos de trabajo.
- Algunos métodos se aceptan mejor que otros, dependiendo del tipo de personas mayores, por lo tanto es muy importante ofrecer diferentes opciones o descubrir cuáles son sus preferencias.
- Las personas mayores, incluyendo los más vulnerables o con fuerte dependencia, quieren y pueden participar si se les da el apoyo necesario.
- Es importante diferenciar entre grupos de personas mayores que pueden decidir por sí mismos, y organizaciones que hablan en nombre de un grupo concreto de usuarios. Puede resultar de gran ayuda asegurarse de que no solamente hay personas mayores participando desde las organizaciones locales sino que también haya mayores que han sido invitados a participar como usuarios individuales.
- Para poder asegurar un compromiso productivo y no meramente formal, es importante (además de los puntos señalados anteriormente) dejar claro qué papel tienen los usuarios y “sus cuidadores” para que ellos y otros participantes sepan en qué están implicados, qué se espera de ellos y qué pueden hacer.
- La participación debe ofrecer una respuesta a cada uno de los participantes para que todos puedan ver claramente el nexo entre su aportación y los posibles resultados.
- Habilidad, tiempo, financiación y compromiso son necesarios para que esta implicación sea genuina, inclusiva y continuadora.

Proceso de implementación

Después de que todos los implicados en el nivel local han llegado a un acuerdo sobre qué grupo de población o qué límites existen para la planificación, el escenario ideal sería que todos los implicados en el sistema asistencial siguieran los cuatro pasos siguientes:

Paso 1: Acordar valores, principios y una visión común para el nuevo sistema de servicios

Los principios consensuados que han adoptado todos los participantes son importantes para evaluar cualquier proposición de cambio. Por ejemplo, ¿se da respuesta con este nuevo servicio a las necesidades de los mayores de todas las comunidades? ¿Los servicios promueven la independencia? También es importante que todos entiendan las políticas nacionales, tendencias y otras circunstancias que puedan incidir en los servicios locales.

Paso 2: Compartir el conocimiento de necesidades de los usuarios, y crear un “mapa” de servicios

Esto supone entender y conocer:

- las necesidades actuales y ya previstas de las personas mayores y sus cuidadores
- qué servicios están disponibles
- cómo se relaciona un servicio con otro
- la capacidad actual y la posible capacidad futura de los servicios
- donde existen vacíos o cuellos de botellas y problemas en la relación entre un servicio y otro
- quién puede acceder a estos servicios, y si ciertos grupos de mayores no pueden utilizar partes del sistema asistencial

Paso 3: Acordar unas prioridades de cambio

El desafío aquí es conseguir un acuerdo o compromiso en cuanto a las prioridades si los participantes tuvieran objetivos diferentes. El éxito depende de un número de factores que reflejarán la fortaleza de las relaciones, los beneficios de trabajar conjuntamente, y el poder de los desequilibrios. La lista de control que presentamos más adelante presenta un número de aspectos clave que pueden resultar de gran utilidad para el trabajo compartido.

Paso 4: Planifique el cambio para poder adaptar los servicios

Esto supone identificar los recursos (contratación de personal, recursos económicos e instalaciones) y deficiencias en el nivel local, la flexibilidad de los recursos y ver cómo se pueden desarrollar, reasignar o reubicar. También es necesario que todas las partes acuerden un plan de actuación conjunto que:

- clarifique los objetivos
- identifique las fases de las tareas que realizar, identificar quién y cuando
- consensúe puntos significativos para cada fase
- incorpore una revisión sistemática del plan

En la práctica, el comprometerse con un plan presenta desafíos considerables a los distintos participantes, lealtades profesionales y de organización. Conseguir el cambio dependerá en gran medida de las decisiones tomadas a nivel local y de los procesos políticos.

Lista de control: como conseguir un cambio significativo

- ✓ Establezca un compromiso para la planificación de un sistema global, ya que éste es uno de los requisitos de la atención integrada dirigida a personas mayores.

- ✓ Asegúrese de que todos los interesados participan, incluyendo los mayores, a través de procesos de inclusión como los talleres de sistemas globales.
- ✓ Utilice información cualitativa proporcionada por todos los interesados, y utilizar datos objetivos sobre provisión y demanda, utilizando los diferentes modelos de apoyo.
- ✓ Identifique los motores de cambio en el nivel nacional o local que puedan incidir en los servicios locales y mercados asistenciales.
- ✓ Cuestione los sistemas y prácticas vigentes y trate de pensar “desde fuera” para poder incorporar ideas innovadoras.
- ✓ Asegúrese de que todos los participantes, desde los altos cargos hasta la “primera línea”, ven los beneficios de trabajar conjuntamente y de adoptar un enfoque global, ya que esto favorece la independencia.
- ✓ Haga que todos los socios se comprometan con la toma de riesgos.

Personal

Se elegirá una muestra representativa de personal con experiencia, formada por profesionales de distintos niveles de cada una de las organizaciones participantes y agencias asociadas que serán quienes inicien la descripción y diseño del sistema actual y posteriormente la planificación de cambios. Este paso es muy importante para entender el funcionamiento del sistema y para percibir que el cambio está en sus manos. La aportación directa de las personas mayores y sus cuidadores también es crucial para entender lo que sucede en la práctica, y será una gran ayuda para que el personal se centre en los resultados e impedir coacciones o ataduras profesionales o de organización.

Para conseguir el cambio, los altos ejecutivos tienen que fomentar soluciones en el nivel operativo que puedan mejorar los servicios de forma que beneficie a los mayores y sus cuidadores. Éstos pueden desempeñar un papel clave a la hora de permitir que este tipo de desarrollo tenga lugar (o proporcionando incentivos) dentro de un marco consensuado o por medio de una visión, y aceptando riesgos. Todas las agencias participantes tienen que estar de acuerdo en cuanto a qué es éxito, cuando se trate de evaluar prácticas y servicios innovadores.

Para llevar a cabo planes estratégicos lo mejor es seleccionar a un grupo de empleados especial que no tenga otras presiones para poder liderar programas de cambio o realizar la reconfiguración de servicios. Este personal necesitará una formación específica para gestionar el cambio.

Lograr el cambio en todo el sistema de servicios también se puede conseguir si se identifican los profesionales, directores, facultativos, políticos locales y otros, en diferentes agencias que estén a favor y promuevan enfoques globales y respalden los beneficios que engloba la planificación conjunta y la implementación del cambio.

Supervisión y evaluación

Todos los interesados clave tienen que involucrarse en el proceso de supervisión y trabajar conjuntamente para ponerse de acuerdo en :

- Un marco de evaluación.
- Indicadores de rendimiento del sistema en el nivel global.
- Indicadores o medidas para servicios individuales.

- Qué información y cómo se recogerá la información.
- Quién será el encargado de comprobar de forma rutinaria el rendimiento utilizando medidores consensuados.

Cualquier marco de evaluación tiene que reflejar un abanico de perspectivas y variables. Éstas deberían ser:

- Satisfacción y experiencia del cuidador y de la persona mayor (calidad de vida).
- Resultados de atención.
- Procesos.
- Rentabilidad.

Estos factores se han utilizado, por ejemplo, en el método “*balanced scorecard*” (cuadro de mando integral) de Kaplan y Norton (1996).

Obstáculos

La planificación estratégica de atención integrada no depende por completo de una planificación verticalista, sino de la existencia de un método de trabajo en equipo y que proporcione incentivos, incluyendo incentivos económicos, y que promueva el trabajo compartido en el nivel local. Los sistemas que dependen en su totalidad de procesos informales, en particular de proveedores no profesionales exclusivamente, pueden tener más problemas a la hora de compartir riesgos y de encontrar situaciones que beneficien a todos por igual. Puede resultar particularmente difícil para las asociaciones informales o redes asistenciales cuando sus planes alcancen la fase de implementación, especialmente si los participantes compiten entre sí.

La toma de decisiones también se puede complicar cuando las organizaciones están en proceso de formar nuevas asociaciones o acuerdos. Estas nuevas asociaciones tendrán que concentrarse en torno a una estrategia más amplia y dejar la implementación detallada a equipos de colaboración más pequeños, que se establezcan acuerdos claros y específicos sobre qué, cómo y quién hará la prestación (Nies, 2003). También se presentarán dificultades cuando los valores y las culturas entren en conflicto, por ejemplo, cuando no exista armonía entre la cultura del personal sanitario (especialmente médicos) y los objetivos generales de un enfoque integral (Åhgren, 2003).

Los desequilibrios de poder, en particular los desequilibrios en la financiación, por ejemplo, entre el sector de agudos por un lado y el resto, o entre proveedores oficiales e independientes, pueden dificultar las asociaciones y acuerdos de implementación. Las diferentes fuentes de financiación de los servicios sociales y sanitarios, y las presiones presupuestarias, también pueden impedir desarrollos conjuntos y la implantación de planes allí donde existan temores de asumir el déficit de otros socios y de perder la posibilidad de reasignar los recursos (Banks, 2002).

Apoyos

La planificación estratégica de atención integrada suele venir respaldada por políticas nacionales que proporcionan incentivos económicos o de otro tipo a los enfoques integrales y solucionan las posibles barreras legales o de otro tipo. Por ejemplo, en Inglaterra, se han introducido cambios legislativos para permitir hacer un presupuesto común. Las políticas nacionales pueden desempeñar un papel clave a la hora de establecer una visión y estándares más amplios a la vez que permiten la implementación en el nivel local, la innovación y la autonomía (véase Banks, 2004).

El liderazgo en el nivel de la alta dirección y de mandos intermedios es crucial para proporcionar una visión fuerte sobre cómo se deben desarrollar los servicios. Los altos cargos e intermedios también deben apoyar las actividades que benefician a las personas mayores y el sistema en su totalidad. En algunos casos, esto puede implicar tomar decisiones que a simple vista no proporcionan beneficios a corto plazo, pero que a la larga pueden ser muy beneficiosas.

El proceso de trabajar conjuntamente y en colaboración para planificar y proporcionar estrategias locales para atención integrada vendrá respaldado por:

- una tradición en el nivel local de trabajo en equipo, donde existe buena comunicación y confianza entre todos los interesados.
- una cultura de organización que coloca a los mayores en el centro, que esté dispuesta a asumir riesgos, y que esté abierta a nuevas ideas.
- un acuerdo de estrategias compartidas para contratar y mantener una plantilla y la habilidad para desarrollar e introducir nuevas funciones, reafirmar los beneficios que engloba la planificación conjunta y la implementación del cambio.

Puntos clave

- **La prestación de una atención integrada e individualizada para las personas mayores viene respaldada por la planificación de un sistema de servicios integral que ofrezca una gama de servicios amplia y coordinada.**
- **La actuación en una parte del sistema integral puede tener consecuencias en un punto distinto del sistema, por ejemplo, la falta de servicios asistenciales en la comunidad puede impedir un alta hospitalaria puntual. Por tanto los servicios deben ser interdependientes.**
- **Un sistema equilibrado incluirá servicios de prevención y rehabilitación que ayuden a las personas mayores a permanecer en sus hogares en buenas condiciones y recuperar su independencia.**
- **Existen diferentes herramientas de apoyo para la programación y planificación de servicios y para facilitar la recopilación de datos pertinentes. La participación de todas las agencias asociadas con personal a distintos niveles, y de los mayores y sus cuidadores es crucial para comprender cómo funcionan los servicios locales en la práctica y que es lo que se debe cambiar.**
- **Teóricamente, existen cuatro pasos clave para que todas las partes asociadas asuman la planificación en la atención integrada:**
 - **Acordar unos valores y una visión común.**
 - **Compartir el conocimiento de necesidades de los usuarios de servicios presentes y futuras y la prestación de servicios.**
 - **Acordar unas prioridades de cambio.**
 - **Acordar planes de cambio específicos y programados para conseguir la reconfiguración de los servicios.**
- **Llevar a la práctica estos planes es una tarea difícil y que requiere toda una serie de incentivos para promocionar una planificación e implementación colaborativa del cambio a fin de conseguir un sistema asistencial local más equilibrado.**

Bibliografía:

- Åhgren, B. (2003). 'Chain of care development in Sweden: Results of a national study'. *International Journal for Integrated Care*, vol. 13. Available at: www.ijic.org.
- Banks (2004). *Policy Framework for Integrated Care for Older People*. London: King's Fund.
- Banks, P. (2002). *Partnerships Under Pressure: A commentary on progress in partnership-working between the NHS and local government*. London: King's Fund.
- Blunden, R. (1999). *Terms of Engagement – Engaging older people in the development of community Services*. London: King's Fund.
- Carrier, J. (2002). *Integrated Services for Older People: Building a whole system approach in England*. London: Audit Commission.
- Carter, T. Beresford, P. (1999). *Models of Involvement for Older People*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Department of Health (2003a). *A Catalyst for Change: Driving change in the strategic commissioning of non-acute services for older people*. London: DoH. Also available at: www.doh.gov.uk.
- Department of Health (2003b). *Discharge From Hospital: Pathway, process and practice*. London: DoH. Also available at: www.doh.gov.uk.
- Edwards, M. Miller, C. (2003). *Integrating health and social care and making it work*. London: OPM.
- Forte, P. Bowen, T. Foote, C. Poxton, R. (2002). *Intermediate Care: Getting the balance right*. London: Balance of Care Group.
- Garavan, R. Winder, R. McGee, H. (2001). *Health and Social Services for Older People. Consulting older people on health and social services: A survey of service use, experience and needs*. Dublin: National Council on Ageing and Older People.
- Hardy, B. Hudson, B. Waddington, E. (2000). *What Makes a Good Partnership? A partnership assessment tool*. Leeds: Nuffield Institute for Health.
- Hayden, C. Boaz, A. (2000). *Making a Difference: Better government for older people. Evaluation report*. Warwick: University of Warwick.
- Kaplan, R.S. Norton, D.P. (1996). *The Balanced Scorecard: Translating strategy into action*. Boston: Harvard Business School.
- Nies, H. (1992). 'Research and local planning of services for elderly people: an interactive approach'. *Policy and Politics*, vol. 20: 1, pp. 1-13.
- Nies, H. (2003). *Networks as regional structures for collaboration in integrated care*. Proceedings, International Conference on New Research and Developments in Integrated Care, 21–22 February 2003. Barcelona: Institute for Health Studies, Barcelona, Spain.
- Poxton, R. (2003). *Health and Social Care Partnership: Working with particular reference to joint commissioning*. Briefing paper. London: Institute for Applied Health and Social Policy, King's College London.
- Stevenson, J. (2001). *Mapping Local Rehabilitation and Intermediate Care Services*. London: King's Fund.
- Stevenson, J. Spencer, L. (2002). *Developing Intermediate Care: A guide for health and social services professionals*. London: King's Fund.
- Thornton, P. Tozer, R. (1994). *Involving Older People in Planning and Evaluating Community Care – An overview of initiatives*. York: Social Policy Research Unit, University of York.
- Vaarama, M. Luomahaara, J. Peiponen, A. Voutilainen, P. (2001). *The Whole Municipality Working Together For Older People: Perspectives on the development of elderly people's independent living, care and services*. Helsinki: STAKES.

Capítulo 12

Gestión de la información

PIETER HUIJBERS

El establecimiento de una atención integrada para los mayores no sólo significa organizar y fijar de forma coordinada estructuras y procesos de atención, sino también implica una gestión de la información. Esto es así porque una buena comunicación –de las necesidades de los mayores y de las actividades profesionales que aspiran cubrir esas necesidades– es esencial a la hora de trabajar de forma integrada. El flujo de los distintos tipos de información entre profesionales y las instituciones para las que trabajan, conocido como “flujo de información”, es fundamental para que exista cooperación.

En el ámbito de atención a largo plazo o de cuidados intensivos ya se han desarrollado algunas directrices y herramientas para la documentación y distribución de información del paciente. Pero en un sistema de atención integrado, que incluya no sólo a los profesionales sanitarios sino también, por ejemplo, a trabajadores asistenciales y terapeutas ocupacionales, es necesario que existan una serie de requisitos para la recopilación y el flujo de información. Además, un sistema asistencial de servicios integrados diseñado para gente mayor quizás exija una serie de requisitos y características adicionales.

Un coordinador que se esté planteando cómo gestionar la información en el contexto de atención integrada se debe hacer las siguientes preguntas:

- El sistema de gestión de información, ¿debería ser en papel o informatizado?
- ¿Deberíamos desarrollar un sistema que se ajuste a nuestras necesidades o podemos utilizar una solución estándar?
- ¿Cómo deberíamos desarrollarlo y qué elementos debemos tener en cuenta?
- ¿Qué cuestiones legales o éticas debemos tener en consideración?

El propósito de este capítulo es ofrecer respuestas a éstas y otras preguntas que puedan surgir, proporcionar cierta información, un examen detallado, recomendaciones y permitir comprender mejor aspectos relacionados con la gestión de la información en el ámbito de la atención integrada.

Aunque el término TIC aparece en este capítulo con mucha frecuencia, la mayoría de las afirmaciones y principios que se hacen aquí se refieren también a sistemas de información que no son TIC. Este capítulo trata en principio de la gestión de la información, su utilización y los usuarios, más que de tecnología o Tecnologías de la Información y comunicación (TIC), no obstante se da por sentado que las TIC van ser de gran ayuda.

Definiciones

En estos momentos en la práctica diaria actual ya existen muchas formas de atención integrada para mayores, muchas de ellas se detallan en otros capítulos de este libro. En este capítulo, cuando hablamos de un sistema de atención integrada, nos referimos a su significado más amplio, es decir, a cualquiera de las formas que tome en la práctica. Por lo tanto, en este capítulo, cuando lea la frase

“sistema de atención integrada”, piense en su propio sistema de atención, o en el que esté pensando desarrollar.

El sistema de gestión de la información es probablemente el proceso de apoyo más importante en la atención moderna. Consta de dos importantes componentes:

- El lugar donde se almacenará la información sobre el paciente y el proceso de atención (historial del paciente).
- La forma en que la información se va añadiendo, distribuyendo y cómo ésta es utilizada por los diferentes profesionales de atención sanitaria que interactúan con el paciente. Este proceso se conoce como “flujo de información” y se puede definir formalmente como la transferencia de información documentada del cliente e información sobre la atención del cliente compartida por los profesionales, o entre los profesionales y los gestores, en un sistema integrado. El flujo de Información es un proceso de apoyo indispensable en cualquier sistema de atención integrado.

Estos dos componentes juntos, el historial del paciente por un lado y la especificación de flujos de información por otro, componen el sistema de atención integrado.

Merece la pena mencionar que “la gestión de la información” no incluye comunicación *bis a bis* entre el profesional sanitario y el paciente, tampoco la repartición de folletos informativos. Estas formas de comunicación se conocen como información al paciente y educación del paciente.

Por último, ya que este capítulo se centra principalmente en la gestión de la información en el sector médico, usaremos el término “paciente”. Sin embargo, esto mismo se puede aplicar a clientes fuera del sistema de atención sanitaria.

Objetivos y resultados esperados

En este libro se ha mencionado varias veces la importancia de un sistema de información accesible y preciso. La información es importante para:

- los profesionales
- las organizaciones
- los pacientes o clientes y sus cuidadores

En las secciones siguientes se explica por qué es importante para cada uno de estos grupos, y se señalan tipos de problemas que pueden prevenirse o resolverse con una gestión adecuada de la información.

Profesionales

La comunicación entre profesionales es muy importante en una atención integrada. En su trabajo, los profesionales generan información que debe registrarse y documentarse, tanto si son ellos los que van a utilizarla en fechas posteriores o para intercambiarla con otros profesionales y con la administración por motivos puramente administrativos.

Un buen sistema de información proporciona métodos de registro, acceso y distribución de la información fáciles de utilizar. Garantiza que la información que maneja el personal está actualizada, que es fiable, apropiada y fácil de entender.

Una buena gestión de la información debería propiciar un proceso de atención integrado más eficiente y más efectivo. Usar un sistema de almacenamiento de información efectivo y de acceso a la información administrativa sobre el paciente evita la duplicación de documentos y ahorra tiempo. El acce-

so a la información clínica (a aquellos con permiso) debería ser requisito indispensable en el trabajo del profesional. En otros casos quizás no sea esencial, pero puede profundizar y ampliar el conocimiento de los problemas de un paciente, de un cliente, y en consecuencia permitir una atención de mejor calidad.

El uso de un sistema de gestión de la información amplía las posibilidades que pueden contribuir a un trabajo integrado, que se traduce en: una mejor planificación, mejor coordinación y mejor cooperación al evaluar, tratar y derivar pacientes.

Los profesionales se beneficiarían en mayor medida de un sistema de gestión de la información si hay conexión a una base de datos interna o externa (Internet) sobre el conocimiento profesional, donde se detalle, por ejemplo, la disponibilidad de profesionales o proveedores, o información sobre la enfermedad o la atención. Además un sistema que admita estas opciones puede ser muy útil porque puede servir de guía al profesional, o a un equipo, en los complicados procesos de toma de decisiones en cuanto al diagnóstico y valoración de necesidades de atención, y así poder llegar a tomar las mejores decisiones posibles.

Las organizaciones

Un buen sistema de gestión de la información puede beneficiar a las organizaciones de muy diversas maneras. En primer lugar, puede animar a las organizaciones proveedoras de atención y a sus gestores para que se interesen por la provisión de una atención de alta calidad, más eficiente, y donde aumente el grado de satisfacción por parte de los clientes. Si el sistema de información puede facilitar a los clientes esa mayor calidad a nivel individual, los propios pacientes valorarán positivamente un sistema que funciona bien.

El hecho de poder combinar la información en un sistema informático permite a las organizaciones evaluar costes, la rentabilidad y la calidad de su sistema de atención integrada. Esto favorece una planificación en nivel administrativo, financiero y estratégico así como la mejora de la calidad y la investigación.

Pacientes, clientes y cuidadores

Normalmente no se tiene en cuenta a los pacientes o clientes como usuarios directos de un sistema de información asistencial. Sin embargo, son ellos los que directamente se benefician de un intercambio de información eficaz, como consecuencia también se beneficiarán del incremento de la calidad que puede (y debería) proporcionar. En un estudio realizado por la Asociación de Pacientes y Clientes de los Países Bajos (*Netherlands Federation of Patients and Clients Associations NPCF*), los pacientes de hospitales y policlínicas valoraron el intercambio de comunicación entre los doctores como lo más importante, sobre otros 30 ítems sobre la calidad de la atención (Janse et al., 2002).

Los pacientes, al igual que los profesionales, se quejaban de tener que dar una y otra vez la misma información. Se podría crear un sistema de información asistencial específico para evitar esta duplicación de datos.

Un aspecto adicional consiste en poner al cliente en primer lugar, un factor de gran importancia en el ámbito de la atención integrada. Un buen sistema de gestión de la información puede favorecer que el cliente o paciente se involucre más y de diversas maneras:

- Los pacientes se involucran positivamente desde el momento que tienen que dar su consentimiento para el almacenamiento y uso de la información dentro del sistema de atención. La excepción sería en casos de emergencia, donde los problemas pueden surgir de repente y el paciente no está en condiciones de dar su consentimiento.

- Una serie de disposiciones legales en el nivel nacional pueden dar al paciente el derecho a comprobar y modificar información personal. Por esta razón, los pacientes deberían tener la posibilidad de comprobar y ampliar o modificar la información según convenga.
- Los pacientes tienen la última palabra a la hora de concretar las condiciones sobre qué partes de la información puede ser utilizada, y poder autorizar su uso a unos profesionales o gestores en concreto.

Los pacientes se benefician de los sistemas de gestión de información cuando el profesional sanitario trata con ellos información de su historial. Esto favorece la transparencia entre ambas partes. Algunos estudios indican que el hecho de que el paciente participe puede proporcionar una información más precisa y detallada (Uecker et al., 2003).

Por último, aunque no forme parte exactamente de un sistema de información asistencial, es posible proporcionar a los pacientes y sus cuidadores información sobre su enfermedad on line a través de una página *web* conectada al sistema. En realidad esto es posible cuando el sistema de información asistencial sea un sistema TIC, tal como Doupi y van der Lei (2003) recogen en un caso de atención a quemados.

Los derechos y las opiniones de los pacientes en el nivel individual son ampliamente defendidos por organizaciones para las personas mayores, por grupos de pacientes y por asociaciones de pacientes tales como la Holandesa NPCF mencionada en las páginas anteriores. Esto significa que los sistemas de información pueden contribuir a favorecer la autoestima y confianza del paciente y a definir claramente el papel del paciente y sus cuidadores y muy especialmente en el caso de personas mayores vulnerables.

Modelos y enfoques

TIC frente a papel

Un sistema de gestión de la información debe ofrecer un acceso a la información rápido y preciso. En la atención integrada, esto implica que debe facilitar el intercambio de información entre los profesionales sanitarios y otros profesionales de otras disciplinas, y entre profesionales que trabajan en lugares diferentes y para distintas organizaciones. La información que introduce un profesional en el sistema de atención integrada tiene que ser accesible a todos los demás.

Los sistemas tradicionales, basados en papel, no pueden conseguir esto; de hecho, en realidad ni siquiera se podría llamar un “sistema”. La información es cierto que puede que sea completa y que esté almacenada en un archivo central, pero es muy difícil actualizarla y acceder a ella desde el sistema de atención. Igualmente, diferentes ítems de información puede que sean almacenados por distintas organizaciones o profesionales, lo que puede facilitar la actualización de la información pero dificulta la tarea de producir un informe completo del paciente. En cualquiera de los modelos, el intercambio de información es lento.

La literatura que existe sobre historiales recogidos en soporte electrónico señala muchas ventajas de los sistemas TIC. Si lo comparamos con la información en papel, los sistemas TIC son más fiables, precisos, más fáciles de acceder, de modificar y de gestionar, y además es más fácil su protección. Existe cierta preocupación en cuanto a la privacidad y a la no revelación protección de datos, pero en realidad un archivo en papel es igualmente vulnerable y su privacidad también puede ser violada. Si la información se ha generado por medio de un ordenador, tecleando directamente, resulta poco práctico imprimir esta información y ponerla en circulación por vías tradicionales, para que ésta sea la forma de compartir la información, dejando la información almacenada digitalmente inutilizada.

Finalmente, lo más importante es que las TIC ofrecen una variedad de posibilidades que son muy importantes en la atención integrada.

Entre estas se incluyen:

- La posibilidad de que un tipo de información concreta esté disponible para unos individuos concretos.
- La posibilidad de supervisar, recibir avisos y trabajar de forma activa.
- La capacidad de implicar a pacientes, clientes y cuidadores.
- La posibilidad de apoyar y optimizar la coordinación y la gestión de casos mucho mejor que los archivos en papel.
- Permitir que los datos administrativos y financieros de los pacientes o clientes se combinen fácilmente.
- Permitir trabajar con los datos en conjunto a la hora de facturar, evaluar costes, eficacia y calidad así como a la hora de hacer macro-planificación e investigación.

Hay una desventaja clara en las TIC y es que requiere inversión en *hardware* y quizás un *software* específico así como formación, gestión y mantenimiento, lo cual es caro. Sin embargo, las ventajas superan las desventajas, por ejemplo, cuando un paciente cambia un tipo de tratamiento o se cambia a un área del sistema de salud o de atención social diferente, ya no hará falta volver a crear un nuevo archivo, o solicitar la transferencia de archivos cuando el paciente se traslada de un estadio al siguiente.

Uno se puede preguntar si un sistema de atención integrada que no use las TIC es realmente “integrado”. Los sistemas de atención integrada son modernos planes de organización, con unos rasgos específicos. A menos que el coste resulte prohibitivo, es conveniente utilizar modernos sistemas de gestión de la información que soporten estos rasgos. Los avances en la Información y Tecnología son tales que, incluso hoy en día, iniciar un sistema basado únicamente en papel –dejemos al margen la información oral– tiene un uso limitado.

Ejemplo práctico: ERPID

En muchos países europeos se están llevando a cabo experimentos y desarrollo de la gestión de la información en la atención integrada. En el Reino Unido, la *Information Authority's Electronic Record Development and Implementation Programme* [Programa para la Implementación y Desarrollo de Historiales Electrónicos de la Autoridades de Información de la NHS (ERPID)] ha visto comunidades sanitarias en diferentes puntos de Inglaterra llevar a cabo un trabajo detallado, pilotando distintos aspectos del uso y desarrollo de historiales sanitarios electrónicos y de gestión de la información. Algunos de los proyectos tienen incidencia directa en la atención integrada para personas mayores, es el caso las vías clínicas, servicios de historiales de atención integrada y de links electrónicos para compartir información entre los profesionales sanitarios y de servicios sociales.

Fuente: NHS Information Authority (2003). Véase también ejemplo práctico: Satakunta Macro Pilot project

Principios para utilizar y almacenar la información de atención sanitaria

Para los sistemas de atención integrada, existen en la práctica 3 enfoques fiables de distribuir información:

- **Sistema tipo cadenas**, donde cada organización tiene su propio sistema de archivos y de información. El trasvase de información se realiza *ad hoc*, sólo si se demanda, o bien la información se traspaasa por medio de un registro estandarizado a la otra organización dentro de la cadena en el momento que el paciente cambia dentro del sistema integrado.

- **Servicio de una red centralizada**, donde todas las organizaciones del sistema de atención integrada organizan su sistema de información siguiendo unos requisitos pactados de antemano, y los archivos se gestionan centralmente.
- **Enfoque mixto**. Semi-centralizado, donde los participantes dentro del sistema de atención integrada mantienen sus propios sistemas de información pero permiten que cierta información específica sea accesible a sus colegas. La gestión de la información y los archivos está descentralizada, pero los archivos están interconectados. Esto permite la creación de un historial electrónico del paciente “virtual”, que se crea automáticamente y de forma instantánea cuando se solicita información.

Los métodos centralizados son cada vez más fáciles de establecer gracias a los nuevos avances en las TIC. Mantener o crear un historial central del paciente es algo atractivo y además es lo apropiado. Al centralizar el historial clínico del paciente, la información pasa a ser parte de la cadena de atención, separado de la organización inicial a la que pertenecía. Esto facilita el acceso a aquellos dentro y fuera de la cadena, y dondequiera que esta información se precise. De esta forma, se permite una forma de control y de gestión individual mucho más directa, por parte del paciente o del gestor de casos. Actualizar la información en un sistema centralizado es además mucho más sencillo que en un sistema descentralizado.

Sin embargo, existen inconvenientes potenciales en este método centralizado. Centralizar la información exige que todos los proveedores de atención utilicen un lenguaje común y que el formato sea uniforme para que puedan acceder a la información y corregir los archivos. Esta necesidad de uniformidad exige la creación de estándares consensuados sobre aspectos técnicos del sistema. Además, los proveedores de atención deben invertir en tecnología y formación para que su personal pueda de verdad usar el sistema.

En general, el enfoque mixto es el que resulta más atractivo. Este enfoque se está poniendo en marcha con varios proyectos experimentales en el ámbito sanitario, tal es el caso de Satakunta Macro Pilot, abajo señalado.

Ejemplo práctico: proyecto Satakunta Macro Pilot

En Finlandia, el desarrollo de atención integrada depende totalmente del desarrollo de herramientas TIC que respondan a este tipo de atención. El gobierno asumió el liderazgo a la hora de fomentar el uso de la atención integrada y de servicios y en el desarrollo de aplicaciones informáticas. Uno de los ejemplos más ambiciosos fue el proyecto Satakunta Macro Pilot, que se llevó a cabo en la región oeste de Finlandia.

Macro Pilot fue un proyecto extensivo que incluía el desarrollo de cadenas de servicio continuo optimizando el uso de las TIC. En la ciudad de Pori, con una población de 76.000 habitantes, el proyecto incluía otro subproyecto específico para el cuidado de personas mayores.

Partes del sistema de información del proyecto Satakunta:

- Un “sistema interactivo regional” para profesionales que combinaba información de atención primaria, atención hospitalaria y de servicios sociales.
- Un sistema de información pública en Internet para los ciudadanos y los profesionales con información sobre proveedores y que incluía la actualización de los procedimientos.
- Servicios auxiliares TIC de apoyo a personas con necesidades especiales para poder llevar una vida independiente.
- Una tarjeta de identidad electrónica que permitía el acceso a datos personales, y que garantizaba la identificación del usuario y la seguridad de los datos.

Este subproyecto demostró la importancia de la información basada en las TIC y por consiguiente el intercambio de información. Los nuevos dispositivos operativos de atención y los aspectos TIC del proyecto resultaron un éxito. Los subproyectos creados posteriormente desarrollaron nuevas cadenas de servicios integrados para subgrupos específicos de atención a personas mayores, tales como diabetes, demencia, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y rehabilitación. A partir de 2004, los resultados se implementan nacionalmente.

Fuente: Hänninen (2003)

Ejemplo práctico: cooperación entre servicios sociales y sanitarios.

En Blekinge (Suecia) un sistema de información basado en las TIC ha reemplazado el trabajo rutinario de envío de faxes a varias dependencias del sistema regional de servicios sociales cuando un paciente es dado de alta en un hospital. El sistema de atención está en continua conexión con el hospital regional, los equipos de atención primaria y los departamentos de servicios sociales.

Fuente: www.ehma.org

Ejemplo Práctico: RAI (Resident Assessment Instrument)

El RAI (Resident Assessment Instrument) es una herramienta utilizada en todo el mundo, en principio para la evaluación y la planificación de la atención (véase páginas *Web*). Registra datos específicos, documentación detallada del historial del paciente que se adapta perfectamente a un sistema de información sanitaria en la atención integrada (bien sea atención domiciliaria, en residencia, asistencia sanitaria domiciliaria, salud mental u hospital). Las aplicaciones basadas en las TIC ya se han utilizado en la distribución de fondos, la mejora de la calidad, la aplicación de *benchmarking*, y asignación de atención. El RAI es un buen sistema genérico ya que promueve el uso de un lenguaje común y porque resalta la importancia de un enfoque funcional.

Fuente: Frijters *et al.* (2001)

Proceso de implementación

Evaluación de los requisitos del sistema de información

Sería demasiado simplista decir que toda la información de la que disponen ciertos miembros del sistema integrado está disponible a todos los demás. Tampoco es cierto que todos y cada uno de los miembros del sistema tenga que tener acceso a toda la información disponible del paciente. Esto resultaría poco práctico y causaría una saturación en el sistema, y además, porque puede que por ley esté prohibido. Es importante destacar detalladamente qué información es necesaria y para quién. Una evaluación de los requisitos del sistema de información establecerá qué información del paciente debe registrarse en su historial, cuándo se puede añadir, cambiar o usar nuevos datos y por quién, y cómo debería manejarse en los flujos de información.

La evaluación se lleva a cabo en 4 pasos:

Paso 1: Examen de los procesos actuales

Estudie el diagrama de flujo de su sistema de atención integrada. Este deberá contener información de los profesionales sociales y sanitarios en la red asistencial, también de las reuniones de los grupos y de los gestores de caso. Debería ilustrar el proceso de su sistema de atención integrada. El diagrama de flujo se puede considerar como una red. Cada nodo o punto donde dos o más líneas se

entrecruzan específica comunicación (potencial) y cooperación. Haga un listado de las conexiones (potenciales) entre los nodos de la red en el diagrama de flujo, en otras palabras, haga un listado de todas las posibles relaciones y procesos entre trabajadores (de forma individual), o grupos de trabajadores, que cooperan en el sistema integrado de atención. Los nodos son los creadores y usuarios potenciales de la información, las conexiones limitan el tipo de información que reciben o envían.

Paso 2: Haga un listado de todas las consultas

Haga un listado de todas las incidencias o posibles incidencias en la comunicación entre los profesionales de atención. Posteriormente, haga un listado de todos los tipos de consultas y mensajes conectados a procesos en la red. Estos pueden incluir peticiones de actuación o informes de progreso, y los resultados de este tipo de peticiones y de otras actuaciones no pedidas. Un informe clave que será importante a todos los nodos es el inicial y el de evaluación. Otro es el del informe final (en el momento de alta o muerte).

Cada uno de los “mensajes” supone una modificación o ajuste del historial del paciente. De esta forma, todas las actuaciones de los profesionales quedarán registradas en el historial del paciente, ninguna actuación de un profesional o entre dos profesionales pasará desapercibida al sistema de atención. El mensaje debería incluir “meta-información”, es decir, información del propio mensaje, como por ejemplo detalles del emisor y de los receptores, la hora y, si fuera necesario, notificación instantánea de la modificación, a la persona que lo ha requerido. El formato estándar de e-mail (emisor, receptor, hora, tema, mensaje, etc.) podría ser un modelo conceptual simple pero adecuado para el mensaje.

Las modificaciones del historial del paciente se consideran indicaciones de un cambio en el estatus del paciente, este estatus se evaluará en el sistema de atención integrada.

Paso 3: Identifique las necesidades de información de otros usuarios del sistema

La tercera fase consiste en añadir a este análisis las necesidades de información de otros usuarios potenciales que pudieran tener necesidad de conectarse al sistema de atención integrada. En este grupo se incluyen aquellos que no participan directamente en el proceso de atención pero que necesitan información por motivos de gestión o financiación. Identifique estos tipos de usuarios, evalúe sus necesidades, decida hasta qué punto estas necesidades deben ser recogidas en la historia del paciente, y llegue a un acuerdo sobre su utilización.

Paso 4: Compruebe los resultados

Compruebe el modelo resultante de los requisitos de información una vez más, con todo el personal del sistema de atención integrada. La información resultante proporcionará especificaciones para su sistema de información asistencial.

Los principios de la evaluación de los requisitos del sistema de información son generalmente simples. Sin embargo, en un sistema de atención integrado complejo, puede resultar problemático evaluar los procesos comerciales (de negocio) de la red y, por lo tanto, será difícil identificar una detallada información de los requisitos conectados al proceso. En estos casos, lo inteligente es recurrir a expertos y métodos probados, como el DEMO “*Dynamic Essential Modelling of Organisations*”, DEMO es un procedimiento que permite a los gestores ver la organización como un sistema de actores que se comunican y que crean información (véase páginas *web* de DEMO). A partir de aquí, los gestores pueden especificar la infraestructura de gestión de la información más conveniente.

Lista de control: Otros puntos que considerar en la fase de desarrollo

- ✓ **Decida si necesita una solución especialmente diseñada para usted.** Tanto si usted va a comprar un sistema existente en el mercado o a diseñar un nuevo sistema o a usar uno ya existente, debe de seguir los 4 pasos arriba indicados.

- ✓ **Tenga en cuenta las implicaciones éticas y legales que se derivan del hecho de almacenar información personal.** También hay que tener en cuenta la información personal. Cada país tiene sus propios mecanismos para proteger a los individuos de la difusión fraudulenta de información personal, y especialmente información médica, por ejemplo en el Reino Unido existe Ley de Protección de Datos (Data Protection Act).
- ✓ **Esté al tanto de la práctica actual de su gestión de la información.** La práctica de la gestión de la información presente y futura y los procesos de los participantes en el sistema de atención integrada puede ser incompatible con un sistema de información nuevo si no se investiga y se analiza minuciosamente.
- ✓ **Investigue.** Utilice la información existente, por ejemplo, informes, estudios y experiencias de otras organizaciones sanitarias, de registros informáticos y electrónicos en el ámbito médico. Compruebe si existe un programa de desarrollo y promoción nacional, como por ejemplo el de ERPID (véase más arriba).
- ✓ **Considere la posibilidad de incluir aspectos financieros y administrativos de la atención.** Esto puede resultar de gran utilidad a los ejecutivos financieros y ejecutivos jefe porque podrán aumentar las posibilidades de compromiso necesario entre ellos. Los coordinadores son los encargados de especificar los requisitos del usuario, pero probablemente dejarán los aspectos técnicos a los gestores informáticos y a los expertos en tecnologías de la información y comunicación, que son los que tienen los conocimientos para trasladar las necesidades del usuario a un sistema de información asistencial o a un sistema TIC. Un gestor tendrá que realizar un análisis de inversión y calcular o estimar el coste de la implementación de un sistema de gestión de la información. Un análisis de coste-beneficio o un análisis de rendimiento de la inversión puede reforzar el compromiso de la organización para implementar el nuevo sistema.

Implementación

Incluso si la fase de desarrollo ha sido efectiva, la implementación puede fracasar si no existe conexión entre la fase de desarrollo y la de implementación, en concreto en cuanto a las personas implicadas. Puede que no sea posible que todos los implicados en la implementación del modelo de flujo de información estén presentes en la etapa de creación. No obstante, es imprescindible que todos estén informados, motivados y formados desde el principio.

Se debería hacer una prueba ensayo antes de que el sistema se implemente definitivamente, haciendo demostraciones de cómo debe funcionar el sistema. La demostración debería secuenciarse de la forma más sencilla posible, ya que cualquier fallo tendrá un impacto negativo en la confianza de la gente hacia el sistema. El nuevo sistema debería secuenciarse en un solo departamento de principio a fin. Cada departamento tiene su propio equipo de implementación, y esto crea un sentimiento de pertenencia que favorece el compromiso de toda la plantilla.

En esta fase, algunos de los participantes pueden empezar a sentir que el hecho de usar el nuevo sistema de información les va a traer nuevas responsabilidades. Para un hospital trabajar con un sistema de información asistencial puede ser rutinario, pero para un médico de familia autónomo o para una enfermera que trabaje sola, el nuevo sistema puede presentarse como una carga extra. A largo plazo el sistema de gestión de la información deber facilitar el trabajo a todos los implicados, pero hay que considerar un periodo de adaptación para poder comprobar sus beneficios.

Consolidación

En esta fase, el sistema de información asistencial ya está desarrollado y dispone de un conjunto de procedimientos rutinarios capaces de superar influencias negativas tales como la falta de coopera-

ción, y abiertos a mejoras futuras y ampliaciones. Esto se realiza por medio de una evaluación continua y mejora de la calidad sistemática. Para ello son necesarios criterios de evaluación explícitos, tales como:

- Funcionamiento técnico
- Asistencia
- Uso y conformidad
- Rentabilidad
- Dedicación, competitividad y disciplina del personal

Personal

¿Quién debe participar?

Hacer una distinción entre las distintas categorías dentro de la plantilla puede favorecer una actitud más positiva hacia sistemas de información asistencial y, por consiguiente, hacia sus competencias y roles.

Entre estas categorías podemos incluir:

- **Grupo encargado del proyecto.** Este personal está encargado de desarrollar, implementar y evaluar el sistema de información asistencial. Su entusiasmo puede favorecer una implementación más fluida, por lo tanto también pueden ser ellos los que controlen esa resistencia al cambio y respalden la necesidad de ponerse al día.
- **Personal que se relaciona directamente con los pacientes.** Aquí incluimos a médicos, enfermeras, especialistas, expertos evaluadores, psicólogos, trabajadores sociales. Todos ellos utilizarán el sistema de información. Deben aceptar el sistema, motivarse y capacitarse a través de la formación.
- **Coordinadores con poder de decisión y altos cargos.** Estos pueden que no utilicen el sistema de información asistencial, pero deben tener una idea clara de cómo funciona, sus beneficios y cualquier asunto relacionado. Deben estar muy comprometidos y mostrar capacidad de liderazgo.
- **Coordinadores de atención.** En este grupo se incluye a cualquiera de las personas con tareas de coordinación, un ejemplo concreto sería el gestor de caso. El sistema de información debe permitir y facilitar al coordinador hacer su trabajo de forma eficiente y eficaz.
- **Gestor de la información asistencial.** Es necesario que haya un gestor de información asistencial, que sea en última instancia el responsable de un buen flujo de información. Entre estas responsabilidades se incluyen:
 - funcionamiento general del sistema
 - Instalación y mantenimiento del acceso de usuario
 - actualización de la información
 - asegurar y hacer copias de seguridad de los datos
 - proporcionar documentación y formación
 - organización de un escritorio de ayuda (información de ayuda)
 - evaluación del sistema
- **Personal administrativo.** Aquí se incluye cualquier empleado que se encargue de la planificación, distribución y facturación. Tendrán acceso a cierta información del sistema si se ha acordado que así sea.

- **Personal que no utiliza el sistema.** Debe ser una prioridad apoyar a colegas que utilizan el sistema de gestión de información.

Competencias y titulaciones

Tenga o no tenga una experiencia amplia en gestión de información o en salud, el coordinador, lo que sí que debe tener es la capacidad de organizar las distintas disciplinas implicadas. Las responsabilidades y tareas deben estar claras para todo el personal. Esto es especialmente necesario para aquel personal responsable de almacenar datos en el sistema, y para aquellos empleados que tienen permiso para acceder a ciertos datos en el sistema.

Para el resto del personal, la primera competencia necesaria es que entiendan lo que significa trabajar en un sistema de atención integrada y que conozcan las interdependencias que esto supone. Toda persona implicada debe optimizar el intercambio de información y lo ideal sería a través de apoyo y formación.

Apoyo

El director debe animar a la plantilla para que utilice el sistema de información asistencial, proporcionándoles:

- hardware suficiente y un sistema que funcione óptimamente.
- formación y preparación sobre el sistema de información asistencial.
- un sistema de ayuda telefónica para emergencias y de correo electrónico para gestiones menos urgentes. Igualmente debe proporcionar documentación o un manual de instrucciones.
- una herramienta de ayuda con acceso directo en la pantalla.
- reuniones de evaluación, *feedback* de resultados y asignarles un papel en el proceso de evaluación.

Formación

La formación de toda la plantilla, incluido el gestor de casos, es obligatoria si se quiere que el personal se motive y adquiera las destrezas de flujo de información dentro de un sistema de atención integrada. El personal acostumbrado a utilizar aplicaciones informáticas estándar no necesariamente tiene que ser experto en sistemas adaptados al cliente. El gestor de casos debe ser alguien preparado para utilizar el sistema. La formación debe incluir todos (o algunos) de los puntos siguientes:

- conocimiento general de las TIC
- conocimiento de sistemas informáticos asistenciales específicos: introducción de datos, recuperación de datos, utilización del sistema para tareas específicas y gestión del sistema
- función del sistema de información asistencial dentro del sistema de atención integrada
- funciones y derechos de los pacientes
- aspectos éticos y legales

Supervisión y evaluación

El evaluación tiene un doble significado dentro del contexto de sistemas de información asistenciales. En primer lugar, un sistema de información asistencial es una herramienta muy útil para supervisar y evaluar el sistema de atención integrada porque ofrece la posibilidad de analizar los datos añadidos en: procesos, salidas, resultados y financiación. En segundo lugar, el sistema de información asistencial también tiene que auto-evaluarse a sí mismo, en el contexto del sistema de atención integrada.

El primer paso es decidir con qué métodos y con qué frecuencia se va a realizar la evaluación. No existen respuestas definitivas, ya que depende del sistema de atención. En términos generales se deberían valorar aspectos del sistema de información relacionados con los clientes, los profesionales y las organizaciones participantes. Los criterios de evaluación pueden basarse en los objetivos y el sistema de información asistencial específico, no obstante los siguientes aspectos también deberían incluirse en la evaluación:

- procesos
- salidas
- resultados
- financiación

Procesos

En cuanto a procesos, se pueden incluir en la evaluación los siguientes factores:

- detalles técnicos del sistema de información asistencial (sólo profesionales expertos)
- calidad de los datos tal como la perciben los usuarios, en cuanto a la totalidad, disponibilidad y precisión
- utilización que hace el personal y su experiencia y conducta hacia el sistema

Salidas

Se puede medir hasta qué punto el personal utiliza (o no utiliza) el sistema de información observando los cambios en el número de usuarios, de pacientes cuyos datos están en el sistema, y del número de expedientes. Se puede determinar que el beneficio que los profesionales ganan del sistema es mayor que la inversión expuesta, y por lo tanto se continuará utilizando.

Resultados

Para evaluar los resultados, observe los objetivos que se diseñaron en principio. Compruebe si estos se han cumplido y busque evidencias que demuestren que el sistema realmente sirve de soporte al proceso del sistema de atención integrada.

Incluya también a los pacientes y al personal en la evaluación. Compruebe que el personal que utiliza el sistema esté satisfecho. Aunque ellos mismos puede que no tengan unos objetivos concretos que conseguir con respecto al sistema de gestión de la información, puede que ya hayan observado (y deberían haber observado) los cambios producidos en la forma en que la atención está organizada.

Financiación

El sistema de información asistencial puede ser caro, pero si contribuye a reducir el coste de la atención entonces en última instancia será rentable. Esto debe tenerse en cuenta en la evaluación. Por último, la evaluación también debería verificar si la inversión en el sistema merece la pena, en cuanto a tareas administrativas y financieras para las que se usa.

Obstáculos

Los obstáculos que nos podemos encontrar a la hora de organizar un sistema de información asistencial aparecen fundamentalmente en la fase de implementación del sistema, y son menos comunes en la fase de desarrollo o consolidación. Es muy probable que cualquier nuevo sistema de aten-

ción integrada se enfrente a la oposición y resistencia de organizaciones autónomas, pero la implementación de un sistema de información asistencial presenta problemas específicos. Cada una de las organizaciones que coopera en un sistema de atención integrada dado dispondrá de sus propios sistemas de información, utilizará su propia documentación, como por ejemplo formularios, impresos, y seguirá sus propios procedimientos. Puede ofrecer resistencia ante todos estos cambios y a la implementación de un nuevo sistema de información asistencial.

Si las organizaciones participantes están realmente implicadas en el sistema de atención integrada, los problemas técnicos más comunes relacionados con el intercambio de información se podrán prevenir y solucionar a través de un buen sistema de consulta. Los problemas prácticos se pueden solucionar in situ mientras que los problemas técnicos se deben dejar en manos de expertos. No obstante, es importante no subestimar este aspecto. Si la cooperación supone solamente una parte marginal del total de sus actividades –estas organizaciones– como sería el caso de un hospital que coopere en un sistema de atención integrada para pacientes con derrame cerebral, pueden ser reacias a asumir las normas redactadas por otros que, aparentemente, son participantes minoritarios. Es importante averiguar quién va a adaptarse a quién, y con qué límites.

Entre los posibles obstáculos que pueden impedir la implementación de un nuevo sistema de información podemos destacar:

- no informar, motivar o formar a las personas que tienen que implementar el nuevo sistema
- no reconocer la necesidad de un sistema de información formal y bien estructurado (esto se puede remediar demostrando que siempre existe intercambio informal de información)
- la implementación de nuevas TIC que no son fáciles de usar o adecuadas, y que el personal rechaza (esto se solucionará implicando al personal en la adquisición de estos productos)
- leyes sobre privacidad que prohíban a las organizaciones de atención social utilizar los datos existentes en la atención sanitaria, o que exija su consentimiento para cada una de las consultas o la utilización de expedientes electrónicos

Un último obstáculo lo presentan algunos profesionales sanitarios que por la razón que sea suelen estar en contra de las TIC y del “intercambio de información”. Entre sus objeciones cabe mencionar frases como las siguientes: “No tengo permiso para facilitar información de mi paciente a otras personas” o “Las TIC son incompatibles con la interacción humana, ya que esta interacción es la esencia de la atención”. Esto se puede remediar demostrando que ellos mismos también necesitan información de otros colegas y de profesionales de otras disciplinas, y reforzando el hecho de que una atención compartida exige compartir la información.

Apoyos

Para incrementar las posibilidades de un buen funcionamiento, el sistema de información asistencial debe ser una prioridad. Una condición previa absoluta es la cooperación, o la firma y establecimiento de buenas intenciones para cooperar, por parte de cualquiera de los socios potenciales del sistema de atención integrada.

El sistema de información asistencial depende de un sistema de atención integrada y, de hecho, es parte de él. Por lo tanto cualquiera de los factores que contribuyen al establecimiento del sistema de atención integrada también contribuirá al sistema de información asistencial. No obstante, podemos encontrar otros apoyos fuera del sistema de atención integrado. El desarrollo en información y automatización en el ámbito sanitario puede servir de guía para el desarrollo de sistemas de información en atención integrada.

Entre estos apoyos adicionales podemos señalar:

- una cultura de intercambio de información y experiencias en TIC en el ámbito sanitario
- una estrategia sobre información sanitaria a nivel nacional
- compromiso y apoyo por parte de los altos cargos (esto es imprescindible)
- exigir un buen funcionamiento, que sólo puede proporcionarlo la utilización de las TIC
- confianza en la buena funcionalidad de los sistemas de información asistenciales

Puntos clave

- **La atención integrada implica la cooperación entre los profesionales y coordinación de la atención. Ambos necesitan una comunicación intensa e intercambiar y compartir información.**
- **Los tipos de información almacenada y comunicada incluyen información documentada sobre el paciente o cliente e información sobre la asistencia social y sanitaria relacionada con el paciente o cliente. Esta información sirve de apoyo al proceso asistencial y los directores la utilizan a efectos administrativos, por ejemplo, para la facturación y logística del paciente.**
- **Las características principales de un sistema de información son la posibilidad de almacenamiento de la información y el apoyo de la comunicación. La información sobre cada paciente se almacena en el historial del paciente. Las formas en que los distintos trabajadores de la atención sanitaria y social que interaccionan con el paciente modifican, distribuyen y utilizan esta información se conocen como “flujos de información”.**
- **Un sistema de información basado en las tecnologías de información y comunicación (TIC) es más fiable, preciso, de más fácil acceso y gestión, modificable y más fácil de proteger que un sistema basado en soporte papel. Las TIC ofrecen nuevas posibilidades que son particularmente útiles en el ámbito de la atención integrada.**
- **Implementar un sistema de información exige la creación de un registro gráfico de todos los tipos de mensajes que puedan circular entre profesionales en un sistema de atención integrada. Los profesionales, gerentes y expertos informáticos en salud y asistencia social, desempeñan un papel primordial en el proceso de implementación.**
- **Los pacientes y sus cuidadores también tienen una función concreta: deben involucrarse en la toma de decisiones sobre los principios de privacidad y protección de datos, acceso a la información y formas de comprobar y cambiar sus propios historiales.**
- **Los obstáculos a la implementación de un sistema de información en atención integrada pueden aparecer tanto en el nivel de organización como en el nivel individual de los profesionales. Pueden aparecer tanto para las organizaciones como para los profesionales a modo individual. Los directores deben negociar el compromiso de sus organizaciones con el sistema de atención integrada. El nivel de dedicación de los profesionales y otros usuarios puede verse potenciado si se facilita la formación, servicios de apoyo y un equipo de fácil manejo.**
- **No sirve de nada tener un sistema de atención integrada excelente si se tiene un sistema de información asistencial defectuoso, del mismo modo que uno no puede reparar un sistema de atención integrada deficiente con un sistema de información asistencial excelente.**

Bibliografía:

- De Groen, BLM. (2001). *Disease Management: The American Dream? An explorative study on disease management programs for frail elders in the Northeast of the US/Disease management: toekomst voor de Nederlandse ouderenzorg?* (en inglés y alemán) Soesterberg: Stichting Zorgverlening HetZonnehuis.
- Doupi, P. van der Lei J (2003). 'Design considerations for a personalised patient education system'. *Studies in Health Technology Information*, vol 95, pp 762-67.
- Frijters, D. Achterberg, W. Hirdes, JP. Fries, BE. Morris, JN. Steel, K. (2001). 'Geïntegreerd gezondheid-informatiesysteem op basis van resident assessment instrumenten' (Integrated health information system based on resident assessment instruments). (en holandés con un resumen en inglés). *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* (Netherlands Journal of Gerontology and Geriatrics), vol 32: 1, pp 8-16.
- Hänninen, E. (2003). *The Development of Integrated Service Chains in Social Welfare and Health Care in Finland*. Helsinki: STAKES. Also available at: www.stakes.fi/english.
- Janse, AFC. Hutten, JBF. Spreeuwenberg, P. (2002). *Patiënten oordelen over ziekenhuizen II – Ervaringen en meningen van patiënten in 37 Nederlandse ziekenhuizen* (Hospitals evaluated by patients – Experiences and evaluations of patients in 37 hospitals in the Netherlands). Utrecht: NIVEL.
- NHS Information Authority (2003). *Electronic Record Development and Implementation Programme (ERDIP) Update March 2003*. Birmingham: NHS Information Authority. Also available at: www.nhsia.nhs.uk/erdip.
- Ueckert, F. Goerz, M. Ataian, M. Tessmann, S. Prokosch, HU. (2003). 'Empowerment of patients and communication with health care professionals through an electronic health record'. *International Journal of Medical Informatics*, vol. 70: 2 –3, pp. 99-108.

Páginas web

www.demo.nl – página web dedicada al DEMO.

www.ehma.org – Asociación para la Gestión Sanitaria Europea, que coordina la red CARMEN, grupo que ha realizado este libro de recursos. Las publicaciones de CARMEN y otros materiales se pueden encontrar en la página web de EHMA o por correo electrónico info@ehma.org.

www.interrai.org – página de RAI, una red internacional para investigadores que trabajan en atención sanitaria para mayores y discapacitados.

Capítulo 13

Gestión de calidad

MARJA VAARAMA

La atención integrada se define como la colaboración entre servicios múltiples dirigidos a un cliente con necesidades múltiples. Muchos de los problemas relacionados con la calidad se producen como consecuencia de fallos de comunicación y coordinación entre los servicios. En otros casos, las mejoras en un eslabón de la cadena se pueden ver neutralizadas por un fallo en algún otro eslabón. Si la coordinación y colaboración entre profesionales y organizaciones pertinentes tiene lugar únicamente en iniciativas *ad hoc* (improvisadas), existen varios factores potenciales que pueden impedir la consecución de una atención rentable y de alta calidad. Si, por el contrario, las distintas partes implicadas trabajan en red o en equipo, compartiendo unos objetivos y protocolos comunes, en este caso la integración estará mejor estructurada y habrá más oportunidades de alcanzar los objetivos de calidad (véase el Capítulo 2).

Según la Comisión Saskatchewan sobre Medicare (2001), “Las organizaciones de asistencia sanitaria que hacen hincapié sistemáticamente en la calidad son los mejores lugares de trabajo. Estas organizaciones respetan y maximizan las contribuciones de todo el personal, reducen el volumen de trabajo innecesario e ineficaz, reducen los índices de error y obtienen mejores resultados y una mayor satisfacción laboral”. No existe razón alguna para pensar que esto no se pueda aplicar también a los servicios de asistencia social.

Hasta la fecha, existe poca experiencia o publicaciones sobre la gestión de calidad en la atención integrada en Europa pero, si tenemos en cuenta la naturaleza de la atención integrada, vemos que ésta también debe basarse en la colaboración y en el intercambio de información. Trabajar en un sistema de atención integrada complica, sin lugar a dudas, la gestión de la calidad, pero existen modelos disponibles y se puede aprender de la investigación y la práctica de enfoques genéricos de gestión de calidad. Existe abundante experiencia práctica que demuestra que la gestión sistemática de la calidad ha hecho que la motivación de las personas sea mayor en relación con la calidad y la toma de conciencia de los costes, lo cual ha supuesto una mejora del rendimiento. La experiencia ha demostrado, así mismo, que las mejoras en calidad se pueden obtener mediante pequeños cambios en las actitudes y rutinas diarias (Olson, 2003). La investigación nos demuestra que el 85% de la calidad de la asistencia sanitaria viene determinada por el rendimiento del sistema. En otras palabras, la calidad es consecuencia del trabajo en equipo más que de una única profesión (véase “Medical College of Georgia, *pág. web*).

En este capítulo explicaremos estos modelos, enfoques y enseñanzas. El mensaje clave es que la gestión de calidad en atención integrada es un proceso de aprendizaje continuo para todos los que en ella participan. Los ejemplos que proponemos no parten directamente de un modelo específico o de una terminología determinada y, debido a esta falta de modelos sobre gestión de calidad en atención integrada, generalmente se utilizan métodos genéricos de gestión de calidad. Esto ilustra la primera lección sobre como introducir un sistema de gestión de calidad en atención integrada: es necesario reconocer que existen varios métodos y terminología y que esta diversidad sólo puede superarse mediante un debate conjunto en el que se respeten distintas culturas profesionales y dándoles el mismo grado de importancia.

Definiciones

Gestión de calidad

El objetivo de la gestión de calidad es apoyar la provisión de los mejores resultados de calidad posibles y un uso eficaz de los recursos. Se espera que proporcione:

- mejor calidad de vida para el cliente y su familia, a través de servicios mejor coordinados con calidad profesional óptima y continuidad de la atención
- un uso más eficiente de los recursos
- aumentar la transparencia y responsabilidad
- prevención de riesgos y evitar malas prácticas
- unir a diferentes profesionales

Calidad de la atención

Los términos clave relacionados con la calidad de atención son: inputs/ estructuras, procesos y resultados (Donabedian, 1980). La red CARMEN (Vaarama y Pieper editores 2004) ha definido los siguientes elementos para la calidad de atención integrada dirigida a personas mayores:

- **entradas (inputs)/estructuras:** una plantilla multidisciplinar bien formada. Una plantilla motivada que favorezca una mejora constante de la calidad, unas normas validadas y basadas en pruebas.
- **procesos:** responsabilidad ante las necesidades y preferencias del cliente, apoyo a la autonomía y la independencia, dignidad, el cliente es el centro cuando se planifican los servicios, participación del cliente, capacitación.
- **resultados:** eficacia en la atención, continuidad de la atención, satisfacción del cliente, apoyo a la calidad de vida del cliente.

Tareas y terminología clave

- **Indicador de resultados** – presentación cuantificada de cualquier cambio en la salud o bienestar del cliente, a partir de la atención recibida.
- **Criterios de calidad y normas de calidad** – criterios para la evaluación. También se utilizan informes complementarios, para medir el grado de cumplimiento de los criterios.
- **Evaluación de la calidad** – entradas de comparación, estructura, procesos y resultados del servicio recogidos en un informe escrito, o cualquier otro punto de comparación (*benchmark*).
- **Mejora de la calidad** – mejorar las actuaciones.
- **Indicadores de calidad** - instrumentos de medida que indican la calidad del servicio.
- **Gestión de calidad** – para establecer los objetivos de la atención, la organización de los procesos para cumplir los objetivos y evaluar resultados.
- **Sistemas de gestión de calidad** – éstos normalmente incluyen un número de criterios de calidad y objetivos de calidad y estándares operativos bien definidos, así como también indicadores para medir la calidad.
- **Medición de la calidad** – recogida de datos para darle una representación numérica a la calidad de atención que el cliente recibe.

Fuentes: Evers *et al.* (1997), Øvretveit (2001), Vaarama y Pieper (2004b)

Objetivos y resultados esperados

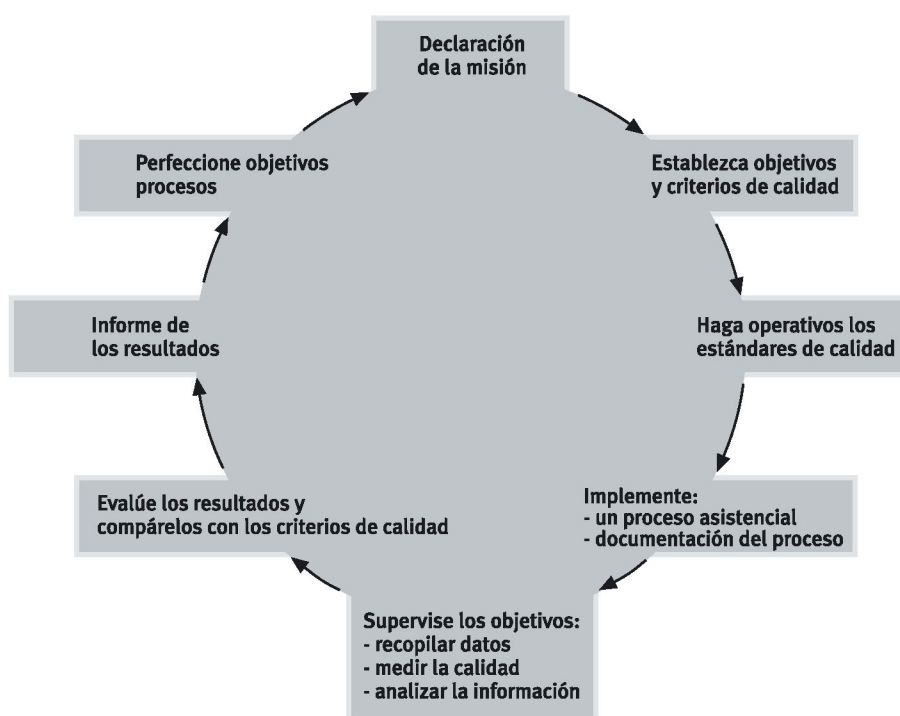
Dentro de la atención integrada, la calidad de un servicio múltiple se puede evaluar simplemente observando una cadena de actuaciones de diferentes organizaciones y profesionales que cooperan o transfieren responsabilidades entre sí; un ejemplo sería la relación entre el hospital y el domicilio. Por lo tanto las medidas, procesos y protocolos deben estar consensuados por todos los participantes en la red asistencial.

El punto de partida es clarificar los objetivos para definir las medidas adecuadas. Para poder decir qué tipo de resultados deberían evaluarse, uno debe plantearse las siguientes preguntas:

- ¿qué intentamos conseguir?
- ¿qué es lo que quiere decir exactamente “mejor atención”?
- ¿qué se entiende por “capacitación” y “dignidad” dentro del proceso asistencial?
- ¿qué quiere decir “normalización profesional” en la práctica?

Esta actuación debería organizarse como un proceso interactivo e iterativo que aglutine a todos los participantes en la cadena de atención. Las estructuras multiagenciales y los protocolos tienen que ser coherentes con los objetivos. La colaboración debería también involucrar a los clientes y sus cuidadores, y debería capacitarlos por medio de una participación significativa. De esta manera, el proceso de gestión de calidad se convierte en un proceso de aprendizaje dinámico en el cual la calidad asistencial mejora poco a poco. Fomentar la cooperación por la calidad entre diferentes profesionales, unidades y organizaciones que atienden al mismo cliente es el primer paso para la implementación de cualquier plan de calidad en un sistema integrado. La figura 11 ilustra este proceso de adaptación.

Figura 11: Ciclo de la gestión de calidad



Los tres niveles de la gestión de calidad

La gestión de calidad se puede dividir en tres niveles:

- nivel del cliente
- nivel de organización, red o cadena asistencial
- nivel del sistema

Pasemos a explicar cada uno de estos niveles:

Nivel del cliente

En este nivel, se establecen los objetivos de la atención de un cliente individual, las intervenciones se personalizan para cubrir las necesidades y circunstancias del individuo, se documentan en los planes asistenciales, y se registran los procesos y la provisión de servicios. Las preguntas sobre gestión de calidad en este nivel podrían ser las siguientes:

- ¿cómo se ajusta el plan de atención a las necesidades y preferencias del cliente?
- ¿la atención ofrecida cumple los estándares profesionales?
- ¿en la interacción con el cliente se tienen en cuenta los objetivos de dignidad, capacitación y la participación del cuidador?

Las necesidades del cliente no son estáticas, sino que cambian a lo largo del tiempo. Por lo tanto una supervisión regular y una evaluación son necesarias para realizar las adaptaciones necesarias en su momento (Véase también los capítulos 4 y 6).

Nivel de organización, de red asistencial o de cadena de atención

En este nivel, las cuestiones sobre gestión de calidad se refieren a aspectos tales como la coordinación de la provisión de múltiples servicios a un cliente, la colaboración de los profesionales, también implica garantizar la unidad dentro de los objetivos y metas de los profesionales de primera línea, y el grado de cumplimiento de los estándares profesionales. Dos asuntos de especial importancia para poder llevar a cabo la supervisión a este nivel son: la dimensión simultánea (contenidos de atención y logística) y la dimensión secuencial (atención que se centra en las necesidades de los clientes). Véase Capítulo 1

Nivel social o de sistema

En este nivel las cuestiones relacionadas con la gestión de calidad tratan de aspectos tales como el acceso a la atención, sostenibilidad económica del sistema de atención y equidad de la distribución. En otras palabras, quién pierde y quien gana, hasta qué punto ha sido equitativa la distribución de las necesidades del cliente / grupo de clientes, qué grado de importancia tienen estas necesidades, y qué necesidades no satisfechas se pueden identificar. Se espera que la gestión de calidad en el nivel de sistema aumente la responsabilidad y proporcione información para tomar decisiones a partir de la evidencia.

Modelos y enfoques

Existen varios modelos y métodos, de entre todos ellos la mejor opción para atención integrada es un modelo de gestión de calidad total. Si tenemos en cuenta la evaluación de la calidad de la atención, existen una serie de medidores en el mercado, pero ninguno de ellos está adaptado para atención integrada. Uno de los aspectos que más se demanda es la medición de la rentabilidad de la atención integrada.

TQM (Total Quality Management)

TQM (Total Quality Management) es actualmente la estrategia de gestión de calidad más común y todos los modelos y enfoques existentes son, en mayor o menor medida, aplicaciones de esta estra-

tegia. TQM es más una filosofía de gestión fundamental para los objetivos de la organización, que una actividad tangencial. El objetivo es realizar un plan general para la organización con unos objetivos concretos de calidad. Esto exige un trabajo bien hecho y que todo el personal se comprometa y se apasione con la calidad desde todos los ámbitos, desde los directivos hasta la primera línea.

TQM pretende traspasar fronteras departamentales y disciplinares. La primera vez que se utiliza exige gran inversión de tiempo en formación e implica un proceso continuado de mejora de calidad. No es, por tanto, simplemente el establecimiento de estándares únicos. TQM da mucha más importancia a la prevención de errores y defectos antes de que ocurran que a la corrección posterior (adaptación de Pollit, 1997. Véase también Piepet, 2004, y la pag. Web.

Premios a la calidad

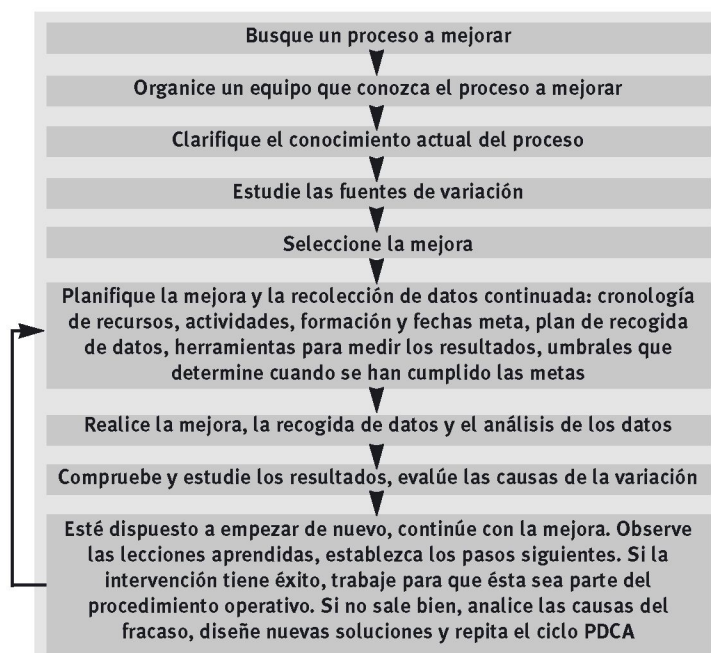
Los planes de reconocimiento de la calidad no son sistemas de calidad en sí, pero ofrecen una base sobre la cual se puede iniciar un plan. Cada vez es más frecuente su utilización para realizar sistemas de gestión de calidad en organizaciones asistenciales. Un ejemplo es la European Quality Award. También existen muchos premios en el nivel nacional (véase Øvretveit 2001)

Mejora continua de la calidad

Mejora continua de la calidad (CQI) (*Continuous Quality Improvement*) es una de las aplicaciones más utilizadas de TQM. En vez de crear una cultura de culpa si las cosas no van mal, la atención se centra en el equipo como motor de mejora. Este enfoque recompensa al grupo cuando las cosas van bien. Uno de los modelos de CQI que goza de más popularidad es ciclo Deming (planificar-hacer-verificar-actuar). En el ámbito sanitario, se denomina modelo FOCUS-PDCA*. El modelo establece nueve pasos para diagnosticar problemas de calidad y se centra en la mejora de la calidad en el trabajo diario. La figura 12 no muestra este modelo

* Acrónimo inglés Plan-Do-Check-Act (PDCA)/ (Planificar / Hacer / Verificar / Actuar)

Figura 12: Modelo FOCUS PDCA



Fuente: American Hospital Corporation (1989)

Planes de inspección estatal

Las agencias nacionales o regionales inspeccionan o acreditan a las organizaciones asistenciales para ver si cumplen los estándares. Pondremos como ejemplo la Comisión para la Mejora de Salud (*Commission of Health Improvement*) del Reino Unido, que ha venido realizando auditorías a los servicios cada cuatro años o cuando se sospecha que existe un problema de calidad serio. Hoy en día, las iniciativas estatales ya han abandonado el control, y lo que hacen es promocionar sistemas de calidad, como es el caso de Finlandia y Holanda que presentamos al final de este capítulo.

Acreditación

Las agencias de acreditación del gobierno o no-gubernamentales conceden un "crédito" a un servicio para indicar que ha cumplido los estándares establecidos. El plan más conocido en atención sanitaria es la Comisión conjunta para la Homologación de Organizaciones de Atención Sanitaria en Estados Unidos (véanse páginas web) (*US Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organisations*).

ISO 9000

ISO 9000 es un conjunto de normas de calidad internacional genéricas. El plan certifica si una organización cumple las normas del sistema de gestión de calidad. Según el enfoque de ISO 9000 una organización busca un registro para unos procesos o sistemas. Se paga una cuota y, tras una fase de preparación, el proceso o sistema elegido es evaluado por una tercera parte asesora. Si el asesor decide que el proceso cumple el requisito de la norma, la organización puede mostrar su acreditación (sello) en sus productos o en publicaciones. El ISO 9000 ha sido utilizado sobre todo en laboratorios y servicios de apoyo no-clínicos.

Revisión paritaria

La revisión paritaria trata de ver si los proveedores cumplen las normas clínicas u otras normas de atención. Aquí, el trabajo de un profesional en el nivel individual o un grupo de profesionales es asesorado por otro grupo de profesionales. La revisión puede consistir en una evaluación sistemática con estándares definidos o una revisión colegiada más informal por medio de visitas donde la evaluación se ofrece como una forma de apoyo a la mejora. La revisión colegiada puede ser interna o externa, puede ser voluntaria u obligatoria, y la frecuencia de las revisiones puede variar considerablemente. Puede haber o no sanciones, y los resultados de la revisión pueden ser confidenciales o estar a disposición del público. Por ejemplo, la Auditoría Médica de Servicios de Salud Nacional en el Reino Unido es una forma de revisión colegiada interna, mientras que La Revisión Colegiada del Programa Medicare (*US Medicare Program Peer Review*) de Estados Unidos es externa.

Benchmarking

La idea básica del *benchmarking* es bastante simple. En primer lugar, una organización identifica uno o varios de sus procesos donde quiere hacer mejoras de calidad. Posteriormente busca una o más organizaciones que hayan alcanzado altos niveles de excelencia en ese mismo proceso, y diseña e implementa un plan para aumentar su propio rendimiento hasta o por encima del nivel del *benchmark*.

Ejemplo práctico: Benchmarking

El gobierno holandés utiliza el *benchmarking* para estimular la calidad y eficiencia de la atención. Ha desarrollado indicadores de rendimiento para los proveedores de atención domiciliaria. Para realizarlos se ha consultado a los interesados, los proveedores. Las variables que se han medido son: eficiencia en cuanto a costos y resultados, calidad de la atención evaluada por los

clientes y el personal, e igualmente se midieron las valoraciones positivas y negativas de las partes interesadas. Se elaboró un sistema de anotación combinado para identificar las “organizaciones con mejores prácticas”. Esto permitió a las organizaciones comparar su rendimiento particular con el rendimiento general, y también con el rendimiento de otras organizaciones que ofrecen atención similar.

El análisis de las variables permite que se haga un rastreo de los indicadores, como factores que proporcionan un valor específico de esa variable. El *benchmarking* también se ha aplicado a residencias geriátricas tras realizar las adaptaciones y mejoras pertinentes. Una de estas mejoras ha consistido en concentrar los indicadores entorno a variables siguiendo el modelo de gestión INK, el equivalente holandés del europeo EOQ (*European Organisation for Quality*). Este modelo de gestión se basa y es bastante similar al EFQM (*European Foundation for Quality Management*). Esto permitirá a los coordinadores comprender mejor de dónde vienen los resultados y en consecuencia cómo mejorar su gestión.

Fuente:Huijbers (2003)

Modelo *breakthrough series*

Este modelo compartido se desarrolló en Suecia en atención paliativa, no obstante también se puede aplicar en otros ámbitos de la atención. Olsson (2003) describe el modelo con la frase siguiente: “pequeños cambios, grandes logros”. Este modelo no requiere para empezar informes extras o procesos de toma de decisión. Equipos multi-disciplinares de diferentes organizaciones e instituciones reciben formación de profesionales pioneros en sus respectivos campos. Estos profesionales deben plantearse las siguientes preguntas:

- ¿Qué queremos conseguir?
- ¿Cómo sabemos que un cambio es una mejora?
- ¿Qué cambios podemos hacer para que se conviertan en mejoras?

Los cambios se miden regularmente desde el momento que se toma una decisión sobre qué se debe mejorar y qué se debe medir.

Este proyecto modelo nos ha proporcionado enseñanzas muy útiles para mejorar la calidad de atención paliativa. Lo más importante ha sido que las grandes mejoras se pueden hacer utilizando medios muy pequeños y de forma rápida. Pongamos un ejemplo, una cucharadita diaria de aceite de nabo elimina la ansiedad y el estreñimiento en pacientes con demencia en las residencias geriátricas. Otro ejemplo, controles regulares del dolor usando la escala “VAS” produjo una reducción del sufrimiento en silencio entre pacientes paliativos en una residencia. En un tercer ejemplo, escribir historias de la vida de los clientes cuando llegan a las residencias fue utilizado para crear una atención según las necesidades individuales.

Un primer *Breakthrough series* nos llevó nueve meses y el segundo seis. Durante el proceso, se establecieron lazos afectivos entre miembros del equipo, y la colaboración ha proporcionado un punto de partida para mejorar la cooperación en otras áreas diferentes. Este grupo sueco está actualmente planificando un ciclo de avances en atención a dementes.

(RAI) Residential Assessment Instrument (Instrumento de Evaluación Residencial)

Es un instrumento de evaluación para atención de larga duración internacionalmente validado. Proporciona herramientas y procesos para:

- Evaluación de necesidades integrada
- Documentación estandarizada
- Indicadores validados para la evaluación de las mejoras de calidad y costes

Los resultados se pueden calcular en el nivel del cliente individual, en el nivel de organización o equipo y en niveles superiores.

RAI se elaboró originariamente en los Estados Unidos para dar respuesta a las críticas de calidad de la atención de larga duración a personas mayores. Para poder utilizarlo, se debe solicitar un permiso de InterRAI. InterRAI es una organización compuesta por los creadores del RAI y posee los derechos de copyright (véase InterRAI, páginas *web*). En estos momentos el instrumento RAI ya está validado, o en proceso de ser validado, en muchos países europeos, y posiblemente sea en un futuro uno de los instrumentos de evaluación más utilizados en atención de larga duración para personas mayores.

EverGreen 2000 Plus

Esta aplicación de software es un sistema de gestión de calidad estratégico a gran escala para la atención social y sanitaria dirigida a personas mayores. Incluye indicadores de necesidades, provisión, contratación de personal, costes, de logro de objetivos, productividad laboral, economía de la atención y equidad en términos como acceso a los servicios, y necesidades satisfechas. La aplicación ofrece dos opciones para la mejora de sistemas (“extrapolación de tendencias” y “planificación por objetivos”) y permite al usuario crear simulaciones de costos de opciones alternativas.

Este software, de cuyo mantenimiento se ocupa STAKES (*Finnish National Research and Development Centre for Welfare and Health*), Centro nacional de Investigación y Desarrollo para la Salud y Bienestar, utiliza registros de atención ya existentes. Si éstos no están disponibles, es posible crear la base de datos recopilando los datos de forma separada. Los resultados se despliegan en tablas y gráficos y se diseñan pensando en la gente de a pie más que en expertos especialistas.

Este sistema facilita tomas de decisiones basadas en hechos y por tanto la planificación. Con el apoyo de un modelo de planificación creado en colaboración, hace que técnicos de atención social y sanitaria, profesionales y otras partes interesadas aúnen esfuerzos para planificar, revisar, y evaluar la atención dirigida a las personas mayores, también para identificar las necesidades del sistema y comparar con otras alternativas que puedan ofrecer una mejor opción.

La primera versión de EverGreen apareció en 1990, la segunda (EverGreen 2000) en 1997 y la versión más actualizada (EverGreen 2000 Plus) en 2004 (véase Vaarama, 1995, 1997, 2004). En el 2005 estará disponible una aplicación en inglés.

Medición de la calidad de atención integrada

La evaluación y supervisión de la atención son tareas clave de la gestión de calidad.

- La supervisión implica hacer un seguimiento constante para obtener información de los desarrollos e identificar cuanto antes signos de desarrollos no deseados.
- Evaluación, la evaluación debe llevarse a cabo regularmente –mensualmente, cuatrimestralmente, cada seis meses, anualmente, cada tres años– dependiendo de si el tipo de evaluación es rutinaria o una iniciativa de investigación. En la evaluación, la eficacia de las actuaciones se evalúa siguiendo un conjunto de criterios y patrones.

Para poder supervisar y evaluar, debemos medir los resultados de calidad y los costes.

Los términos clave en medición de calidad son: criterios de calidad, estándares de calidad, e indicadores de calidad:

- **Criterios de calidad** – son las características elegidas para definir los objetivos de calidad. Se asume que si un criterio se cumple, la calidad de la atención también es buena. Normalmente, un

servicio de atención tiene varios criterios que cumplir. Los criterios de calidad deben ser pertinentes y válidos, y los indicadores deben ser fiables, medibles, precisos, consensuados y que no sea posible manipularlos.

- **Norma (o estándar) de calidad** – un conjunto de criterios, normalmente definidos por su valor más alto o más bajo. Una norma también puede ser cualitativa.
- **Indicador de calidad** – un medidor que indica la calidad de un servicio que normalmente se clasifica teniendo en cuenta tres dimensiones (estructura, procesos y resultados).

Uno de los deseos más comunes de los coordinadores de atención es el de poder medir los resultados de la atención en cuanto a la rentabilidad o, como dice el colectivo médico, “costo-beneficio” de la atención. Por definición, la rentabilidad de la atención es la *ratio* entre los costes y las operaciones de un servicio asistencial dado. Un servicio puede ser efectivo a la hora de cumplir las necesidades de un cliente, pero no ser rentable si se pueden obtener resultados similares a menor coste, o si se pueden obtener mejores resultados con el mismo coste. Esta información resulta de gran utilidad a los coordinadores de atención, pero todavía nos encontramos con que faltan indicadores válidos que, en la práctica, sean fáciles de administrar.

El problema tiene que ver con la medición de resultados y costes por igual y destaca la importancia que tiene elegir los medidores adecuados. Puede resultar muy difícil encontrar un único medidor de resultados, pero una alternativa buena es tener en cuenta las dimensiones de la mejora de la atención por separado. Por ejemplo, puede que no sea posible realizar mediciones válidas de las mejoras de la calidad de vida de un cliente y ver si esta mejora es consecuencia de la atención integrada recibida. No obstante, es posible utilizar medidas tales como la reducción del dolor, o reducir alteraciones emocionales o de la conducta, o reducir las cargas del cuidador. Siempre es posible preguntar al cliente y comprobar el nivel de satisfacción y el nivel subjetivo de salud, bienestar o estado de ánimo. Existen muchas escalas de validación y herramientas disponibles para medir estas variables (véase *the Growing Older Programme*, tal como se detalla en Dean 2003). Además de medidores cuantitativos, también es necesaria una información cualitativa, para realizar una evaluación exhaustiva de la calidad asistencial. Por ejemplo, muchos objetivos del proceso son cualitativos y aspectos relacionados con la atención (atención cara-a-cara) debe también medirse cualitativamente. No obstante, cuando los objetivos de calidad están claramente definidos, también se pueden medir utilizando escalas cuantitativas. En atención integrada, definir estos objetivos y llegar a un acuerdo en cuanto a los indicadores es uno de los elementos del ciclo de gestión de calidad descrito anteriormente.

Tal como se ha dicho anteriormente, es mejor adoptar unos indicadores de resultados múltiples que adoptar solamente uno, ya que esto nos proporcionará una evaluación más exhaustiva y aumenta la validez de la evaluación. Esto se cumple normalmente en atención integrada, donde varios objetivos de cantidad, tipos y calidad asistencial confluyen en un solo caso, y varios profesionales y normalmente varias organizaciones están implicadas en la atención. Evaluar la calidad teniendo en cuenta solamente algunas de las actividades no es suficiente. Por lo tanto, es mejor disponer de varios indicadores de éxito, en vez de sólo uno. También es aconsejable disponer de varias perspectivas del el mismo resultado. Por ejemplo, en el Reino Unido, Duffy et al. (2001) han evaluado la calidad del servicio en residencias desde el punto de vista de los residentes, la familia y los administradores.

No obstante, disponer de varios indicadores de resultados para el mismo caso puede causar problemas a las evaluaciones de rentabilidad económica. Por esto, para la evaluación de rentabilidad económica, un primer resultado debería definirse en oposición a los costes que pueden medirse y la rentabilidad evaluada. Todos los gastos originados por los servicios múltiples deben recogerse conjuntamente y relacionarlos con el resultado inicial. El resultado primario debería medirse en unidades que permitan calcular una *ratio* de rentabilidad. Todo el mundo sabe que es muy difícil medir la rentabilidad, pero esto no significa que sea imposible. Este aspecto no se trata en profundidad en la

atención integrada, por lo que no existen modelos que podamos presentar aquí. Los coordinadores interesados en este aspecto deberían consultar las publicaciones existentes sobre economía sanitaria. Si desea información sobre la medición de la rentabilidad de los servicios sociales, véase Sefton et al. (2003).

Proceso de implementación

La implementación práctica de planes de gestión de calidad se puede dividir en 4 etapas (éstas se pueden implementar una seguida de la otra o de forma simultánea).

Paso 1: Establecer objetivos claros y preparar la introducción del modelo seleccionado

Decidir qué modelo elegir depende de los problemas que queramos solucionar y las circunstancias en las que se vaya a implementar. Planificar cuidadosamente cómo introducir el sistema de gestión de calidad puede ser mucho más importante que la elección de un modelo.

Lista de control

- ✓ Establezca objetivos claros: ¿qué queremos mejorar y cómo?
- ✓ Evalúe las alternativas y familiarícese con las condiciones del modelo recomendado para trabajar en los ensayos.
- ✓ Involucre al personal en el desarrollo y la toma de decisiones relacionadas con la implementación; los profesionales y el resto de la plantilla deben comprender que es lo que se espera que implementen, y estar motivados para recoger la información y el uso de modelos / herramientas en cuestión.
- ✓ Incluya a todos los interesados pertinentes para asegurarse que están disponibles los recursos necesarios, equipo, instalaciones, tiempo y técnicas necesarias para la implementación. Esto también debe cumplirse para cada eslabón de la cadena de implementación: cuantos más eslabones, más difícil será cumplir este requisito.
- ✓ Motive e implique a clientes y cuidadores y asegúrese de que le dan su aprobación.

Paso 2: Motivar y crear un sentimiento de “pertenencia”

La atención integrada y la cooperación deben ser términos sinónimos dentro y entre las distintas profesiones, roles, organizaciones y sistemas. Las diferencias culturales y profesionales entre estos elementos tan diferentes son importantes. Para asegurar un sentimiento de “pertenencia a” un esfuerzo común, todos los implicados deben tener la oportunidad de debatir y decidir qué conceptos y objetivos van a adoptar, cómo se van a adaptar a su sistemas de trabajo y cuáles son los valores básicos de su trabajo (en otras palabras, definir la misión comunicada y participada por todos).

Paulatinamente, las actividades siguientes deben conducirnos a un sistema de calidad compartido:

Lista de control

- ✓ Esté preparado para el hecho de que no es fácil hacer coincidir a personas con culturas profesionales o que utilizan jergas diferentes; por lo tanto, trate de utilizar los métodos adecuados para promover un crecimiento conjunto (véase Capítulo 9),
- ✓ Proporcione información clara del modelo, los beneficios que se pretenden conseguir para el cliente, los profesionales y las organizaciones, y las responsabilidades que esto conlleva. Hacer hincapié en los beneficios profesionales que supone la calidad de atención podría ser buena forma de unificar profesionales diferentes pro un interés común.

- ✓ Recoger en un documento los objetivos consensuados, procesos de medición, responsabilidades y procedimientos en un protocolo común al que todos los participantes de la atención integrada tengan acceso.
- ✓ Implice a los clientes. Recuerde que ellos son los destinatarios de esos resultados deseados o no deseados. Después de definir y evaluar la calidad, asegúrese de consultar a los clientes. Existe una gran recopilación sobre la experiencia, orientación e investigación sobre como hacer participar a los usuarios del servicio de una forma efectiva (véase Capítulo 3).
- ✓ Establezca sistemas de auto-evaluación entre los profesionales o en los equipos. Ésta podría ser buena forma de empezar, ya que puede proporcionar ideas para el futuro.

Paso 3: Organización de la gestión de la calidad integrada y apoyo a su implementación

La mejora de la calidad es un proceso de aprendizaje continuo, y en un sistema integrado debe organizarse cuidadosamente. La organización tiene que proporcionar un marco claro para la gestión de calidad compartida, y debe asegurarse de que los coordinadores y el personal están motivados para realizar cursos de formación continuada y auto-formación.

Lista de control

- ✓ Todo el personal relacionado con el cliente debe estar involucrado, desde la cocina a la sala de juntas.
- ✓ Nombre un coordinador de calidad para cada cliente, así como también para cada equipo integrado.
- ✓ Elija un equipo de coordinadores altamente comprometidos para coordinar la gestión de calidad integrada. Esto deberían realizarlo gestores responsables de organizaciones o equipos en activo.
- ✓ Facilite formación / capacitación extra para el personal que vaya a ocuparse de medir la satisfacción del cliente, el análisis de problemas en procesos y el desarrollo sistemático de respuestas, y de la evaluación y comunicación de resultados.
- ✓ Asegúrese que existen unos criterios coherentes e indicadores de calidad para facilitar la mejora de calidad y la evaluación de logros en la práctica.
- ✓ Establezca un sistema de documentación compartida que utilice, siempre que sea posible, los sistemas informáticos existentes.

Paso 4: Elección de medidores de resultados

Es fundamental disponer de medidores de resultados precisos. Para elegir estos medidores, organice un proceso en el cual se impliquen todas las organizaciones y profesionales relevantes.

Lista de control

- ✓ Clarifique unos objetivos clave y conviértalos en resultados medibles.
- ✓ Defina los objetivos distintivamente según su estructura, (entradas) inputs, procesos, outputs y resultados.
- ✓ Evalúe los costes y resultados de forma sistemática. Los indicadores de procesos y estructura son más fáciles de recopilar, pero no nos dicen nada acerca de los resultados).
- ✓ Adopte una perspectiva múltiple para obtener una evaluación más exhaustiva.

- ✓ Utilice una evaluación cualitativa para observar experiencias individuales y de organización, puntos de vista, significados, motivaciones y formas de actuar y de interactuar, y resistencia.
- ✓ Examine la equidad, acceso a y uso de los servicios según las necesidades.
- ✓ Preste atención a la dimensión “blanda” de la calidad, incluyendo capacitación, dignidad, imparcialidad y justicia.
- ✓ Encargue procesos de consulta externos para obtener ayuda a la hora de determinar los indicadores correctos.

Para más información relacionada con el paso 4, véase también Sefton et al. (2003)

Supervisión y evaluación

Aunque la supervisión y evaluación de la calidad de la atención son elementos fundamentales de la gestión de calidad, en realidad, la evaluación de la eficiencia de los diferentes sistemas de gestión de calidad es escasa. Como mínimo se debe utilizar una evaluación tipo “pre-evaluación” en oposición a “post evaluación” para evaluar si el nuevo sistema en realidad está mejorando los resultados. Una “pre-evaluación” debería llevarse a cabo antes de que el sistema de gestión de calidad se haya presentado al equipo. La “post-evaluación” se puede hacer conjuntamente con la etapa de seguimiento y la evaluación de resultados de atención y costos. El seguimiento y la evaluación puede que se tengan que repetir varias veces antes de llegar a conclusiones definitivas. Es necesario invertir tiempo y esfuerzos.

Lista de control: supervisión y evaluación

- ✓ Siempre que supervise y evalúe los resultados de la atención y los costes, trate de ver si estos resultados y costes se deben a un sistema de gestión de calidad integrada, y si sin ello hubiera sido posible conseguirlo.
- ✓ Cuando se encuentre con problemas, observe el ciclo de gestión de calidad y pregúntese cómo lo habría hecho su equipo integrado. ¿Dónde aparecen los problemas?
- ✓ Trate de encontrar los problemas inmediatamente, y actúe. Clarifique, organice apoyos tales como formación, y revise los indicadores.

Obstáculos

Unos objetivos poco claros, unos recursos insuficientes y una mala organización del tiempo pueden entorpecer todo el proceso, reducir la motivación y darnos escasos resultados.

Otro obstáculo que superar es la posible existencia de documentación de baja calidad de los procesos de atención e intervención, y la falta de compromiso del personal implicado. La documentación puede variar de forma considerable incluso dentro de una misma organización; ni que decir tiene que esto es normal cuando son varias las organizaciones implicadas. Este contratiempo tiene que solucionarse en la etapa inicial del sistema de gestión de calidad, antes de que éste se vaya a poner en práctica.

Existen además una serie de obstáculos potenciales que impiden una colaboración efectiva entre los profesionales. Podríamos señalar las siguientes:

- Mala interpretación del propósito y función de los profesionales.
- Preferencias y opiniones contrapuestas.
- Falta de consenso en la elección de métodos, medidas y recursos.
- Actitud negativa acerca de la superioridad de la propia profesión y falta de respeto a los demás.
- Resistencia al cambio.

Además de esto, pueden existir políticas paralelas y otros planes de calidad implementados por los profesionales y las organizaciones que participan en la red de atención integrada. Esto puede entrar en conflicto con el esfuerzo común que se pretendía adoptar, y afectar a la legitimidad del proceso planificado.

La atención también se debe tener en cuenta cuando se introduzcan nuevos modelos, visiones y lenguajes en el equipo. Los profesionales sociales o sanitarios puede que consideren los modelos adaptados del sector empresarial con cierto escepticismo e incluso con cinismo. Puede que también muestren sus miedos sobre las posibles críticas que pudieran surgir a partir de los resultados de evaluación y concretamente si los clientes están capacitados para expresar sus opiniones.

Apoyos

La introducción e implementación de gestión de calidad integrada se puede apoyar activamente de varias maneras, y los medios no tienen por qué ser los más caros o los más importantes. Para salvar las barreras que impiden una colaboración efectiva entre los profesionales, siempre es posible llegar a un acuerdo común, organizando grupos de discusión con tiempo suficiente y establecer objetivos y resultados. A primera vista, los objetivos y la terminología de organizaciones distintas, o de profesionales, puede que se diferencien considerablemente, pero a medida que se van conociendo mejor entre ellos, las coincidencias significativas se hacen más aparentes (véase también Capítulo 9: Cambio cultural). Un apoyo fundamental, aunque mucho más caro, es realizar un sistema de documentación compartido por todas las partes implicadas (véase Capítulo 12).

En el caso de existencia de políticas paralelas o planes de calidad dentro de la red integrada, o en organizaciones no conectadas, es importante definir un contrato claro donde se especifique la política que seguirá la red integrada. Todos los profesionales y organizaciones implicados en la red de atención integrada tienen que adoptar y firmar unos objetivos comunes, procedimientos, responsabilidades y controles, e investigar si existen o no objetivos contradictorios en otros procedimientos implementados. Si así fuera, la red debe llegar a un consenso que tienda un puente entre los procedimientos nuevos y los antiguos, para asegurar que los esfuerzos realizados para la mejora de la calidad se pueden llevar a cabo tal como se esperaba. Estos aspectos deben subscribirse en un protocolo al que tengan acceso todos los implicados. Por último, si queremos ser prácticos, es importante que la iniciativa de gestión de calidad adquiera alto nivel de compromiso, y que sea aprobado por el órgano superior de toma de decisiones. También es vital que la iniciativa garantice, antes de empezar, unos recursos adecuados, tal como tiempo y sistemas de información.

Resultará de gran ayuda contar con una política oficial de mejora de calidad reconocida en el país, región y organización en cuestión. Por ejemplo, el gobierno finlandés ha estado trabajando con los destinatarios pertinentes para desarrollar la *Finnish National Framework for High Quality Care of Older Persons* (Marco Nacional Finlandés para atención de calidad a las personas mayores) (Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales / Asociación finlandesa de Autoridades Locales, 2001, Vaarama et al. 2001). Estas recomendaciones nacionales hacen hincapié en la evaluación de necesidades integrada, intervenciones basadas en las pruebas, servicios oportunos, cadenas de atención continuada, humanidad y dignidad de los procesos de atención, personal suficiente y cualificado. También destacan la importancia de la coordinación, colaboración y cooperación al planificar, pro-

veer, supervisar y evaluar la atención. El gobierno también ha destinado fondos para facilitar la comprensión de las recomendaciones. Como medida de apoyo a la implementación, el ministerio firmó un contrato con STAKES para proporcionar un conjunto de indicadores de rendimiento. Estos indicadores están disponibles *on line* (STAKES, 2003).

Herramientas estratégicas como por ejemplo “las tarjetas de datos equilibrados” “*balanced score cards*” (Kaplan y Norton, 1996) pueden favorecer la gestión de calidad considerablemente, tal como ha demostrado la ciudad de Helsinki (Valvanne, 2004); pero en atención integrada esto sólo se puede aplicar dando por sentado que todas las organizaciones que participan comparten la misma estrategia. También son de gran ayuda los estándares profesionales basados en pruebas, o resultados prácticos, como por ejemplo, el *breakthrough model* utilizado para atención paliativa (Olsson, 2003).

Conclusión

No ha habido todavía suficiente discusión sobre la gestión de calidad de atención integrada, y también son escasos los modelos, métodos y medidores. Este capítulo hace hincapié en el hecho de que la gestión de calidad de atención integrada es un proceso de aprendizaje continuo dentro de la red integrada, y que se traduce en una mejora continua de la calidad de atención. Para facilitar la gestión de calidad se debe planificar un conjunto coherente de métodos y modelos, se deben organizar, operar y evaluar todos los elementos interrelacionados que actúan en la atención de clientes con problemas crónicos y complejos y son atendidos por múltiples servicios proveedores y entornos. Los objetivos están ahí para mejorar la calidad de vida de los clientes, la satisfacción del cliente y mejorar la eficiencia del sistema.

Este capítulo ha tratado de encontrar una definición de calidad de atención integrada que haga posible que los coordinadores reconozcan elementos de calidad, así como también puedan estructurar los elementos de calidad que deben gestionarse. La calidad de atención integrada debe verse como un resultado de una cadena compuesta por estructuras de atención, procesos y resultados (Donabedian, 1980), y se debe evaluar desde la perspectiva del cliente, de los profesionales y de las organizaciones proveedoras (Øvretveit 1986, 1992).

En este capítulo se presentan ejemplos prácticos de enfoques de gestión de calidad que se pueden adaptar a la gestión de calidad integrada. Entre estos modelos podemos destacar aquellos que se basan en gestión de calidad total (*TQM Total Quality Management*), como por ejemplo el CQI (*Continuous Quality Improvement*) (mejora de calidad continua), ya que estos modelos son multi-actores y se basan en estructuras colaborativas. Los métodos de evaluación de calidad de atención integrada han sido debatidos, con un enfoque de análisis de resultados múltiple. Ha surgido cierta preocupación sobre la falta de indicadores rutinarios e iniciativas de investigación sobre calidad de atención integrada. La atención integrada en concreto necesita medidores de calidad comparativos que aprovechen indicadores de calidad validados e indicadores de resultados. Ya que faltan indicadores de calidad para atención integrada, es prioritario crear nuevas iniciativas de investigación para cubrir este vacío.

En la etapa inicial de introducción de un plan de gestión de calidad integrada es vital una planificación meticulosa. La forma en que se introduzca el sistema puede que sea incluso más importante que el modelo elegido. Los protocolos multi-agenciales deben crearse en colaboración con todos los implicados en el sistema integrado en cuestión, para definir la estrategia común, los objetivos, métodos, medidores y protocolos que aseguren la buena calidad de atención y uso eficaz de los recursos. Es fundamental organizar la mejora de calidad en términos prácticos. El mensaje es el siguiente: planifique los pasos que seguir, incluya, no excluya, asegúrese de que todos comprenden los objetivos y los medios y de que la opinión de todos se ha tenido en cuenta incluyendo la de los clientes, cuando sea pertinente, y la de sus cuidadores principales.

Puntos clave

- Es fundamental concretar unos objetivos claros comunes. Todo el mundo debe tener claro qué se pretende implementar y por qué.
- Tener un sentimiento de propiedad del proyecto, motivación, actitudes y compromiso son vitales en toda la organización o red.
- La “inclusividad” es fundamental. Todo el personal, clientes y cuidadores deberían involucrarse en el proceso.
- La colaboración es primordial. La calidad sólo puede conseguirse aunando esfuerzos.
- Todo el mundo debería recibir la formación y asesoramiento necesarios, y se debería designar unos gestores de calidad especiales que supervisarán el proceso.
- Los criterios y medidas de calidad (instrumentos) deberían ser claros, relevantes, válidos y medibles.
- Un buen sistema de documentación es esencial para recopilar información del proceso de atención, y las pruebas de calidad.
- El sistema de Tecnologías de la Información (TIC) debe facilitar un procesamiento puntual de la información y la supervisión y evaluación rutinarias.

Bibliografía

- Dean, M. (2003). *Growing Older in the 21st Century*. Swindon: Economic Social and Research Council. Also available at: www.esrc.ac.uk.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring Volume I*. Definition of quality. Michigan: Health Administration Press.
- Duffy, JA, Duffy, M, Kilbourne, WE. (2001). ‘A comparative study of resident, family, and administrator expectations for service quality in nursing homes’. *Health Care Management Review*, vol. 26:3, pp 75-85.
- Evers, A, Haverinen, R, Leichsenring, K, Wistow, G. eds. (1997). *Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, cases and comments*. Ashgate, Aldershot: European Centre Vienna.
- Huijbers, P. (2003). *De Ontwikkeling van een Zorgprogramma Psychogeriatric Door de GGZ Noord-Holland Noord te Alkmaar: Een processbeschrijving en analyse* (Description and process analysis of twodementia care programmes). Utrecht: NIZW.
- Kaplan, RS, Norton, DP. (1996). ‘Translating strategy into action’, in Kaplan RS, Norton DP, Lowes A, *The Balanced Scorecard*. Boston: Harvard Business School Press.
- Ministry of Social Affairs and Health / Finnish Association of Local Authorities (2001). *Finnish National Framework for High Quality Services for Older People*. Handbook 6. Helsinki: MSAH / AFLRA. Also available at: www.stm.fi.
- Olsson, M. (2003). ‘The breakthrough model’ – personal communication.
- Øvretveit J (1986). *Improving Social Work Records and Practice*. Birmingham: BASW.
- Øvretveit J (1992). *Health Service Quality*. Oxford: Blackwell Scientific Press.

Øvretveit J (2001). 'Quality evaluation and indicator comparison in health care'. *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 16, pp. 229–41.

Pieper, R. (2004, forthcoming). 'Integrated care: concepts and theoretical approaches', in Vaarama M, Pieper R eds. *Managing Integrated Care for Older Persons: Perspectives and good practices*. Dublin: EHMA / STAKES.

Páginas web

www.interrai.org – Página web de interRAI, red internacional de investigadores que trabajan para mejorar atención sanitaria dirigida a las personas mayores y discapacitados.

www.jcaho.org – website del Joint Commission on Accreditation of Healthcare. Organización que trabaja para apoyar a organizaciones dedicadas a la mejora del rendimiento en atención sanitaria.

www.mcga.edu/som/fmfacdev/fd_quality.htm – Página web del departamento de medicina familiar de Medical College Georgia. Tiene una sección donde recoge, de forma resumida, garantía de calidad.

www.quality.org/TQM-MSI/TQM-glossary.html – Página web que facilita un glosario completo de términos de gestión de calidad (TQM).

www.sentinel-event.com/focus-pdca_index.htm – Ofrece varias herramientas destinadas a la mejora de la seguridad del paciente.

www.stakes.fi – página web de STAKES (Finish Research and Development Centre for Welfare and Health) (Centro de Desarrollo e Investigación para la Salud y el Bienestar de Finlandia), con recursos y documentación de gran utilidad.

