



CARTAS AL DIRECTOR

Sobre cómo mejorar la atención en cuidados paliativos



How to improve support in palliative care

Sr. Director:

He leído la carta publicada en su revista de Sánchez Marín et al.¹ donde exponen los resultados de un estudio cualitativo con revisión de los registros en las historias clínicas de cuidados paliativos (CP) y en el que los autores concluyen que son deficientes y que no se registran suficientemente los aspectos emocionales, intelectuales o espirituales. En otra carta con un estudio descriptivo acerca de la calidad de los CP en atención primaria y el grado de continuidad asistencial en pacientes oncológicos terminales se señalaba que el objetivo sería lograr una atención compartida con la atención especializada y un sistema integral entre niveles que actuase como órgano clínico y asesor². Como profesional interesado en los CP quisiera hacer algún comentario sobre la organización de la atención a los pacientes terminales.

La Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos³ plantea un modelo de atención colaborativo e interdisciplinar, basado en la coordinación entre niveles asistenciales y entre los recursos convencionales y específicos de CP y propone, además, situar el domicilio como lugar idóneo de atención y promover la atención domiciliaria desde los equipos de atención primaria con el apoyo de las diversas modalidades existentes de equipos de soporte domiciliarios: Programa de Atención Domiciliaria-Equipo de Soporte (PADES), equipos de soporte de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) y Hospitalización a Domicilio (HAD). Otros autores han propuesto estándares de organización de recursos, planes estratégicos de formación y el establecimiento de sistemas integrados de atención compartida al paciente terminal^{4,5}.

En Cataluña y en el País Vasco se han creado las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), concebidas como redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada mediante un continuo de prestaciones a una población determinada con el objetivo último de mejorar la continuidad asistencial y la eficiencia global del sistema; estas organizaciones no son un objetivo en sí mismas sino una

estrategia de coordinación de los proveedores y pueden contribuir a mejorar la continuidad asistencial en cuanto que sean capaces de crear un entorno que favorezca la colaboración entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales⁶. La OSI Bidasoa de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud atiende a una población de unos 75.000 habitantes de las localidades de Irun y Hondarribia (Gipuzkoa); la integran un hospital comarcal de 100 camas que cuenta con una Unidad de Media Estancia con disponibilidad de camas para CP y de una Unidad de Hospitalización a Domicilio, 3 centros de salud y 2 residencias geriátricas. Este año hemos iniciado una experiencia piloto de atención integrada de CP con la participación de todos los recursos asistenciales disponibles en nuestra área coordinados por HAD. Utilizamos una metodología basada en la identificación y gestión de casos atendiendo a su complejidad y disponemos de una herramienta muy útil como es la historia clínica electrónica. Confiamos en que este tipo de organización pueda mejorar la continuidad asistencial y la atención de los pacientes que reciben cuidados paliativos, y el principal problema que debemos resolver en esta fase es cómo dar una respuesta adecuada a las situaciones que requieren ingreso hospitalario.

Bibliografía

1. Sánchez Marín FJ, Sánchez Sánchez F, Ros Martínez F, Ballesteros Pérez AM. La historia clínica domiciliaria de cuidados paliativos: una propuesta para la atención integral de los pacientes terminales. *Aten Primaria*. 2013;45:394–6.
2. Colchero Calderón MC, del Yerro Páez VM. Aproximación a la atención de enfermos oncológicos en situación terminal en un distrito de atención primaria urbano. *Aten Primaria*. 2009;41:122–3.
3. Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. [consultado 12 Aug 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
4. Gómez-Batiste X, Pascual A, Espinosa J, Caja C. Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:179–85.
5. Espinosa J, Gómez-Batiste X, Picaza JM, Limón E. Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:470–5.
6. Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26:94–101.

Manuel Millet Sampedro

Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Bidasoa, Hondarribia, Gipuzkoa, España

Correo electrónico: manuel.millet@osakidetza.net

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.09.008>

Cultura organizacional en el Sistema Nacional de Salud. Resultados del estudio realizado en el marco del Foro Gerendia



Organizational culture of the Spanish National Health Care System. Results within the framework of Foro Gerendia

Sr. Director:

El Foro Gerendia es un espacio de discusión de profesionales sanitarios expertos en gestión en el que se trabaja para mejorar el manejo de la diabetes. Los participantes del Foro Gerendia identificaron algunas debilidades y obstáculos de carácter organizacional del Sistema Nacional de Salud (SNS) que, según su criterio, impedían un adecuado control del paciente crónico. Estos factores estaban relacionados con lo que se denomina la cultura organizacional. La cultura organizacional hace referencia al sistema de valores y actitudes de los miembros. Identificar el tipo de cultura es esencial para entender cómo se toman decisiones y qué cambios pueden ser necesarios para mejorar el desempeño y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la organización¹.

Los objetivos de este trabajo son describir la percepción de cultura organizacional que los profesionales consideran que presenta el SNS e identificar el tipo de cultura organizacional considerado como el más deseable por estos profesionales.

Para llevar a cabo el trabajo, se empleó el cuestionario validado en castellano Organizational Culture Assessment, basado en el modelo propuesto por Cameron y Quinn² conocido como Competing Values Framework, que identifica 4 clases o tipos de cultura dominantes: clan, adhocracia, jerárquica y mercado. A cada uno de los participantes en el Foro Gerendia se le envió un link para que pudiera cumplimentar el formato online del cuestionario durante el mes de febrero del 2012.

Se obtuvieron 22 respuestas (41% de tasa de respuesta). La cultura dominante en el SNS (fig. 1) es la jerárquica (31,39 puntos), cuyo énfasis son los procedimientos y la planificación. A continuación, aparecieron la cultura de clan (28,98 puntos), que se caracteriza por que la organización sea un lugar familiar para trabajar y donde las personas comparten mucho entre sí; la de mercado (20,58 puntos) y la adhocrática (19,05 puntos). El tipo de cultura organizacional preferida fue la de clan, seguida por la adhocrática, la de mercado y la jerárquica. La escasa diferencia en los puntuaciones entre cultura jerárquica y de clan parece indicar que en el SNS existe una mezcla de culturas.

La mayor diferencia entre la situación actual y la situación preferida se da en la cultura jerárquica, con un deseo de disminución de la misma. Además, se identificó la necesidad de aumentar las culturas adhocráticas, de clan y de mercado. Cuando la diferencia entre la situación preferida y la situación actual es superior a 10 puntos, se considera necesario el cambio: esto es lo que sucede para la cultura de la jerarquía, que debería ser menos dominante (-15,82 puntos).

Un estudio realizado en Portugal durante los años 2008 y 2009, coincidiendo con la reforma de los servicios de atención primaria, identificó una importante reducción en la cultura jerárquica a favor de la cultura adhocrática, más cercana a la innovación, al trabajo en equipo y a una mejor formación de los profesionales³.

Los resultados del trabajo indican que los profesionales perciben que la forma de trabajar y de relacionarse del SNS está principalmente determinada por un conjunto de normas y procedimientos que imponen cómo llevar a cabo las funciones. El alto grado de presencia de las culturas de clan y jerárquica es consecuente con el hecho de que uno de los intereses primordiales de la organización ha sido la coordinación y cohesión interna con reglas y políticas claras destinadas a mantener la estabilidad, el

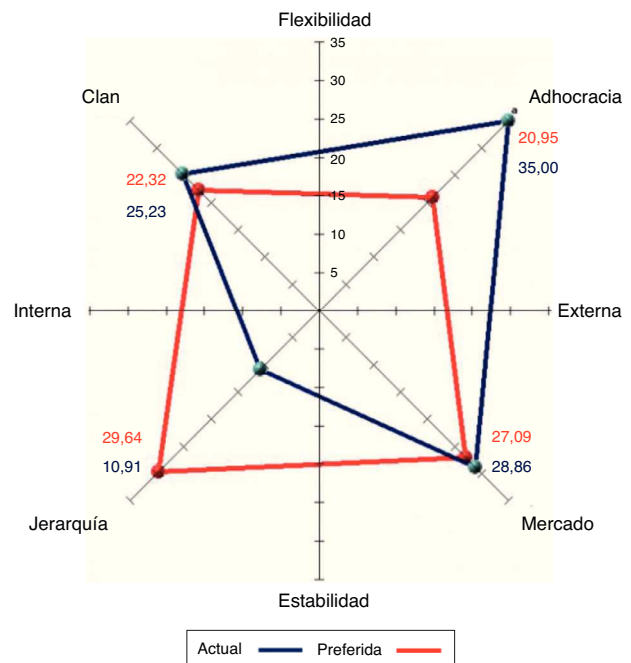


Figura 1 Cultura organizacional dominante actual y preferida en el SNS según la encuesta a los participantes del Foro Gerendia.