

# Atención Integral: Principios y valores para la organización

<b>Antecedentes</b>	<b>4</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>6</b>
<b>2. Descripción del Modelo de Atención</b>	<b>8</b>
2.1. Definición	8
2.2. Características de la Atención Integral	8
2.3. Principios y compromisos	10
<b>3. Fundamentos del Modelo de Atención Integral</b>	<b>11</b>
3.1. Principios y valores compartidos	11
3.2. La dimensión ética y transformacional del liderazgo	12
<b>4. Descripción de Modelo Organizativo</b>	<b>15</b>
4.1. Clasificación de los modelos organizativos	15
<b>5. Modelo organizativo para la Atención Integral</b>	<b>16</b>
5.1. Claves que definen el modelo	16
5.2. Ideas fuerza	17
5.3. Objetivos del modelo propuesto	17
5.4. Desarrollo del modelo organizativo	17
5.5. Qué incluye el modelo organizativo para la Atención Integral	18
5.5.1. Los niveles funcionales	18
5.5.2. La configuración de las unidades transversales	18
5.5.3. La distribución de las responsabilidades	20
5.5.5. Alianzas estratégicas y redes	20
<b>6. Plan de implementación y seguimiento</b>	<b>21</b>
<b>7. Bibliografía</b>	<b>22</b>

*Si quieres construir un barco, no empieces por buscar madera, cortar tablas o distribuir el trabajo, sino que primero has de evocar en las personas el anhelo de mar libre y ancho.*

*A. de Saint-Exupéry*

En la reunión del Grupo Provincial de Atención Integral del 28 de noviembre de 2016 se acordó constituir el Grupo Modelo Organizativo para elaborar una propuesta de modelo en el marco de la Atención Integral partiendo del texto elaborado en febrero de 2016 por el Grupo Provincial de Direcciones de Enfermería.

El Grupo Modelo Organizativo acordó realizar una nueva versión más sintética que recogiera los elementos clave y las principales líneas estratégicas comunes que sirvieran de guía para los diferentes ámbitos y Centros de la Provincia.

Como metodología de trabajo, se consensó utilizar el correo para compartir las primeras ideas y aportaciones, realizar una nueva búsqueda bibliográfica, programar reuniones de trabajo, tanto presenciales como por vídeo conferencia, y utilizar la plataforma de comunidad virtual para incorporar los documentos de consulta.

La Biblioteca Provincial San Juan de Dios realizó una nueva búsqueda utilizando las palabras clave: Servicios de salud, Humanización de los cuidados, Modelos organizativos en instituciones sanitarias y Modelo de atención centrado en la persona. Se seleccionaron 38 artículos, de los cuales fueron revisados 25.

En noviembre de 2018, el Grupo Provincial de Atención Integral constituyó un nuevo grupo de trabajo denominado Aplicación del Modelo Organizativo e Integración Social y Sanitaria cuya finalidad, teniendo como base todo el trabajo realizado por el grupo que generó el documento del Modelo Organizativo, es:

- Revisar el documento del Modelo Organizativo para que se ajuste mejor a los Centros Sociales.
- Desarrollar unas recomendaciones a los Centros para la implantación del Modelo.

En esta revisión del Modelo, se ha utilizado la misma metodología de trabajo descrita anteriormente. La complejidad creciente y las múltiples dimensiones que presenta la atención integral, tanto en el ámbito sanitario como en el social, ha precisado la incorporación de una metodología de consenso para definir niveles de acuerdo en la definición, características y fundamentos de la atención integral.

Considerando el anterior argumento, el contenido de este capítulo pretende ser una herramienta que facilite la sensibilización, el compromiso, la protocolización y el modelo de organización para el desarrollo de la Atención Integral en los Centros. Se desarrollarán los siguientes temas: definición, características, principios y dimensiones éticas de la atención integral, descripción y modelos organizativos, plan de implementación, seguimiento y evaluación de la atención integral.

Este grupo de trabajo está formado por 8 profesionales del ámbito de la gestión y direcciones asistenciales, tanto sanitarias como sociales de la Provincia.

- Francisco Amorós
- Núria Codorniu
- Joan Farré
- Francisco Gea
- Isabel Grimal
- Salvador Maneu
- Josep Pifarré
- Isabel Tortajada

Para dar respuesta a los objetivos anteriormente mencionados, se consideró la necesidad de:

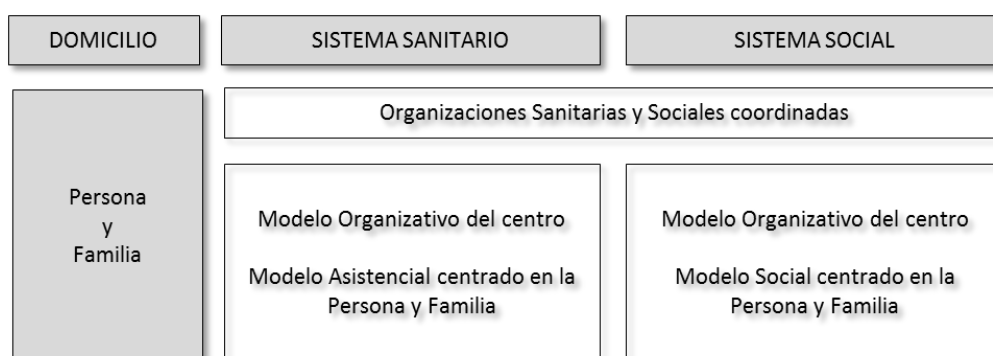
- Adaptar la terminología para favorecer la integración e identificación de los dos ámbitos.
- Modificar el título para destacar que el modelo de atención integral es la esencia de todos los centros, seguido de las pautas organizativas necesarias para desarrollarla.
- Restructurar el orden de los apartados del documento.
- Preservar el contenido íntegro del documento inicial, en la medida de lo posible.

Este documento ha tenido en cuenta las aportaciones y reflexiones generadas en los espacios de discusión del Plan de Acción Social de la Orden, así como las orientaciones surgidas de los debates generados en diferentes grupos del Eje Transversal de Atención Integral. Alguna parte del contenido de este documento, ha contribuido a la elaboración del documento del Modelo de Atención Interprovincial.

El modelo de atención integral requiere la planificación de un conjunto de acciones, servicios, e intervenciones coordinadas por equipos profesionales que promuevan la atención eficaz y eficiente de las necesidades de las personas en su integralidad física, emocional, social y espiritual. Las personas están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. Por ello, la atención integral exige la evaluación continua de las necesidades que son cambiantes en el tiempo y requiere la adecuación continua de los recursos en cada etapa del proceso.

Para el desarrollo de este modelo de atención se necesitan diseños organizativos que favorezcan la coordinación en la atención y el trabajo colaborativo de todos los profesionales implicados y aseguren un sistema de calidad eficaz y eficiente en la gestión de los recursos.

A medida que la sociedad avanza, los sistemas sanitarios y sociales cambian y se relacionan con entornos más complejos o entre sí. Ante estos cambios, las organizaciones deben reorganizarse con nuevos enfoques para dar una respuesta adecuada a las necesidades cambiantes de las personas y mejorar la calidad de la atención.



Para conseguirlo se han de modificar las estructuras tradicionales jerárquicas e inamovibles donde la toma de decisiones está muy centralizada, hacia modelos matriciales más horizontales y descentralizados propios de las organizaciones del conocimiento. En estas nuevas organizaciones, los niveles son los que describen, más que la autoridad, la responsabilidad funcional de cada uno de sus componentes. Esta descentralización debe interpretarse como una herramienta de trabajo que proporciona flexibilidad y agilidad a la organización, a su vez, permite situar los roles de los profesionales implicados en el proceso de decisión.

Los modelos organizativos que abogan por descentralizar la gestión pretenden:

- Disminuir la jerarquización de las estructuras.
- Establecer una diferenciación horizontal de los puestos directivos.
- Facilitar la autonomía de gestión en los niveles más cercanos a las personas atendidas.
- Integrar la participación de los profesionales en la toma de decisiones.
- Favorecer la creación de unidades con una visión integradora y transversal de la atención.

Estos modelos, sólo progresarán si son capaces de configurar la interdependencia de los profesionales y de las unidades funcionales y el trabajo colaborativo, sin olvidar que tanto en el ámbito de la atención directa como en el de la gestión, los profesionales, usarán y aplicarán el mejor conocimiento posible y tomarán decisiones en cada una de las actividades que desarrollan, implicando cada vez más a las personas atendidas.

Para la configuración de esta interdependencia entre la estructura organizativa y el modelo de atención en los ámbitos clínicos o sociales es fundamental un sistema de principios y valores compartido por todos creando un espacio común en el que las partes interesadas, personas, profesionales y responsables perciben los beneficios de la coordinación de sus acciones. Para conseguir este objetivo deberíamos primero describir brevemente el modelo de atención integral, posteriormente determinar los fundamentos que lo sustentan y finalmente describir las características de los modelos organizativos para la Atención Integral.

### 2.1. Definición

Entendemos por atención integral, *“la atención a las personas de forma excelente e integrada en todos sus ámbitos: físico, psicológico, social y espiritual”*. La integralidad incorpora aspectos biológicos, emocionales, contextuales y de pensamiento o creencias, requiriendo el análisis del proceso salud-enfermedad y el análisis de las necesidades sociales que condicionan el bienestar de la persona.

Es preciso recordar que el entorno social está formado por las condiciones de vida y laborales, el nivel de estudios e ingresos y la comunidad a la que pertenece la persona. La comunidad entendida como el grupo social del que forma parte una persona, como el espacio de relaciones que se sitúa entre la familia y el conjunto de la sociedad en el que emergen sentimientos de pertenencia (“formar parte de”), de interrelación (contacto, comunicación) y de cultura común (pensamientos o significados compartidos), ha sido y es reivindicada como el ámbito más apropiado para retejer los vínculos que aseguran la cohesión social.

En el modelo de atención integral, la persona constituye el núcleo de la atención y requiere una respuesta individualizada según su ámbito de necesidad, contexto familiar y comunitario. Atender la individualidad significa reconocer su autonomía y dignidad, ambos, conceptos plenamente subjetivos. En este sentido, es fundamental fomentar la participación de la persona a atender en el proceso de toma de decisiones, puesto que también es parte activa de la atención.

El modelo de intervención social centrado en las carencias básicas evoluciona en el mismo sentido, priorizando la participación de las personas en el desarrollo de sus capacidades y habilidades sociales, relacionales y de acceso al empleo como elementos clave para poder desenvolverse adecuadamente en el tejido social de su entorno.

### 2.2. Características de la Atención Integral

El enfoque de la atención integral une dos características sustanciales: la integralidad y la centralidad de la persona. Debe basarse en el desarrollo de una relación profesional-persona más horizontal, que apoye a la persona para que tome sus propias decisiones, respetando sus preferencias, su identidad y su modo de vida.

Algunas de las características de estos modelos centrados en la persona son las siguientes:

- Sitúan su foco en las capacidades y habilidades de la persona.
- Se centran en la calidad de vida.
- Ven a las personas dentro de su entorno.
- Crean equipos interdisciplinarios para solucionar los problemas que vayan surgiendo.
- Responden a las necesidades basándose en responsabilidades compartidas y compromiso personal.



- Los servicios se adaptan a la persona. Los recursos se distribuyen según sus intereses y necesidades.
- Parten de la escucha de las preferencias y deseos de las personas y del reconocimiento del derecho a su autodeterminación.
- Tienen como eje central el reconocimiento de la dignidad de las personas.

Las características que sustentan este enfoque de atención no pueden ser sólo un listado de buenas intenciones. Se deben llevar a cabo en la práctica diaria, como puede ser en la acogida, en la protección de la intimidad, en la flexibilidad organizativa o de los procedimientos, en los espacios y equipamientos, etc.

Algunos autores (Olsson, Jakobsson, Swedberg y Ekman 2012) consideran que para desarrollar este modelo se debe promover el proceso de información/comunicación entre el profesional y la persona atendida, explorar sus valores y preferencias y evaluar con cada persona los recursos y dificultades para una buena atención.

Otro de los elementos fundamentales consiste en la coordinación efectiva y continuada. Para ello, es necesario organizar equipos interdisciplinarios que integren cuidados y curación (Booker, Turbutt, Fox, 2016), pero también, equipos que valoren las necesidades sociales, y ambos, se coordinen adecuadamente. La cultura de la organización es vista, por estos autores, como la clave para el éxito del modelo organizativo y debe ser revisada a lo largo de los cambios estructurales, procesales y tecnológicos. En este sentido, el liderazgo que quiere transformar, el trabajo interdisciplinar que tiene en cuenta a la persona atendida, la formación de los profesionales en el modelo y las actitudes de los profesionales son ejes centrales para el cambio (Moore et al, 2016). Estos autores afirman que el modelo de atención integral centrado en la persona tiene un gran potencial para transformar la atención y el cuidado de las personas. Sin embargo se deben trabajar las barreras de espacio, tiempo y actitudes.

Es esencial tener en cuenta todas estas dimensiones para lograr la mejora de la calidad de vida que la persona precisa.

## 2.3. Principios y compromisos

### Principios

### Compromisos

Se debe considerar integralmente a la persona, es decir, en todas sus dimensiones: físicas, psíquicas, socioculturales y espirituales.

La atención integral.

La persona a atender y a acompañar es el centro de interés y a ella hay que adaptar la organización y el proceso de atención. El modelo está centrado en la persona.

La hospitalidad, la acogida y la aceptación.

La persona debe ser protagonista de su proceso de cambio y recuperación, velando que los perciba posibles.

La participación, la esperanza.

En todo momento se deben respetar las convicciones ideológicas y culturales de la persona y su familia porque todas las personas son iguales y merecen igual consideración y respeto.

La igualdad, el respeto a la diversidad en una sociedad multicultural.

La persona atendida y su familia deben recibir toda la información pertinente que les permita su consentimiento consciente acerca de los cuidados y servicios y se ha de garantizar la intimidad y la confidencialidad más estricta en torno a su situación.

La dignidad de la persona, el respeto a su autonomía e intimidad.

Sólo desde el trabajo en equipo, la cooperación interdisciplinar y el trabajo en red puede darse respuesta a la atención integral.

El trabajo en red, la colaboración y la autonomía responsable y comprometida.

La calidad de la atención debe ser el resultado de una práctica estudiada y coherente, expresada en unas normas de actuación cuyo cumplimiento garantice la aplicación del nivel científico alcanzado, la eliminación del riesgo y la utilización adecuada de los recursos.

La metodología adecuada, los estándares de calidad y la gestión de los procesos.

La correcta asignación de los recursos es fundamental para poder ofrecer el máximo beneficio en la atención a las personas al menor riesgo y coste posibles con los elementos disponibles.

La equidad, la eficiencia y la rentabilidad social.

El acompañamiento, el apoyo, el reconocimiento y la participación son factores determinantes para que el profesional encuentre motivos para desarrollar una óptima calidad de la atención.

La acogida, el acompañamiento y el reconocimiento al profesional.

La formación continuada es un elemento clave para dar una respuesta coherente con los principios éticos del quehacer profesional.

El desarrollo del conocimiento y el potencial de las personas.

Se debe seguir un proceso sistemático de evaluación de la calidad de la atención para la mejora continua en la atención de las personas y en la gestión de la organización.

Los resultados, la evaluación, la innovación –tanto técnica como organizativa– y la mejora continua.

El Modelo de Atención Integral se fundamenta en:

1. Los Principios y Valores compartidos por la OHSJD
2. La dimensión ética y transformacional del liderazgo

#### 3.1. Principios y valores compartidos

Según afirma García y Dolan (2003), una organización centrada en la persona es una organización orientada por valores y basada más en la confianza que en el control. La OHSJD cuenta con una cultura institucional ampliamente compartida basada en principios y valores acordes con los enfoques de la Atención Integral Centrada en la Persona y una cultura que incorpora a la persona como valor central, desde el reconocimiento de su dignidad, de sus potencialidades y de sus aspiraciones, y que genera prácticas orientadas a la calidad de vida de las personas. Estos principios y valores están explícitos en su carta de identidad que da a conocer su *ethos* corporativo, su carácter, el proyecto que la identifica y la diferencia de otras instituciones. Esta carta orienta la toma de decisiones e informa a los nuevos profesionales o colaboradores sobre la organización a la que se integran. No es una herramienta de control ni ningún reglamento o protocolo, sino una propuesta para adherirse a unos principios y valores que guíen la reflexión y la actuación. Destacar entre los principios recogidos en la Carta de Identidad (Fundación Juan Ciudad, 2002), los siguientes:

- El centro de interés de cuantos trabajamos en la OHSJD es la persona asistida.
- Promovemos y defendemos los derechos de las personas, teniendo en cuenta su dignidad personal.
- Nos comprometemos decididamente en la defensa y promoción de la vida humana.
- Reconocemos el derecho de las personas asistidas a ser convenientemente informadas.
- Defendemos el derecho a morir con dignidad.
- Respetamos la libertad de conciencia de las personas que atendemos y de nuestros colaboradores y al mismo tiempo exigimos que se respete la identidad de nuestros Centros.
- Valoramos y promovemos el desarrollo y la profesionalidad de nuestros colaboradores estimulándoles a participar activamente en los proyectos.
- Nos oponemos al ánimo de lucro y, por tanto los profesionales estamos alineados a ese concepto
- Los valores son los pilares básicos, los principios ineludibles e incuestionables aceptados por todos. Es decir, el marco ético a partir del cual construir el futuro y el punto de referencia constante para la toma de decisiones. En este sentido, es importante el estilo con el que se lleva a cabo las acciones.

### 3.2. La dimensión ética y transformacional del liderazgo

En un modelo de reorientación de las organizaciones con nuevos retos y oportunidades se requieren gestores que asuman con responsabilidad máxima las funciones que se les atribuyen y desarrollen la función directiva en base a nuevos liderazgos profesionales.

Sabemos que la función de cualquier gestor es la de planificar, organizar, dirigir y evaluar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de responder a los misión de la institución. Los conocimientos necesarios para desarrollarla se basan en las ciencias empresariales, económicas y políticas. Pero, un gestor de una entidad sanitaria o social también necesita un profundo conocimiento de las necesidades de las personas atendidas para asegurar servicios centrados en la persona humanizados y de calidad.

Bajo esta visión, es importante subrayar que la base sobre la que se sustentan los profesionales sociales y de la salud es el servicio a las personas. Y es en el esfuerzo constante en atender y cuidar lo mejor posible, el modo en qué este compromiso profesional se manifiesta.

Para que los gestores promuevan esta práctica definida por el compromiso responsable con las personas, se han de incorporar principios éticos a la gestión. Esta gestión ética requiere, por un lado, comprender la naturaleza del servicio y sus elementos esenciales -la persona, el entorno, las necesidades y la atención- para que la prestación del servicio incorpore la actitud excelente basada en los valores: respeto, prudencia, preocupación por la persona, sensibilidad hacia su vulnerabilidad y comprensión del sufrimiento. Por otro lado, tener claro los fines que se persiguen, dar prioridad a los objetivos que son necesarios para conseguirlos y tomar decisiones en relación con ellos. Trabajar desde la perspectiva ética, requiere que los profesionales no sólo reconozcan las necesidades de la persona a atender, sino que también tengan la suficiente flexibilidad para responder a unas necesidades y preferencias variables y heterogéneas.

Este tipo de gestión requiere un liderazgo ético y debe sustentarse sobre tres pilares fundamentales:

- El científico-técnico, el gestor debe poseer un conocimiento profundo de los problemas y necesidades de las personas atendidas.
- El afectivo, se manifiesta cuando la persona que dirige o coordina facilita el trabajo de los profesionales y favorece que se desarrolle en un ambiente agradable y de confianza.
- La actitud de servicio del gestor para el bien de las personas y de la organización.

Aunque los tres elementos van forjando la confianza de las personas, si la dimensión ética se fractura, la confianza se desmorona en su totalidad. A este respecto, el profesor Pérez López (1998) señala que la capacidad de confiar en otros implica una capacidad afectiva que, en último término, depende de las virtudes morales de la persona.

Si se traslada este principio a la gestión, las virtudes esenciales del gestor tienen que ver con la integridad. Se entiende como persona íntegra a la que posee determinadas virtudes éticas y es capaz de discernir y establecer criterios con equilibrio de las emociones, a la vez que actúa con

equidad y sinceridad. Es la búsqueda de la excelencia en el desarrollo de las virtudes morales lo que define la calidad ética de un gestor. No se trata de ser perfecto, sino de ser mejor persona.

Las personas que desarrollan este liderazgo, más que gestores, son líderes colaborativos que sirven de modelo y se adaptan a los profesionales que dirigen. Son Líderes comprometidos con la ética, la integridad y el servicio a los demás. Su función prioritaria, según expresa la profesora Cortina (1994), consiste en dinamizar y movilizar las capacidades humanas con el fin de armonizar el espacio ético en el que se integra, converge y mantiene cohesionada la voluntad del grupo. La herramienta principal de estos líderes es la comunicación, que utilizan para generar espacios de diálogo e intercambio de ideas. Dentro de este enfoque ético la persona que gestiona acompaña a los colaboradores para que desarrollen todo su potencial, crezcan como personas, den lo mejor de sí y logren sus objetivos. Son líderes que poseen una alta capacidad de escucha, empatía y especial sensibilidad. Los colaboradores los ven como personas que fomentan la participación, el entusiasmo y que confían en los demás.

En un estudio sobre las relaciones entre los profesionales, Hendricks y Cope (2013) identificaron el uso de estrategias de comunicación, de compromiso y de compensación como fundamentales en la construcción de entornos de trabajo positivos que aseguren la adhesión de los profesionales. Estos autores señalan que los gestores que reconocen el valor de cada persona y facilitan la comunicación, están favoreciendo la creación de entornos de cohesión y de trabajo en equipo que redundan en una mejor calidad de la atención y en su seguridad. Y añaden que, potenciar la comunicación y respetar las diferencias entre los profesionales facilita el entendimiento en el trabajo. Un entorno donde se respeten las diferencias entre los colaboradores y se valoren sus fortalezas es central en la construcción del compromiso y retiene a los profesionales aumentando su grado de satisfacción e implicación.

Otro aspecto a considerar en el desarrollo del liderazgo ético es la capacidad de elaborar y desplegar un proyecto profesional o plan de gestión en un marco conceptual de referencia configurado por un modelo de atención, no sólo dirigido a las necesidades y al tratamiento, sino centrado en la persona. Es decir, un método de trabajo que permita llevar el modelo a la práctica y adoptar una política de calidad que dirija y fundamente la mejora continua. Sólo a partir de este marco conceptual es posible diseñar las estrategias o los caminos a seguir apoyados por los proyectos de mejora y objetivos.

También el liderazgo transformacional puede ser determinante en los procesos de mejora. El líder transformacional potencia los deseos de los colaboradores para que logren metas y se desarrollen personal y profesionalmente, considerando el bien general y poniendo énfasis en los asuntos clave para la organización (Bass y Avolio, 2013). El liderazgo transformacional lo ejercen personas con una fuerte visión y personalidad, gracias a la cual son capaces de cambiar las expectativas, percepciones, motivaciones y liderar el cambio dentro de una organización. Para lograrlo se considera que el carisma es un elemento fundamental, y la visión, la cultura y el compromiso son los aspectos esenciales en el proceso transformacional. Por ello, el éxito del líder está ligado a la confianza y al compromiso que los colaboradores adquieren con él.

En este sentido, los autores Bass y Riggio (2007) afirman que los líderes transformacionales se proponen como ejemplos a seguir (carisma), proveen significado a las acciones de sus

colaboradores (inspiración), alientan la búsqueda de soluciones alternativas a los problemas cotidianos (estimulación intelectual), y se preocupan de las necesidades individuales de los colaboradores (consideración individualizada).

Por su parte, Galuska (2014), indica que los profesionales deben asumir un liderazgo transformacional, para la evolución de las organizaciones mediante el aumento de la calidad, la seguridad, y la accesibilidad. Y añade, que para dirigir con eficacia este proceso de transformación, deben estar preparados para el liderazgo.

Un modelo es una forma de representar una realidad determinada. Aunque no constituya la realidad en sí misma, son como el mapa que permite la ubicación espacial. Al aplicarlo a la organización, son útiles para entender las relaciones e interacciones fundamentales.

Mintzberg (2001) señala que las organizaciones se estructuran para captar y dirigir sistemas de flujos y para definir las interrelaciones entre las distintas partes. Como estos flujos e interrelaciones no son lineales con un elemento siguiendo minuciosamente a otros, resulta difícil describir la estructura de las organizaciones exclusivamente con palabras y se suplementan y ayudan con imágenes.

Un modelo organizativo, define a una entidad a través de su marco de trabajo. Incluye los puestos y funciones, la coordinación de las actividades, los canales de comunicación interna y de toma de decisiones, el estilo de dirección, el modelo de gestión de los recursos humanos, etc. El modelo organizativo es clave en cualquier empresa porque condiciona totalmente los procesos y por tanto la calidad del servicio que se presta. También influye en la percepción que la persona que recibe el servicio tiene del centro y en la identidad y en la imagen que proyecta la empresa al exterior.

### 4.1. Clasificación de los modelos organizativos

Aunque existen diferentes formas de clasificar las organizaciones, generalmente se clasifican en:

- **Funcionales.** Agrupan actividades de acuerdo con las funciones. En las organizaciones funcionales con jerarquías tradicionales las tareas se agrupan por área funcional. Los modelos funcionales son más efectivos en las empresas donde se realizan a tiempo procesos de rutina o donde sólo hay unos cuantos productos o líneas de servicio.
- **Divisionales.** Agrupan productos o servicios. En estos modelos, los trabajadores se agrupan por un factor común como el producto o servicio, la ubicación o las características del cliente.
- **Matriciales.** Combinan las áreas funcionales y por productos, formando equipos funcionales cruzados en los cuales los profesionales generalmente trabajan por proyectos o procesos.

Un entorno tan complejo y cambiante como es el de las organizaciones sociales y sanitarias, debido a las nuevas necesidades de las personas derivadas de los cambios demográficos, del nuevo modelo de persona atendida y de ciudadanía, de los requerimientos de calidad y seguridad, de la complejidad de la gestión del conocimiento, etc., hace que los profesionales sociales y de la salud se encuentren frente a un horizonte lleno de retos y oportunidades, que exige que las direcciones asistenciales u operativas asuman el liderazgo que esta situación requiere para dar respuestas a todas esas variables y, además, saberlas enlazar con los valores institucionales y profesionales que fundamentan la práctica y orientan el servicio a la persona, incluso en un contexto de crecientes limitaciones presupuestarias y debates sobre la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales actuales. Este entorno favorece decisiones estratégicas que afectan a los modelos de prestación de servicios y a las competencias subyacentes, impactando en el liderazgo de las organizaciones, los modelos de gestión, las estructuras organizativas, las capacidades, los procesos y las tecnologías (Adams et al, 2015).

### 5.1. Claves que definen el modelo

La opción que se propone es un modelo de organización matricial situado entre el funcional y el de responsabilidades. Este modelo se define a partir de las claves siguientes:

- La gestión descentralizada que promueve y pone énfasis en la autonomía de actuación de los profesionales en cada unidad o servicio. Teniendo en cuenta, como antes se comentó, que tanto en el ámbito de la atención directa como en la gestión, las decisiones las toman las personas técnicamente competentes y más cercanas a la acción ya que ellas son las que reciben de primera mano la mayor parte de la información sobre las expectativas y necesidades de la persona y de su familia.
- El servicio, siempre está centrado en la persona atendida y su familia, la calidad y la seguridad son los ejes sobre los que giran los múltiples y complejos procesos.
- Los niveles jerárquicos han de ser mínimos y tienen que facilitar el trabajo en equipos interdisciplinarios desde el trabajo autónomo y responsable de los diferentes profesionales.



## 5.2. Ideas fuerza

Consideramos que orientar la organización hacia las personas requiere descentralizar la gestión e implicar a los profesionales.

Coincidimos en la necesidad de establecer estructuras organizativas horizontales y descentralizadas que posibiliten la gestión de la atención y el trabajo en equipo.

Creemos que han de generarse en la atención, equipos multidisciplinares que trabajen con una gran colaboración y coordinación entre niveles y disciplinas para optimizar la contribución de cada miembro del equipo en la mejora de los resultados.

Consideramos que los cambios en las estructuras organizativas no se alcanzan de manera espontánea, se han de propiciar. Las personas que lideran y el tipo de liderazgo, guarda una relación directa con la posibilidad de conducir e integrar dichos cambios.

Sostenemos que la piedra angular es el continuo en la atención. Una garantía para ello lo constituyen los profesionales gestores de casos.

Es imprescindible promover la participación de las personas atendidas y familias, tanto en el proceso de toma de decisiones como en orientar a los profesionales en la mejora de procesos de atención.

## 5.3. Objetivos del modelo propuesto

El modelo organizativo que se propone para la Atención Integral pretende:

- Velar por la asistencia integral garantizando la satisfacción de la persona atendida, la seguridad y la continuidad de la atención impulsando la organización por procesos.
- Centrar la planificación y la organización de la atención en la persona y familia para dar una respuesta adecuada a sus necesidades respetando los derechos intrínsecos a su dignidad en base a sus preferencias.
- Potenciar la autonomía y corresponsabilidad de los profesionales disminuyendo la jerarquización de la estructura y favoreciendo la coordinación en base a líneas concretas de atención donde se reconozca la aportación de cada disciplina.
- Potenciar al desarrollo profesional, el trabajo colaborativo, la innovación y la investigación favoreciendo un entorno motivador que estimule la participación y la confianza.

## 5.4. Desarrollo del modelo organizativo

Dentro de las claves de la atención integral centrada en la persona, la participación de los profesionales en la gestión y la búsqueda de la excelencia de los servicios, el modelo que se propone se aleja de los modelos tradicionales de organización jerárquicos o por divisiones y opta

por orientar la organización hacia modelos descentralizados y orientado a las personas, con pocos niveles jerárquicos, desarrollados en un contexto abierto dentro de una práctica colaborativa, sin compartimientos estancos y con un estilo de dirección cercano y participativo. Asimismo, busca la integración de los servicios en forma de redes de provisión, el enfoque a la calidad en todos los sentidos, la agilidad y la capacidad de respuesta, la excelencia, la generación del conocimiento y la eficiencia en el uso de los recursos.

Para lograrlo, el trabajo se organiza centrado en la persona atendida desde una visión integral y en cooperación con todos los profesionales. Esto requiere que la organización de la atención, en consonancia con la organización del centro, fomente el compromiso y la competencia profesional, mejore la coordinación entre los diferentes niveles de servicios y asegure la personalización de la atención y el respeto a la autonomía de la persona atendida teniendo siempre presente el respeto a la unicidad de cada persona, la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella se derivan.

## 5.5. Qué incluye el modelo organizativo para la Atención Integral

El modelo organizativo debe incluir:

- El tipo de organigrama o estructura con los niveles funcionales.
- La configuración de las unidades y servicios.
- La forma de distribuir las responsabilidades profesionales.
- La organización de las actividades.
- La configuración de los equipos de trabajo.

### 5.5.1. Los niveles funcionales

Los niveles funcionales que determinan la estructura organizativa son las siguientes:

- **Áreas o líneas asistenciales** que agrupan tipología de personas. Poseen un liderazgo definido y una estructura organizativa propia, orientada a la consecución de un proyecto definido y consensuado con el Centro.
- **Áreas o unidades transversales** que agrupan a las personas por la intensidad de atención y cuidados que requieren. Utilizan el conocimiento y gestionan el uso óptimo de los recursos, tanto en rendimiento, como en programación de la actividad y en la logística interna para asegurar una atención multidisciplinar centrada en la persona y sus necesidades, mediante un enfoque de gestión por proceso que proporcione adecuadas condiciones de seguridad, confort y eficiencia.

### 5.5.2 La configuración de las unidades transversales

Con el fin de proporcionar una atención integral, las unidades transversales se configuran en función de las necesidades de las personas atendidas por programas afines. Cada una de estas unidades constituye un núcleo de gestión, tienen un responsable asignado que trabaja de forma

coordinada con los otros responsables, está definida la finalidad o misión de la unidad, cuentan con un equipo humano, recursos y presupuesto y disponen de un sistema de información.

Los objetivos de estas unidades se deben plantear para:

- Garantizar la calidad.
- Evaluar la calidad percibida y la seguridad de la persona.
- Aumentar la eficiencia en la gestión de los recursos humanos y materiales.
- Disminuir las barreras entre estructuras y personas.
- Garantizar la información potenciando la explotación de los datos relacionados con áreas de mejora, seguridad del paciente, efectividad de intervenciones, etc.
- Evaluar la idoneidad de los cuidados y servicios.
- Impulsar el desarrollo profesional.
- Identificar las necesidades de formación específica.
- Dar soporte a las decisiones facilitando la transferencia de la evidencia a la práctica. (Práctica Basada en la Evidencia).
- Asegurar que el proceso se desarrolla para cumplir los objetivos de calidad, actividad y costes según los resultados previstos.

Para facilitar una gestión de calidad, la organización de las unidades incorpora los siguientes aspectos:

- Asignación de un profesional responsable del plan de atención de cada persona.
- Mecanismos flexibles que garanticen la continuidad de la atención.
- Implicación y participación activa de los profesionales en la unidad.
- Instrumentos válidos y homogéneos para facilitar la toma de decisiones sobre los servicios dispensados a cada persona.
- Cuadro de mando que muestre de forma sintética la información precisa para el análisis de desviaciones relacionadas con los resultados, la actividad, la utilización de los recursos y los costes.
- Autoevaluación de la práctica profesional.

### **5.5.3 La distribución de las responsabilidades**

En los modelos de gestión de las organizaciones con estructuras descentralizadas que tienen como principio la corresponsabilidad, el rol de los directivos también se modifica como un elemento clave de una atención integral y coordinada y, también, para hacer emerger el valor del cuidado en la prestación de una atención comprometida y orientada a las personas.

Las responsabilidades de las direcciones operativas son las siguientes:

- Dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades y servicios para asegurar la continua y oportuna disponibilidad de la atención que concuerde con los principios, los valores y el modelo de atención integral.

- Promover y evaluar la calidad de la atención, la docencia y la investigación para garantizar que los estándares de la práctica estén en consonancia con los avances en la investigación y que los profesionales realicen los procesos de acuerdo a esos estándares.
- Compartir con los otros miembros directivos del Centro la responsabilidad de las decisiones que se tomen para el logro de sus fines.
- Participar activamente en el Comité de Dirección en el diseño, planificación, promoción y dirección de los proyectos de mejora.
- Compartir la gestión de la parte del presupuesto del centro correspondiente.
- Favorecer el desarrollo de interacciones óptimas entre las unidades y servicios que repercutan en la calidad total de la atención.
- Y, sobre todo, prestar confianza, colaboración, ayuda y apoyo al nivel operativo de gestión.

También destacar como fundamental el papel que ejercen los directores operativos en el proceso de desarrollo del liderazgo de los colaboradores. Estudios relacionados con esta cuestión identifican como este proceso puede ser positivo o de apoyo, o bien inhibitorio o de bloqueo (Galuska, 2012).

#### **5.5.4 La configuración de los equipos de trabajo**

Orientar las organizaciones sanitarias y sociales a la descentralización supone modificar el rol de los profesionales para reorientar el trabajo de los profesionales hacia equipos multiprofesionales integrados por profesionales de diferentes disciplinas. Es importante avanzar en el trabajo en equipo como una manera de aunar esfuerzos y de ofrecer una atención global. No obstante, el trabajo en equipo lleva consigo una mayor implicación y colaboración de los profesionales para mejorar los resultados en el bienestar de las personas y dar una respuesta coordinada a lo largo del proceso de atención. Esto requiere desarrollar las propias competencias y comprender la de los otros profesionales, respeto mutuo, compromiso con los objetivos comunes y toma de decisiones compartida hasta llegar a conseguir equipos efectivos en los que todos los integrantes lleguen a ser expertos sin necesidad de supervisión.

#### **5.5.5 Alianzas estratégicas y redes**

Uno de los elementos organizativos a destacar dentro de la Atención Integral centrado en la persona se basa en la creación de Redes Integrales de Servicios Sanitarios y Sociales que mejoren la accesibilidad del modelo de atención, reduzcan la fragmentación del cuidado asistencial, mejoren la eficiencia y respondan mejor a las necesidades y expectativas de las personas. En relación a las alianzas estratégicas, nuestro modelo debe propiciar el trabajo conjunto, promover la mejora de la calidad asistencial y mejorar la economía de escala y la capacidad de investigación, docencia y desarrollo de nuestros profesionales. Se trata de establecer marcos de colaboración estables con objetivos comunes que permitan intercambiar, compartir y transmitir la atención integral basada en nuestros principios y valores.

Este documento resume el posicionamiento consensuado del grupo de trabajo sobre la definición de la **atención integral**. Se considera que esta definición debe impregnar el modelo de atención a las personas en todos los Centros de la Orden. Con esta finalidad, se recomienda a las direcciones de todos los Centros:

- Lectura atenta y reflexiva del documento.
- Incorporación de los contenidos del documento en los Planes de Gestión anuales de cada entidad (conceptos clave, valores, modelo organizativo, referencia del documento, ...).
- Actividades de reflexión interdisciplinar de los profesionales de cada entidad sobre diferentes aspectos del documento (talleres, jornadas, conferencias, sesiones, ...).

El grupo de trabajo propone las siguientes actividades de seguimiento:

- Confirmación explícita de la lectura del documento por parte de las direcciones de los Centros, en un término de 2 meses.
- Se solicitarán a todas las entidades un informe anual que asegure el grado de cumplimiento de las recomendaciones anteriormente expuestas.

**Carta de Identidad Orden Hospitalaria San Juan de Dios.** Segunda edición, octubre 2006. 5.1, 5.3, 6 y 7

Mintzberg H. (2001). **Diseño de organizaciones eficientes.** Argentina: Editorial El Ateneo.

Booker, C., Turbutt, A., Fox, R. (2016). **Model of care for a changing healthcare system: are there foundational pillars for design?** Australian Health Review, 2016, 40, 136-140.

Olsson, L.E., Jakobsson, E., Swedberg, K., Ekman, I. (2012). **Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials – a systematic review.** Journal of Clinical Nursing, 22, 456-465. Doi: 10.1111/jonc.12039.

Sevilla J, Abellán R, Herrera G, Pardo C, Casas X, Fernández R. **Un concepto de Planificación Centrada en la Personas para el siglo XXI.** Fundación Adapta; 2009.

García S, Dolan S. **La Dirección por Valores.** Madrid: Mc Graw Hill; 2003.

**Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.** Madrid: Fundación Juan Ciudad; 2002.

Pérez López J A. **Liderazgo y ética en la dirección de empresas. La nueva empresa del siglo XXI.** Bilbao: Deusto; 1998.

Cortina A. **Ética de la empresa.** Madrid: Trotta; 1994.

Hendricks JM, Cope VC. **Generational Diversity: what nurse managers need to know (2013)** Journal of Advanced Nursing, 69(3), 717-725.

Bass B.M. y Avolio B. **Developing transformational leadership: 1992 and beyond.** Nombrado por Vázquez Alatorre A. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación (2013) - Volumen 11, Número 1.

Bass BM, Riggio RE. **Transformational leadership.** Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2006. Nombrado por Nader M, Castro Solano A. Diferencias en los estilos de liderazgo entre líderes de alto y bajo nivel. Perspectivas en Psicología. Vol 4 N° 1; 2007.

Galuska LA. **Education as a Springboard for Transformational Leadership Development: Listening to the Voices of Nurses** The Journal of Continuing Education in Nursing • Vol 45, No 2, 2014.

Adams J. et al. **La asistencia sanitaria en 2015. Nuevos modelos y competencias en la prestación de servicios sanitarios.** IBM Global Business Services. 2015. <http://www-05.ibm.com/services/es/bcs/pdf/la-asistencia-sanitaria-en-2015.pdf>

Galuska LA. **Cultivating Nursing Leadership for Our Envisioned Future.** Advances in Nursing Science Vol. 35, No. 4, pp. 333–345.

**Atención integral y centrada en la persona.** Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal, nº 1, 2013.



Provincia de Aragón - San Rafael

Curia Provincial · Dr. Antoni Pujadas, 40  
08830 Sant Boi de Llobregat · Barcelona  
Tel. 93 630 30 90 · Fax 93 654 36 09  
curia@ohsjd.es · [www.sanjuandedios.net](http://www.sanjuandedios.net)