



**Modelos de Gestión Hospitalaria y su Influencia en la Calidad de Atención al usuario
del Servicio de Salud: Revisión Sistemática Rápida de la literatura**

JUAN CARLOS DIAZ ALVAREZ

Universidad EAN

Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas

Maestría en Administración de Empresas (MBA)

Bogotá, Colombia

2021

**Modelos de Gestión Hospitalaria y su Influencia en la Calidad de Atención al usuario
del Servicio de Salud: Revisión Sistemática Rápida de la literatura**

JUAN CARLOS DIAZ ALVAREZ

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

Magister en Administración de Empresas (MBA)

Director:

FABIAN GERARDO DIAZ GARZÓN

Modalidad: Monografía

Universidad EAN

Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas

Maestría en Administración de Empresas

Bogotá, Colombia

2021

Nota de aceptación

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del director del trabajo de grado

Bogotá D.C. Día ____mes____ año____



Agradecimientos

Agradecido con Dios por la vida que me ha tocado, con mi familia por el tiempo que me han dedicado, con mis hijos por haberme soportado y con mis profesores de quien he aprendido demasiado.

Resumen

Antecedente: Los modelos de gestión aplicados en los sistemas de salud a nivel mundial responden a cambios políticos, sociales y económicos ajustados a los desarrollos del país que lo implementa. Estos modelos se estructuran con principios, atributos, factores y componentes que, al ser dinamizados en la atención, afectan la percepción del usuario sobre la calidad en la atención y conllevan a exigir garantías para el respeto de los derechos humanos. **Objetivo:** Analizar la influencia de la implementación de los modelos de gestión hospitalaria en la satisfacción del usuario como elemento en la calidad en la atención, publicada en la literatura científica entre 2015-2020. **Método:** Revisión Sistemática Rápida de la Literatura en PubMed, MEDLINE y NCBI. **Resultados:** 1105 registros identificados con descriptores seleccionados, 216 elegibles, 26 estudios preseleccionados y 22 estudios incluidos. Se encontraron 9 modelos de gestión hospitalaria referidos en contextos de desarrollo internacional, en estos, se identificó en qué consiste sus atributos, factores, componentes y taxonomías además de la influencia sobre la gestión del trabajador y la satisfacción del usuario del servicio. La mayoría de estudios son de Noruega, Australia, Canadá y Reino Unido. **Conclusiones:** El modelo Kaiser Permanente y el de pago alternativo se establecen en países con un alto desarrollo. El modelo de planificación del alta reportó ser eficiente, pero no existe evidencia de esto. Todos los modelos buscan garantizar la calidad en la atención, pero son los clientes los que valoran y califican la calidad recibida.

Palabras clave: Satisfacción del paciente, gestión sanitaria, modelo hospitalario, calidad, administración, servicio de salud.

Abstract

Background: The management models applied in health systems worldwide respond to political, social and economic changes adjusted to the developments of the country that implements them. These models are structured with principles, attributes, factors, and components that, when dynamized in care, affect the user's perception of the quality of care and lead to demand guarantees for the respect of human rights. **Objective:** To analyze the influence of the implementation of hospital management models on user satisfaction as an element in the quality of care, published in the scientific literature between 2015-2020. Method: Rapid Systematic Review of the Literature in PubMed, MEDLINE and NCBI. **Results:** 1105 records identified with selected descriptors, 216 eligible, 26 preselected studies and 22 included studies. 9 models of hospital management were found referred to in international development contexts, in these, it was identified what their attributes, factors, components and taxonomies consist of, in addition to the influence on worker management and service user satisfaction. Most of the studies are from Norway, Australia, Canada and the UK. **Conclusions:** The Kaiser Permanente model and the alternative payment model are established in highly developed countries. The discharge planning model reported to be efficient but there is no evidence of this. All models seek to guarantee quality of care, but it is the clients who value and rate the quality received.

Keywords: Patient satisfaction, health management, hospital model, quality, administration, health service.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 12 |
| 2. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 13 |
| 3. OBJETIVOS | 17 |
| 3.1. OBJETIVO GENERAL..... | 17 |
| 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 17 |
| 4. JUSTIFICACIÓN | 18 |
| 4.1 CONVENIENCIA | 18 |
| 4.2 RELEVANCIA SOCIAL..... | 19 |
| 4.3 IMPLICACIONES PRÁCTICAS..... | 20 |
| 4.4 VALOR TEÓRICO..... | 21 |
| 5. MARCO TEÓRICO | 22 |
| 5.1 CONTEXTO GENERAL SOBRE LAS EMPRESAS Y PRODUCCIÓN: | 22 |
| 5.2. MODELOS Y ENFOQUES EMPRESARIALES: | 24 |
| 5.2.1 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA:..... | 24 |
| 5.2.2 CALIDAD TOTAL Y PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN TOTAL DE LA CALIDAD: | 25 |
| 5.2.3 MEJORAMIENTO CONTINUO: | 27 |
| 5.2.4 JUSTO A TIEMPO: | 28 |
| 5.2.5 GESTIÓN POR PROCESOS: | 28 |
| 5.2.6 BENCHMARKING: | 29 |
| 5.2.7 REINGENIERÍA: | 30 |
| 5.2.8 EMPOWERMENT:..... | 31 |
| 5.2.9 OUTSOURCING: | 32 |
| 5.3 SECTOR SALUD COLOMBIANO..... | 32 |
| 5.4 CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y PERCEPCIÓN DEL USUARIO..... | 34 |
| 6. METODOLOGÍA | 37 |
| 7. RESULTADOS | 40 |
| 7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS | 43 |
| 7.2 MODELOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA ENCONTRADOS | 48 |
| 7.2.1 MODELO DE ATENCIÓN RURAL POR TELESALUD | 51 |
| 7.2.1.1 ¿EN QUÉ CONSISTE EL MODELO? | 51 |
| 7.2.2.2. ¿CUÁLES SON LOS ATRIBUTOS, FACTORES, COMPONENTES Y TAXONOMÍAS DEL MODELO? | 52 |
| 7.2.1.3 ¿CÓMO INFLUENCIA EL MODELO DE GESTIÓN AL TRABAJADOR DE LA SALUD Y AL USUARIO DE ATENCIÓN? | 53 |
| 7.2.2 MODELO DE PAGO ALTERNATIVO | 56 |
| 7.2.2.1 ¿EN QUÉ CONSISTE EL MODELO? | 56 |
| 7.2.2.1¿CUÁLES SON LOS ATRIBUTOS, FACTORES, COMPONENTES Y TAXONOMÍAS DEL MODELO? | 58 |
| 7.2.2.3¿CÓMO INFLUENCIA EL MODELO DE GESTIÓN AL TRABAJADOR DE LA SALUD Y AL USUARIO DE ATENCIÓN? | 59 |

| | | |
|------------------|---|-----------|
| 7.2.3 | MODELOS ASISTENCIALES PARA LA PLANIFICACIÓN DEL ALTA | 62 |
| 7.2.3.1 | ¿EN QUÉ CONSISTE EL MODELO?..... | 62 |
| 7.2.3.1.1 | Modelo de Atención Multidisciplinario / Interdisciplinario | 64 |
| 7.2.3.1.2 | Modelo de Transiciones de Cuidado de Coleman..... | 67 |
| 7.2.3.1.3 | Modelo de Atención de Transiciones de Cuidado de Naylor..... | 68 |
| 7.2.3.2 | ¿CUÁLES SON LOS ATRIBUTOS, FACTORES, COMPONENTES Y TAXONOMÍAS DEL MODELO? | 71 |
| 7.2.3.2.1 | Modelo de Atención Multidisciplinario / Interdisciplinario | 71 |
| 7.2.3.2.2 | Modelo de Transiciones de Cuidado de Coleman | 72 |
| 7.2.3.2.3 | Modelo de Atención de Transiciones de Cuidado de Naylor | 72 |
| 7.2.3.3 | ¿CÓMO INFLUENCIA EL MODELO DE GESTIÓN AL TRABAJADOR DE LA SALUD Y AL USUARIO DE ATENCIÓN? 73 | |
| 7.2.3.3.1 | MODELO DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIO / INTERDISCIPLINARIO | 73 |
| 7.2.3.3.2 | Modelo de Transiciones de Cuidado de Coleman..... | 74 |
| 7.2.3.3.3 | Modelo de Atención de Transiciones de Cuidado de Naylor..... | 75 |
| 7.2.4 | MODELOS DE PRESTACIÓN CULTURALMENTE APROPIADOS | 80 |
| 7.2.4.1 | ¿EN QUÉ CONSISTE EL MODELO?..... | 80 |
| 7.2.4.1.1 | Modelo de Atención Culturalmente Apropiado (población indígena australiana)..... | 81 |
| 7.2.4.1.2 | Modelo de Atención Culturalmente Apropiado (población migrante) | 82 |
| 7.2.4.2 | ¿CUÁLES SON LOS ATRIBUTOS, FACTORES, COMPONENTES Y TAXONOMÍAS DEL MODELO? | 85 |
| 7.2.4.2.1 | Modelo de Atención Culturalmente Apropiado (población indígena australiana) | 85 |
| 7.2.4.2.2 | Modelo de Atención Culturalmente Apropiado (población migrante) | 85 |
| 7.2.4.3 | ¿CÓMO INFLUENCIA EL MODELO DE GESTIÓN AL TRABAJADOR DE LA SALUD Y AL USUARIO DE ATENCIÓN? | 86 |
| 7.2.4.3.1 | Modelo de Atención Culturalmente Apropiado (población indígena australiana)..... | 86 |
| 7.2.4.3.2 | Modelo de Atención Culturalmente Apropiado (población migrante) | 87 |
| 7.2.5 | MODELO DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR O, MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN.. | 92 |
| 7.2.5.1 | ¿EN QUÉ CONSISTE EL MODELO? | 92 |
| 7.2.5.1.1 | Modelo de Atención para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal | 93 |
| 7.2.5.1.2 | Modelo de Atención Combinado (Atención Especializada y Primaria en Salud). .. | 94 |
| 7.2.5.1.3 | Modelo de Prescripción Colaborativa | 95 |
| 7.2.5.1.4 | Modelo de Prescripción Colaborativa Mediada por Protocolo. | 95 |
| 7.2.5.2 | ¿CUÁLES SON LOS ATRIBUTOS, FACTORES, COMPONENTES Y TAXONOMÍAS DEL MODELO? | 96 |
| 7.2.5.2.1 | Modelo de Atención para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal | 96 |
| 7.2.5.2.2 | Modelo de Atención Combinado (Atención especializada y Primaria en Salud) | 97 |
| 7.2.5.2.3 | Modelo de Prescripción Colaborativa | 99 |

| | | |
|------------------|---|------------|
| 7.2.5.2.4 | Modelo de Prescripción Colaborativa Mediada por Protocolo | 100 |
| 7.2.5.3 | ¿CÓMO INFLUENCIA EL MODELO DE GESTIÓN AL TRABAJADOR DE LA SALUD Y AL USUARIO DE ATENCIÓN? | 101 |
| 7.2.5.3.1 | Modelo de Atención para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal | 101 |
| 7.2.5.3.2 | Modelo de Atención Combinado (Atención especializada y Primaria en Salud) .. | 102 |
| 7.2.5.3.3 | Modelo de Prescripción Colaborativa..... | 104 |
| 7.2.5.3.4 | Modelo de Prescripción Colaborativa Mediada por Protocolo | 105 |
| 7.2.6 | MODELOS DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE CONDICIONES CRÓNICAS | 108 |
| 7.2.6.2 | ¿EN QUÉ CONSISTE EL MODELO? | 108 |
| 7.2.6.2.1 | Chronic Care Model (CMM)..... | 109 |
| 7.2.6.2.2 | Innovative Care for Chronic Conditions..... | 110 |
| 7.2.6.2.3 | Modelo Kaiser Permanente..... | 111 |
| 7.2.6.3 | ¿CUÁLES SON LOS ATRIBUTOS, FACTORES, COMPONENTES Y TAXONOMÍAS DEL MODELO?..... | 114 |
| 7.2.6.3.1 | Chronic Care Model (CMM)..... | 114 |
| 7.2.6.3.2 | Innovative Care for Chronic Conditions..... | 119 |
| 7.2.6.3.3 | Modelo Kaiser Permanente | 122 |
| 7.2.6.4 | ¿CÓMO INFLUENCIA EL MODELO DE GESTIÓN AL TRABAJADOR DE LA SALUD Y AL USUARIO DE ATENCIÓN? | 126 |
| 7.2.6.4.1 | Chronic Care Model (CMM)..... | 126 |
| 7.2.6.4.2 | Innovative Care for Chronic Conditions..... | 129 |
| 7.2.6.4.3 | Modelo Kaiser Permanente..... | 130 |
| 7.2.7 | MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL – PREDICTORES DE READMISIÓN –..... | 133 |
| 7.2.7.1 | ¿EN QUÉ CONSISTE EL MODELO?..... | 133 |
| 7.2.7.2 | ¿CUÁLES SON LOS ATRIBUTOS, FACTORES, COMPONENTES Y TAXONOMÍAS DEL MODELO?..... | 134 |
| 7.2.7.3 | ¿CÓMO INFLUENCIA EL MODELO DE GESTIÓN AL TRABAJADOR DE LA SALUD Y AL USUARIO DE ATENCIÓN? | 137 |
| 7.2.8 | MODELO DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA -ENFOQUE MULTINIVEL- | 139 |
| 7.2.8.1 | ¿EN QUÉ CONSISTE EL MODELO? | 139 |
| 7.2.8.2 | ¿CUÁLES SON LOS ATRIBUTOS, FACTORES, COMPONENTES Y TAXONOMÍAS DEL MODELO?..... | 139 |
| 7.2.8.3 | ¿CÓMO INFLUENCIA EL MODELO DE GESTIÓN AL TRABAJADOR DE LA SALUD Y AL USUARIO DE ATENCIÓN? | 142 |
| 7.2.9 | MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE. | 145 |
| 7.2.9.1 | ¿EN QUÉ CONSISTE EL MODELO? | 145 |
| 7.2.9.2 | ¿CUÁLES SON LOS ATRIBUTOS, FACTORES, COMPONENTES Y TAXONOMÍAS DEL MODELO? | 148 |
| 7.2.9.3 | ¿CÓMO INFLUENCIA EL MODELO DE GESTIÓN AL TRABAJADOR DE LA SALUD Y AL USUARIO DE ATENCIÓN? | 150 |
| 8 | ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 152 |



| | |
|---|------------|
| 9. SÍNTESIS DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA RÁPIDA DE LA LITERATURA | 171 |
| CONCLUSIONES | 175 |
| REFERENCIAS..... | 181 |

Lista de Tablas

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Caracterización de Estudios Incluidos | 44 |
| Tabla 2. Lista de los Estudios Incluidos según Tipo de Estudio..... | 45 |
| Tabla 3. Lista de otros estudios que sirvieron de referentes para los modelos encontrados en la literatura valorada..... | 47 |
| Tabla 4. Lista de los Modelos de Gestión Hospitalaria encontrados en la Revisión de la Literatura (2015-2020) e inventario de su contenido..... | 49 |
| Tabla 5. Resumen Modelo de Atención Rural por Telesalud | 55 |
| Tabla 6. Resumen Modelo de Atención por Pago Alternativo (APM) o Pago por Rendimiento (P4P)..... | 61 |
| Tabla 7. Resumen Modelo Asistencial para la Planificación del Alta | 77 |
| Tabla 8. Resumen Modelos Asistenciales Planificación del Alta (Multidisciplinario, Coleman, Naylor) | 78 |
| Tabla 9. Resumen Modelo de Atención Culturalmente Apropriados | 81 |
| Tabla 10. Resumen Modelo de Prestación Culturalmente Apropriados | 91 |
| Tabla 11. Resumen Modelo de Atención Multidisciplinar o, Modelo Integrado de Atención | 93 |
| Tabla 12. Resumen Modelos de Atención Multidisciplinar o, Modelo Integrado de Atención | 106 |
| Tabla 13. Resumen Modelos de Atención para el Manejo de Enfermedades crónicas..... | 109 |
| Tabla 14. Resumen Modelos de Atención para el Manejo de Condiciones Crónicas | 131 |
| Tabla 15. Resumen Modelo de Atención en Salud Mental -Predictores de Readmisión..... | 138 |
| Tabla 16. Niveles del cambio para mejorar la calidad | 140 |
| Tabla 17. Resumen Modelo de Calidad en la Atención Hospitalaria-Enfoque Multinivel- | 144 |
| Tabla 18. Dominios y componentes de la Estructura en el Modelo PCC. | 149 |
| Tabla 19. Dominios y componentes del Proceso en el Modelo PCC. | 149 |
| Tabla 20. Dominios y componentes de los Resultados en el Modelo PCC. | 149 |
| Tabla 21. Resumen Modelos de Atención Centrada en el Paciente | 151 |

Lista de Ilustraciones

| | |
|---|-----|
| Ilustración 1. Flujograma selección de estudios revisados e incorporados | 42 |
| Ilustración 2. Modelo de Atención Pago Alternativo (APM), Pago por Rendimiento (P4P)..... | 57 |
| Ilustración 3. Modelo de Atención dirigido a la Población Migrante | 84 |
| Ilustración 4. Chronic Care Model (CMM)..... | 115 |
| Ilustración 5. Identificación de las necesidades de los pacientes para mejorar el resultado de la Enfermedad Crónica. (necesidades de los pacientes)..... | 117 |
| Ilustración 6. Marco de Atención Innovadora para Enfermedades Crónicas..... | 121 |
| Ilustración 7. Niveles de gestión y su interrelación en el modelo de Atención Innovadora para Enfermedades Crónicas..... | 122 |
| Ilustración 8. Componentes del Modelo de Atención Centrado en la Persona (PCC) | 148 |

1. INTRODUCCIÓN

Como consecuencia de los cambios políticos, sociales y culturales a nivel mundial, resultado de la apertura económica y de desarrollos tecnocientíficos ocurridos a finales del siglo XX, en Colombia se proclamó en 1991 la nueva Constitución Política, que generó normas legales que afectaron la manera como se abordaba la salud y el valor de lo público. La Ley 100 de 1993 estableció el Sistema de Seguridad Social Integral, modificando la concepción de la salud humana, que pasó de ser asistencialista y paternalista, con el trabajador de la salud como eje principal, transformándose en un sistema económico donde la salud es un negocio.

Un modelo de atención es definido como aquel proceso en la que diversos componentes en la prestación de servicios interactúan para garantizar buenos resultados (Suarez, 2012). El modelo asistencial de los 80 y 90 del siglo XX centraba la atención en las enfermedades, soportado en un enfoque convencional biomédico que poco tenían en cuenta a la persona o al paciente. *The Joint Commission, The Agency for Health Care Research Care* y el Instituto de Medicina de Estados Unidos (2008), señalan la importancia de adoptar modelos de atención centrados en el paciente, donde el enfermo y su familia están informados sobre el curso del tratamiento, por ello, se requiere el diseño de procesos de atención, donde la participación de los profesionales de la salud se logra por colaboración intra e interdisciplinaria (Ministerio de la Protección Social, CES & Gesaworld, 2008). La presente monografía identifica los modelos de gestión hospitalaria y su influencia en la calidad de atención al usuario de los servicios de salud, ubicados por revisión sistemática rápida de

la literatura en los últimos cinco años a nivel internacional en bases de datos de PubMed, MEDLINE y NCBI.

2. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud en Colombia se concibe como servicio público, donde la atención asistencial hospitalaria y ambulatoria es ofrecida por instituciones privadas o públicas, que compiten por su subsistencia. La normatividad legal vigente exige habilitar servicios con estándares mínimos y acreditar servicios con estándares máximos provenientes a nivel internacional por las ISO 9000. Las instituciones que deseen permanecer en el mercado de la salud están obligadas a competir con servicios de valor que al ser percibidos por el usuario generan demanda inducida. La supervivencia de la mayoría de las instituciones de salud depende de la calidad de atención ofrecida y de la calidad de atención percibida por el usuario y su familia. Las instituciones de salud prestan atención a nuevos enfoques y modelos gerenciales que permiten establecer competitividad en un sistema de salud de alto impacto, complejo y potencialmente peligroso.

En Colombia, los modelos de gestión hospitalaria buscan la rentabilidad de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), situación alejada de códigos deontológicos profesionales y de la tendencia paternalista asistencialista biomédica que caracterizó a la salud en los 80 y 90 del siglo XX donde la actuación del profesional en salud se daba por vocación y deber. El hospital colombiano tradicional ofrecía servicios de salud sin esperar a cambio retribución, por considerar que su misión era el servicio. El hospital moderno se maneja como una empresa cuyo factor económico debe estar pendiente de la eficiencia, la calidad de la atención y la oferta en la accesibilidad al servicio para la población (Saéñz, 2001).

Según Saéñz (2001), el hospital tradicional colombiano no contaba con instrumentos de gestión e información y su personal tenía poca formación en gestión, se concentraba en el recurso humano. El problema de la calidad del servicio se reflejaba en la atención a ciudadanos de escasos recursos, con modalidad a la caridad, lo que “generaba desigualdad en el trato y disconformidad en el paciente para solicitar atención y seguir con los cuidados requeridos en su tratamiento” (Saéñz, 2001, p.9). Con la reforma hospitalaria, la meta fue conseguir la eficiencia, la productividad, la calidad de la atención, la equidad y el incremento de cobertura (p.10). Los hospitales Sociales del Estado ahora son de carácter descentralizado, territorial, con patrimonio propio, personería jurídica y autonomía administrativa, actúan como organizaciones del gobierno, pero independientes del Estado, manteniendo su función social, incorporando en su estructura modelos de gestión administrativa para la supervivencia.

Los hospitales son estructuras de negocio cuyos conceptos son: gestión de la calidad, racionalidad en costos, gerencia de servicios, gestión clínica, manejo de presupuestos según producción y búsqueda de financiamiento, por tanto, deben incluir en su estructura administrativa aspectos financieros, de gerencia y gestión que impactan la forma de contratación del recurso humano en salud y afectan la forma como desarrollan los profesionales sus capacidades. Avendaño (2010), informa que la gerencia pública incorpora una “perspectiva de la visión empresarial, de competencia y de rentabilidad financiera. La red hospitalaria en Colombia está recorriendo un camino en el cual su función misional se ha visto inmersa en el mercado” (p.36). Trabajar cooperativamente en el hospital es difícil, por barreras que dificultan la colaboración profesional, por problemas en: la comunicación, desconocimiento de roles, tratamiento del poder y jerarquía,

falta de confianza y fallas en el reconocimiento y respeto humano (Lancaster, Kolakowsky-Hayner, Kovacich & Greer- Williams, 2015). Trabajar en equipo repercute en la calidad del cuidado (Del Barrio & Reverte, 2010), porque reduce errores durante la atención en salud (Grover, Porter & Morphet, 2017), ello, incrementa la eficiencia en procesos y estancia hospitalaria, así como la percepción del usuario sobre la calidad. Igualmente, el trabajador de la salud, laborando en equipo y siendo consciente de su labor, podría estar satisfecho con su trabajo (Suryanto, Plummer & Copnell, 2016), (Wilkinson & Hite, 2001).

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (2009), a nivel mundial, la calidad y seguridad del paciente es prioridad para los hospitales, al estar relacionada con el servicio que presta por el logro de resultados sanitarios coherentes con el conocimiento de los profesionales de la salud. El Modelo de Atención Centrado en el Paciente (MACP) se origina con la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes en 2004, quienes tras una revisión del significado de la atención médica sugirieron que se requiere un sistema integral donde pacientes y profesionales de la salud trabajen como un equipo para compartir conocimientos, buscar objetivos comunes para la curación y recuperación. La práctica centrada en el paciente, trata con dignidad y respeto a las personas y supondría que los pacientes y sus familias reciban atención basada en mejores prácticas generadas por la evidencia, alcanzando un modelo de atención rentable y de calidad, que reduzca el riesgo de errores y eventos adversos.

Implementar el MACP requiere de transformación organizacional, donde las áreas deben estar alineadas a políticas institucionales. El cuidado en salud, es una función compartida, que balancea las necesidades del usuario con su diagnóstico, manejo de información, coordinación, tratamiento,

recuperación y rehabilitación (Frampton, S. Guastello, S. Brady, C. & et., al, 2008). Las profesiones de la salud deben acoplarse a políticas institucionales, desarrollando tareas concretas. Su rol profesional se está diluyendo por multiplicidad de labores sobre las cuales aparece el requerimiento de satisfacer la necesidad del usuario a partir del manejo de *amenities* y *commodities* que promueven economía y satisfacción. Es claro que, no hay profesión que pueda satisfacer todas las necesidades de los pacientes (Andreas, 2007). Implementar el MACP exige implementar políticas de calidad y políticas de humanización para mejorar el trabajo en equipo y la comunicación interprofesional y la eficiencia del sistema. Según Compes 3402 de 2002 (Departamento Nacional de Planeación, 2002, p.20), la estrategia de la política de prestación de servicios de salud en Colombia tiene que ver con mejorar la eficiencia de la oferta y la participación de “aseguradores y prestadores bajo el objetivo común de mejorar el acceso, reducir costos, e incrementar la satisfacción de los usuarios (Ministerio de salud y Protección Social. 2016, p.17).

El Ministerio de Salud y Protección Social ha reconocido que, consecuencia de la reforma de la ley 100 de 1993, no se previó los requerimientos del recurso humano en salud, por tanto, existe problemas en su implementación, y no se valoró el impacto que tendría ni se definieron los modelos para prestar servicios, formando el talento humano que cumpla los objetivos del sistema (Ministerio de salud y Protección Social. 2016, p.17). “La formación del talento humano en salud ha conllevado a la pérdida progresiva de competencias de algunas profesiones en áreas como salud pública, comunicación, gestión, comprensión del contexto, humanización y calidez en la atención” (Ministerio de salud y Protección Social. 2016, p.21). Los modelos de atención por lo general, exigen eficiencia e implementación de políticas de calidad y humanización. Interesa a la presente monografía, reconocer en la literatura de los últimos cinco años a nivel internacional, la

caracterización de los modelos de gestión hospitalaria predominantes en salud y su influencia en la satisfacción del usuario respecto a la calidad de atención, por ello, a continuación, se formula la siguiente pregunta orientadora: ¿Cuáles modelos de gestión hospitalaria han predominado a nivel internacional que influyen la calidad en la atención y la satisfacción del usuario de los servicios de salud entre 2015 y 2020?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Analizar la influencia de la implementación de los modelos de gestión hospitalaria en la satisfacción del usuario como elemento de la calidad en la atención, a partir de la revisión sistemática rápida de la literatura científica publicada entre 2015 a 2020.

3.2. Objetivos Específicos

- Realizar revisión sistemática rápida de la literatura en bases de datos PubMed, MEDLINE, *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), para encontrar la evidencia de la influencia de la implementación de los modelos de gestión hospitalaria en el sector salud.
- Caracterizar los resultados de la revisión sistemática rápida de la literatura, para clasificar los modelos de gestión encontrados.
- Identificar los atributos, factores, componentes y taxonomías incluidas en los Modelos de gestión hospitalaria reportados por la literatura en el quinquenio 2015-2020.

- Determinar la influencia del modelo de gestión hospitalaria en los profesionales de salud respecto a sus funciones de cuidado de la salud humana y de los usuarios respecto a su satisfacción y percepción de la calidad de la atención recibida.

4. JUSTIFICACIÓN

A continuación, se presenta la justificación del estudio a partir de su conveniencia, relevancia social, implicaciones prácticas, valor teórico y metodológico.

4.1 Conveniencia

La investigación convino realizarse porque en los sistemas de salud mundial, existen diversos modelos de gestión administrativa, que exigen garantizar la calidad de la atención. En Colombia, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) cumplen con mínimos en infraestructura, procesos y el resultado, o, implementan máximos estándares para alcanzar la calidad total. La tendencia del mercado en salud, se fundamenta en atraer nuevos clientes, con procesos de habilitación y/o acreditación de servicios; la habilitación, es instaurada cumpliendo requisitos y normas que son registradas y valorados por órganos reguladores del Estado que verifican y controlan las condiciones de capacidad instaurada (tecnológico y científico), la suficiencia patrimonial y financiera y la capacidad técnico administrativa (Ministerio de Salud, 2019), entre su reglamentación se cuenta: la Resolución 2003 de 2014 (define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de Servicios de Salud y de habilitación); el Decreto 1011 de 2006 (establece el sistema obligatorio de garantía de calidad en la atención en el sistema de salud; la Resolución 04445 de 1996 (orienta el cumplimiento de normas para las condiciones sanitarias de

las Instituciones Prestadoras de servicios de salud). Por su parte, la acreditación en salud es un sistema instaurado por procesos y procedimientos cuya implementación es voluntaria destinada a verificar el cumplimiento de calidad superior en salud, dirigida por el Estado y vigilada por la Superintendencia Nacional de salud (Ministerio de Salud y Protección Social. 2019); entre su legislación se cuenta con: el Decreto 903 de 2014 (dicta disposiciones sobre el Sistema Único de Acreditación), Resolución 2082 de 2014 (demuestra la operatividad del sistema) y otras como las Resoluciones 6055 de 2016, 2427 de 2014, 346 de 2017, 5095 de 2018. Estas normativas exigen a los hospitales el cumplimiento legal de la sostenibilidad empresarial, obliga instaurar enfoques y modelos administrativos, gerenciales y de gestión que no están estandarizados, por tanto, dependen de la administración del momento y de la innovación en políticas institucionales. Esto podría impactar el cuidado de la salud humana, además, no se sabe en qué medida la calidad percibida por el usuario se afecta por factores como el consumo del servicio, razón que demuestra lo conveniente del presente proyecto.

4.2 Relevancia Social

Diariamente se evidencia quejas en medios masivos de comunicación, tribunales éticos disciplinarios, en juzgados civiles y penales, de usuarios de servicios hospitalarios que señalan inconformidad con la atención recibida por parte de médicos y enfermeras, quienes son directos implicados en procesos operativos, incluso, se les tacha de faltos de humanización, por ello, se han generado políticas de humanización para el sector. La investigación es relevante porque el rol del profesional de la salud es desconocido por la mayoría de la población, sólo hay estereotipos culturales. Pacientes y usuarios desconocen la labor de los profesionales y las exigencias impuestas

por los hospitales mediante modelos administrativos de gestión soportados en factores económicos que optimizan el recurso humano y costos de producción, afectando la calidad en la atención. Comprender las dinámicas establecidas que conectan los modelos administrativos y de gestión con la función del rol profesional en salud, sirve para valorar en las organizaciones las posibles soluciones a fenómenos inmersos en la atención. Los profesionales de la salud son la puerta de entrada al sistema; la comunicación y desarrollo de procesos estandarizados, además del tipo de contratación entre otros factores asociados, generan en el usuario algún tipo de percepción que fundamenta quejas del sector y facilitan la insatisfacción con la prestación del servicio.

4.3 Implicaciones Prácticas

El proyecto de investigación propuesto reconoce los factores y variables que permitan analizar y/o resolver un problema real de la práctica cotidiana en el sector salud, como mínimo permite comprender el fenómeno estudiado, pues con la existencia de modelos de gestión divergentes no existe aún mediciones que cuantifiquen o cualifiquen su efecto para el sistema. Por sus características de diseño, los modelos de gestión industrial han mostrado sus beneficios en tales sectores, sin embargo, estos modelos implementados en el sector de la salud, no necesariamente podría ser eficaces pues fueron pensados para un sector donde se producen bienes y servicios; el sector salud compite con servicios y no produce bienes, por tanto, el servicio al ser intangible se desconoce en la práctica asistencial cuan efectivo es. Los problemas en la práctica hospitalaria y en la administración de los servicios de salud están llenas de modelos de gestión, algunos bien establecidos y fundamentados en modelos teóricos probados, mientras que otros, son aplicados en forma intuitiva, con los que a título de ensayo y error buscan determinar el modelo de gestión más

favorable a implementar para garantizar la calidad. Con los resultados de la presente investigación se desea establecer una aproximación sobre los modelos de gestión que resultan eficaces.

4.4 Valor Teórico

Llenar el vacío de conocimiento existente entre las exigencias de las políticas públicas asistenciales y su real aplicabilidad en contextos hospitalarios y comunitarios, sobre los cuales se instauran modelos administrativos y de gestión es importante, pues son muchos los modelos aplicados para la productividad industrial, sin embargo, se desconocen cuales han sido estructurados para la salud en el ámbito internacional. En Colombia, se habla de garantizar la calidad a menor costo, ello afecta la contratación de personal y la relación con el cliente. Las normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (ley 100 de 1993; ley 1122 de 2007), Garantía de la Calidad (Decreto 1011 de 2006), Política de humanización, Política de atención integral en salud (Ley 1751 de 2015), política de seguridad del paciente, están diseñadas para espacios ideales, pero en los escenarios reales, muchas de estas no son aplicables o se implementan con serios vacíos de estructura y proceso, dejando el resultado sólo en manos del profesional de la salud, en este caso en particular, del profesional de medicina y enfermería quienes ofrecen el servicio asistencial 24/7.

4.5 Valor Metodológico

Los hospitales son actores económicos del sector salud, regulados y controlados por el Estado; funcionan con autonomía financiera para prestar servicios esenciales que satisfacen las necesidades de los usuarios. Los prestadores del servicio implementan modelos de gestión acordes a sus

posibilidades; la utilidad de la presente investigación concuerda con la posibilidad de estudiar adecuadamente a la población de usuarios y los prestadores de servicios de salud y por ende, al trabajador de la salud inmerso en un sistema donde se aplican modelos administrativos, gerenciales y de gestión que afectan la calidad de la atención y la percepción del usuario.

5. MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico se construyó a partir de: contexto general sobre las empresas y la producción, modelos y enfoques gerenciales, calidad de la atención y percepción de la calidad del usuario. A continuación, se amplía cada aspecto.

5.1 Contexto General Sobre las Empresas y Producción:

Los procesos de globalización han impactado la forma como se establecen los mercados, estos son apoyados por tecnologías de la información y de la comunicación que permiten superar las tradicionales barreras geográficas que limitaban la conexión entre productores y consumidores. Las empresas de cualquier sector económico, hoy se ven obligadas a establecer una ventaja competitiva, con valor agregado y que los compradores están dispuestos a adquirir. De acuerdo con Porter (1980) dos tipos de ventaja competitiva se producen cuando un producto se elabora a un precio inferior que el de los competidores y cuando se ofrece un producto atractivo. El liderazgo en costos según Porter es la estrategia primaria considerada como una oportunidad en el mercado, que requiere ofrecer un producto a un precio inferior, logrado por el acceso a las materias primas

o por una producción diferencial. La diferenciación del producto es una opción importante porque los clientes buscan características específicas que otros productores no ofrecen. El enfoque consiste en la especialización de la empresa en un segmento del mercado, para el cual se ofrece un producto pensado en los requerimientos de los clientes. Según Michael Porter “satisfacer las necesidades es un requisito de la viabilidad de una industria y de las compañías que la conforman” (Porter, 2015).

Los mercados valoran el entorno e incorporan cambios en la estructura y modifican la estrategia, por ello, Porter señala cinco fuerzas que dirigen a la empresa en un determinado sector: a) rivalidad entre las empresas existentes en el mercado, b) el ingreso potencial de otras empresas, c) la amenaza de aparición de sustitutos a los productos, d) el poder de negociación del cliente, y, e) el poder de negociación de los proveedores (Benítez, 2012, p.76), (Hidalgo, León & Pabón, 2013). Según Porter la cadena de valor empresarial se ve en dos tipos de actividades (primarias y de apoyo). Las actividades primarias están basadas en la producción, almacenamiento, logística de entrega, mercadeo y ventas y servicios de posventa. Las actividades de apoyo están en la infraestructura, la gestión del recurso humano, el desarrollo de la tecnología y el abastecimiento por los proveedores. Así el objetivo de la empresa consiste en generar beneficios “que en este enfoque se denomina margen, dado por la diferencia entre el valor y costos totales, incurridos por la empresa para realizar las actividades generadoras de valor” (Benítez, 2012, p.78). Las herramientas tecnológicas presentes en todas las actividades cotidianas en la empresa, facilita el desarrollo de múltiples tareas (Méndez & Monge, 2006). Las tecnologías de la información son importantes para el incremento en la productividad. La salud es, un sector productivo que incorpora desarrollos tecnocientíficos para ofrecer al usuario del servicio cierto grado de calidad en la atención. Los hospitales y clínicas,

a partir de 1993 (ley 100) son unidades de negocio productivas y rentables, por lo que la cadena de valor es un concepto apreciado en el sistema de salud.

5.2. Modelos y Enfoques Empresariales:

Las organizaciones modernas utilizan estrategias de gestión para apoyar al proceso administrativo y permitir la toma de decisiones. Existen modelos clásicos y modelos contemporáneos, éstos pertenecen a diversas escuelas de pensamiento administrativo, las empresas los adoptan para establecer su efectividad en la gestión. Los modelos gerenciales más reconocidos se pueden clasificar en: Planeación estratégica, mejoramiento continuo, justo a tiempo, calidad total, Benchmarking, Empowerment, reingeniería, y Outsourcing.

5.2.1 Planeación Estratégica:

Pertenece a la teoría neoclásica de la administración, muestra cómo una organización valora las condiciones internas y externas para tomar cursos de acción, así las empresas diseñan la misión, visión, valores corporativos, objetivos y metas con planes a corto, mediano y largo plazo. Según Chiavenato (2006) “la planeación estratégica se refiere al producto (bienes que la organización produce o servicios que presta) o al mercado (en donde la organización coloca sus productos o bienes, o en donde presta sus servicios)” (p.205), en este modelo se especifica la forma como pretende la organización llegar al futuro y cómo se propone lograrlo a partir de la planeación global de largo plazo que orienta a realizar planes tácticos y operacionales.

5.2.2 Calidad Total y Principios del Sistema de Gestión Total de la Calidad:

El concepto de calidad proviene de la competitividad de los mercados, inició en 1920 como una estrategia para las áreas de producción. Walter Shewhart en 1931 introdujo el concepto de gráfico de control como una herramienta efectiva para controlar la calidad y detectar fallas en la producción, la cual centraba su atención en la inspección de los productos. Con la automatización de procesos, la producción integró modelos de planeación de control y gestión en la manufactura, el control de la calidad pasó de productos a procesos. Edwards Deming y Joseph Moisés Juran entre otros, lideraron los conceptos de gestión de la calidad mostrando que la calidad total se constituyó como una filosofía gerencial que debía incorporarse a la cultura de la organización para que cada colaborador internalice y exprese en su actuar la cultura aprendida respecto a la calidad. Porque es el recurso humano el que, mediante “sus creencias y su actitud, las que impulsaban la calidad” (Arbeláez, Serna & Díaz, 2014, p.171). La calidad de las empresas se alcanza cuando se realiza mejora continua afectando positivamente la satisfacción del usuario; para su efectividad se necesita capacitar al talento humano para satisfacer las necesidades del cliente, puesto que éste es quien experimenta, valora y califica la calidad, asumida como el valor agregado que es reconocido y pagado por el cliente. La calidad puede ser medida, mejorada, controlada y certificada siendo responsabilidad de la gestión de la organización. El Total Quality Management (TQM), es el sistema de gestión de la calidad, la cual define la política y la estrategia para alcanzar la calidad empresarial, se acompaña del direccionamiento estratégico de la calidad, su objetivo central es la satisfacción del usuario, en esta se usan métodos estadísticos para priorizar y realizar el mejoramiento continuo. El ciclo PHVA es la herramienta que orienta procesos y crea círculos de calidad con participación del trabajador. Para lograr la ventaja competitiva, se requiere identificar

en el cliente y partes interesadas sus necesidades y expectativas, estableciendo políticas y objetivos de calidad y control, identificando procesos, objetivos y riesgos, incorporando recursos, e implementando planes de mejora continua y métodos para medir su eficacia y eficiencia (Gutiérrez, 2020).

Cuando una empresa desea incorporar el sistema de gestión total de calidad, debe tener presente los siguientes pilares: a) los requerimientos y las necesidades del cliente, b) la mejora permanente conduce a la eficiencia, siempre que se comprenda la importancia de que los procesos se gestionan. c) el mejoramiento continuo permite que la tarea se haga bien lo que favorece en la percepción del cliente siendo un factor clave para decidir hacer la compra del producto o servicio ofrecido. d) el compromiso de los trabajadores en la organización está relacionada con la estructura corporativa, pues ello facilita la obtención de los objetivos propuestos por la alta dirección. e) el desarrollo del liderazgo fortalece y promueve la calidad, por ello a los líderes se les exige trabajo en equipo. El liderazgo está relacionado con las tomas de decisiones apoyadas por datos los cuales señalan aquellas acciones necesarias que deberán implementarse para el mejoramiento continuo. f) mantener relaciones gana-gana con los proveedores puesto que son parte esencial en el proceso (Koontz, Weihrich & Cannice, 2012). Para poner en marcha el sistema de gestión total de la calidad se requiere que la corporación implemente la política de calidad, se trace objetivos para alcanzarla, posteriormente, ésta se gestiona mediante la planificación, el control, el aseguramiento y el mejoramiento. Para alcanzar la gestión total de la calidad (TQM) la estrategia es implementar equipos para el mejoramiento continuo; tales equipos se denominan círculos de calidad, y están constituidos por un número reducido de empleados que se comprometen en el diseño e implementación de estrategias que impactan la calidad de su trabajo, finalmente esta es una

estrategia de “comunicación corporativa alrededor de la tarea, de participación, de calidad total y de excelencia y calidad en el servicio” (Arbeláez, Serna & Díaz, 2014, p.190)

5.2.3 Mejoramiento Continuo:

También denominado Kaizen, es un sistema que analiza problemas y ofrece soluciones apoyadas sus decisiones en hechos y datos que soportan el análisis de los procesos (Koontz, Weihrich & Cannice, 2012, p. 565). En el Kaizen se usan varias herramientas entre las que se cuentan: a) Lluvia de ideas, para identificar problemas, encontrar causas y planear estrategias de solución, b) pensar en voz alta, sobre un problema previamente definido con el fin de que los participantes conozcan todos los puntos de vista para aportar a la discusión, buscar por votación y consenso, c) el diagrama de Pareto se utiliza como representación gráfica para describir los factores que causan un problema y sobre este centrar la atención para resolverlo teniendo como prejuicio que al reducir o resolverlo se podría alcanzar el 80% del resultado que se esperaría, d) diagrama causa-efecto, también denominado espina de pescado o diagrama de Ishikawa (nombre tomado por su autor Kaoru Ishikawa), su propósito es representar gráficamente la relación entre el efecto y los factores que influencia un problema y afectan la calidad; se utiliza para agrupar causas que se relacionan con características específicas. En el diagrama de Ishikawa se muestran las causas o factores que permiten que ocurra un error, con este se establecen los factores más significativos. (Koontz, Weihrich & Cannice, 2012, p. 561).

La empresa que implemente la mejora continua para lograr la calidad, permite que los procesos, los productos y servicios lleguen al cliente con características identificables, siendo necesario

implementar una cultura orientada por la definición de políticas de calidad, comunicadas a toda la empresa, estableciendo procesos de capacitación dirigidas a los empleados. La calidad en la empresa ayuda a la supervivencia organizacional, crea ventaja comparativa y no competitiva siendo esta una condición para permanecer, crecer y sostenerse en el sector económico.

5.2.4 Justo a Tiempo:

Este es un sistema de organización de origen japonés cuyo propósito es la creación de lugares de trabajo ordenados y seguros. El Just in Time de origen inglés, se traduce en una estrategia del sistema de calidad total y en una filosofía para mejorar el sistema de producción, mediante la adquisición de insumos, materias primas y algunos bienes en forma oportuna y en el tiempo requerido, por tanto, es una filosofía de producción orientada a la demanda. Básicamente lo que se busca es evidenciar aquellos problemas en el aprovisionamiento y almacenamiento de materias primas buscando afinar los procesos de compras, gestión de proveedores, inventarios, almacenamiento, entre otros. Con el justo a tiempo se busca reducir despilfarros siendo este un proceso de mejoramiento para los procesos a partir del compromiso de los trabajadores. (Koontz, Weihrich & Cannice, 2012).

5.2.5 Gestión por procesos:

La ISO 9000 – 2000, regulan el sistema de certificación de la calidad bajo el supuesto que el sistema de gestión establecido en procesos podría ser certificado. Básicamente consiste en identificar los procesos y subprocesos, su interdependencia e interacción, por tanto, lo que se identifica en las

empresas son los macroprocesos. Para que la gestión por procesos suceda en la empresa se deben definir los procesos, identificar los responsables de su ejecución y evaluar su eficiencia. La cadena de valor tiene que ver con la conexión existente al menos entre tres áreas: la estratégica, la misional y la de soporte. El área estratégica direcciona y estructura. El área misional es la que presta los servicios. El área de soporte es la que facilita e integra los procesos a partir de la logística de la organización. (Hernández, Martínez & Cardona, 2015). De acuerdo con Chiavenato (2006) “la administración es el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos para lograr los objetivos organizacionales” (p.10). La planeación sirve en la empresa para establecer metas y el curso de acción. Con la organización se ordenan procesos y se distribuye el trabajo, los recursos y la autoridad que en conjunto ayudara a alcanzar las metas corporativas. Con la dirección se influye en las actividades de los trabajadores porque se actúa directamente sobre la tarea. Con el control se asegura que las actividades se ajusten tal y como han sido planificadas; el sistema de control permite adaptaciones y ajustes a los procesos.

5.2.6 Benchmarking:

Se constituye en una estrategia de mejoramiento continuo que evalúa productos y servicios con prácticas exitosas en un contexto económico determinado. Los procesos de Benchmarking, se acompañan de la definición del proceso a estudiar o confrontar para comparar este con estándares locales, regionales o mundiales, requiere de una planeación en diversas etapas haciendo parte del mejoramiento continuo (Franco, Giuliani, Kassouf & Alves, 2006, p.79). Para que el Benchmarking suceda, se necesita identificar aquellas empresas del mismo sector cuyo desempeño sea sobresaliente o exitoso, el objetivo es comparar como se desempeña en uno o varios procesos

sobre los cuales la empresa ha demostrado ser eficiente, en otras palabras, un mismo proceso empresarial se compara contra una empresa similar de éxito para verificar el ¿Por qué? de su éxito y tratar de aprender de este. El Benchmarking se realiza comparando una empresa con otra que acepta ser referente, o también, evaluando procesos internos con indicadores de clase mundial disponibles en el mercado. Este proceso resulta de alianzas empresariales o de consultoría externa especializada. Para que el Benchmarking suceda se necesita levantar los procesos, capacitar a los equipos de trabajo, identificar los estándares locales, regionales, nacionales o mundiales para comparar mediciones con referentes.

5.2.7 Reingeniería:

Se constituye en un conjunto de tareas y acciones interrelacionadas mediante entradas de información, procesos y salidas en los sistemas. Michael Hammer fue el pionero de la reingeniería quien la expuso en 1993 en su libro -Reengineering the corporation- con la colaboración de James Champry, sentaron bases para una visión novedosa en la administración moderna. Para este autor los cambios en los procesos empresariales debían ser radicales para mejorar a las empresas, considero que la administración debe estar centrada en procesos y no en tareas poco interconectadas, teniendo en consideración que los empleados deben ser profesionales y conocer muy bien su área. La eficiencia y la eficacia se alcanza cuando se adapta al cambio los que aporta al proceso y a la generación de la riqueza. James Champry, en 1996 escribió el libro titulado -*Reengineering the Management: the mandate for new leadership*- la reingeniería asume que el mejoramiento se constituye cuando los procesos pasas de ser manuales a ser automatizados, con el fin que sean simples y eficientes al estar estandarizados, con ello se logra suplir la demanda de

acuerdo con las velocidades modernas en las que los mercados se desarrollan. La reingeniería se constituye en el rediseño de una parte de un proceso o de todo un proceso, lo cual se logra en forma drástica y rápida, su lema podría ser empezar nuevamente para generar valor al cliente, por ello: “la reingeniería, es la revisión y replanteamiento fundamental de la organización, enfocada al rediseño radical y rápido de los procesos de valor agregados y todos aquellos sistemas de apoyo con el fin de alcanzar mejoras en el rendimiento” (Arbeláez, Serna & Díaz, 2014, p.269).

5.2.8 Empowerment:

Es un proceso que delega poder y autoridad a los colaboradores para tomar decisiones con sus consecuencias claramente definidas, donde se rinde cuentas y se gestiona la cultura de la organización. “el concepto de empoderamiento surge como una manera para estimular el liderazgo y la apropiación de objetivos organizacionales, esta iniciativa pionera se consolida como una estrategia de mejoramiento frente a las prácticas tradicionales de delegación” (Arbeláez, Serna & Díaz, 2014, p.162). Para establecer en las empresas este modelo, se requiere definir el alcance, los niveles de autoridad y toma de decisiones, indicadores de resultado, responsabilidad sobre los resultados, y formas de realizar el seguimiento. El Empowerment o empoderamiento es un proceso planeado de delegación con asignación de atribuciones y responsabilidades que se acuerdan entre la empresa quien delega y el que recibe la asignación o delegatario, generando atribuciones y responsabilidades medibles acordadas de acuerdo con las políticas y orientaciones corporativas. Para que este modelo se establezca, se requiere favorecer a los colaboradores con responsabilidades para tomar decisiones, ejecutar sistemas de auditoria y medición, e incorporar procesos de retroalimentación.

5.2.9 Outsourcing:

Es una tendencia moderna que utiliza recursos exteriores a la empresa, para realizar acciones internas, consiste en delegar actividades a empresas especializadas mediante un contrato, situación que hace parte de los mercados globales. El outsourcing permite procesos de reingeniería organizacional para que otros atiendan las necesidades internas institucionales. Este se parece al contrato de arrendamiento de obra, donde se obliga a alcanzar un resultado en términos de producto o servicio (Miloni, 1995). El outsourcing se presenta de dos formas: a) como transferencia parcial b) como compra de capital. La transferencia parcial se caracteriza porque determinadas actividades son desarrolladas por terceros y la empresa mantiene las áreas potenciales relacionadas con la producción. En la compra de capitales, se puede vender un paquete completo capital de los sistemas de la empresa. El Outsourcing también se denomina modelo de subcontratación, tercerización o externalización. Como proceso planificado ayuda a transferir actividades a terceros o subcontratistas que por delegación del negocio principal no genera valor agregado a la empresa. este modelo trata de optimizar el proceso productivo eliminando aquello que no agrega valor, se utiliza cuando en una empresa se producen desgastes por esfuerzos que toman tiempo y consumen recursos.

5.3 Sector Salud Colombiano

De acuerdo con Vargas & Hernández (2019), la historia médica suministra información para la gestión hospitalaria, pues, recopila cronológicamente aspectos de la salud del usuario y su familia, no solo reconoce sus antecedentes, diagnóstico y tratamiento, lo cual implica la gestión

hospitalaria, aplicada a recursos económicos traducidos en costos (p.157). En el centro hospitalario, los procedimientos y actos médicos se registran en la historia clínica la cual permite conocer los costos de los recursos empleados para reestablecer la salud del usuario. Allí se consigna la admisión hasta el egreso, siendo esta una herramienta que maneja gran volumen de datos y da testimonio de la calidad en la atención en salud ofrecida. El Ministerio de Salud y Protección Social colombiano en 2012 estableció el Sistema Único de Información en Salud para estandarizar flujos de información, evitar duplicidad de requerimientos, dado que al optimizar la información se apoya la toma de decisiones, y la calidad desde la fuente (Ospina, 2012). En la historia médica se registran procedimientos instaurados en el paciente que “son susceptibles de convertirse en información administrativa – contable, de manera que la historia medica es un documento clave en el conocimiento de datos relacionados con elementos de costo” (Vargas & Hernández.2019, p.166). Los hospitales son unidades de negocio productivas que buscan reducir costos, lo cual se establece que cuando se analiza e interpreta indicadores de eficiencia hospitalaria como aprovechamiento de la capacidad instalada a partir de indicador día cama ocupada y el indicador paciente día cama, para reflejar los costos variables y los costos fijos. Con estos indicadores se compara promedios días de estancia con otros hospitales para determinar un nivel de eficiencia respecto al manejo de situaciones, fenómenos y tipo de patologías atendidas, el ajuste se logra cuando las instituciones hospitalarias establecen un sistema de clasificación de pacientes como los grupos de diagnóstico relacionados o GDR (Vargas & Hernández, 2007), estos autores indican:

“el conocimiento de la estructura de costos aporta a la gestión hospitalaria el control de la información que puede incidir en los presupuestos, la oferta de servicios y uso de los recursos; y en ese sentido, se infiere sobre la importancia y potencialidad de la historia

médica para la gestión y control de costos hospitalarios” (Vargas & Hernández, 2007, p.168).

En Colombia las reformas de la salud a partir de las leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y el Decreto 1011 de 2006 buscan establecer la calidad en la atención en salud, sin embargo, aún continúan presentándose dificultades que afectan la percepción de los usuarios, algunas de estas situaciones corresponden sólo a la labor del profesional de la salud (Borre & Vega. 2014) (Vega, 2012), (Malvárez, 2006). Según la OMS (2009), la calidad y seguridad del paciente es prioridad de los hospitales en todo el mundo. El Ministerio de Salud y Protección Social ha reconocido que, consecuencia de la reforma de la ley 100 de 1993, no se previó los requerimientos del recurso humano en salud, por tanto, existe problemas en su implementación, y no se ha valorado el impacto que tendría sobre tal recurso. Igualmente, no se definieron “los modelos de gestión, atención y prestación de servicios de salud que orientaran la formación y gestión del talento humano en salud hacia el cumplimiento efectivo de los objetivos del sistema” (Ministerio de salud y Protección Social. 2016, p.17).

5.4 Calidad de la atención y percepción del usuario.

La calidad en la atención en salud de Colombia tiene múltiples acepciones y depende de la complejidad de la organización y de la forma como sus componentes se relacionan. Existen algunos instrumentos que pretenden verificar o validar la calidad hospitalaria, por ejemplo, Kaplan, Provost, Froehle y Margolis (2012), tras una revisión sistemática proponen el MUSIQ (The Model for Understanding Success in Quality) el cual señala elementos que explican cómo se implementa

la calidad en las organizaciones y que actúan en el ambiente, el macro y el microsistema (Kaplan, Froehle, Provost & Margolis, 2012). El instrumento MUSIQ tuvo adaptación cultural y se validó en países hispanoparlantes (Kaplan, Froehle, Cassedy, Provost & Margolis, 2013), a este instrumento se le hizo ajustes de contenido quedando constituido por dimensiones de contexto (ambiente externo, macrosistema, microsistema, área o equipo de calidad).

La certificación de hospitales se realiza con procesos de acreditación establecidos por la *Joint Commission International*, cuya finalidad es reconocer establecimientos que cumplen estándares máximos de calidad. En México, por ejemplo, desde el 2009, el Consejo de Salubridad General (CSG) adoptó estándares de la *Joint Commission International* para la acreditación de sus hospitales y evaluar sus procesos (Galván, Vértiz, Salvador, Saucedo & otros, 2019). Se ha identificado barreras para la implementación exitosa de programas de certificación y acreditación, “la sostenibilidad del programa, independiente de las características del país, está influenciada por el apoyo político gubernamental, tamaño de mercado sanitario suficientemente grande, financiación estable del programa, incentivos para participar y mejora continua en las agencias de acreditación” (Shaw, Kutryba, Bedlicky & Warunek. 2010). Entre 2009 a 2011 se llevó a cabo un estudio que aplicó un cuestionario internacional para conocer procesos de acreditación a nivel global, el estudio fue conducido por expertos en acreditación y coordinados por el ISQua (*The International Society for Quality in Health Care*) El cuestionario tenía 10 categorías y 165 ítems. El implementar programas de acreditación es altamente costoso y su sostenibilidad depende de políticas estatales que se orientan a valorar la calidad de sistemas sanitarios y aportan al beneficio para la población (Braithwaite, Shaw, Moldoban & otros, 2012). La evaluación del desempeño de las personas vinculadas a las instituciones en salud es clave para valorar la calidad, por ello, la

ruptura entre el desempeño individual y el de la organización, se debe a los empleados quienes se apropiaron de los valores corporativos, expresados en su quehacer (Cuesta, 2012).

La satisfacción del paciente o usuario del servicio de salud es una resultante que afianza la confianza de este con el servicio ofrecido. La satisfacción a las necesidades depende de la experiencia generada durante el cuidado proporcionado. Entre las características propias del paciente que afectan su percepción están la edad, nivel de educación, la variabilidad entorno y su interpretación, por ello: “las medidas pueden ser sensibles a las diferencias en la atención de calidad en diferentes proveedores, instituciones tiempo, y por lo tanto puede usarse para identificar vacíos evaluar cambios en la calidad como resultado de las intervenciones o políticas” (Larson, E. Sharma, Bohren, M. Tuncalp. 2019, p.564).

Larson y colaboradores señalan que, estamos en una era de renovación que busca la calidad, componente indispensable en la atención en la salud y su medición debe garantizar la mejora de la atención porque es el paciente quien interpreta la calidad (Larson, E. Sharma, Bohren, M. Tuncalp. 2019, p.566). Las profesiones de la salud actúan sobre el cuidado humano porque apoyan la recuperación y actúan en las necesidades físicas, biológicas, emocionales y espirituales, encargándose de administrar y gestionar el cuidado. Las personas esperan del profesional una atención humana, amable, dedicada, respetuosa, libre de prejuicios, clara y tangible, a partir de actividades técnicas e implican tener habilidades, destrezas y conocimientos (Akbas, 2019) (Bulut & Tashan, 2017) (Ozsaker & Kayrakci, 2014). Autores como Donabedian, Garvin e Ishikawa han demostrado el valor que implica la calidad en la prestación de los servicios y como estos se reflejan en la satisfacción de pacientes en el sistema de salud (Ariza & Daza. 2008) (Amado, 2009). La

calidad del cuidado ha sido estudiada desde la perspectiva del paciente siendo posible encontrar déficit en la calidad o en niveles de satisfacción (Santana, J. Bauer, A. Minamisava, R & otros. 2014), la calidad se relaciona con la gestión del cuidado, el establecimiento de indicadores, procesos para la mejora continua, el trabajo en equipo, la innovación y las expectativas combinadas de los trabajadores y de los pacientes (Lenis & Manrique, 2015).

6. METODOLOGÍA

La investigación utilizó un diseño cuantitativo, no experimental y descriptivo, realizado por revisión rápida de la literatura. Con el diseño cuantitativo se buscó observar el fenómeno de estudio tal y como ha sido registrado en la literatura científica obtenida en bases de datos reconocidas por la comunidad científica; su diseño fue no experimental porque las variables de estudio independientes fueron registradas en su momento por investigadores primarios, por tanto, no es posible manipularlas o modificarlas. Igualmente, la investigación fue descriptiva porque buscó describir o relatar los factores que afectan el fenómeno de estudio, esto es, la forma como se implementa un modelo de gestión a nivel hospitalario, tratando de identificar el impacto sobre la percepción del usuario respecto a la calidad en la atención. Los datos fueron obtenidos de los últimos cinco años de publicación entre 2015-2020. La revisión rápida sistemática de la literatura, es una herramienta válida investigativa que reconoce un tema, resume resultados de estudios disponibles y diseñados cuidadosamente proporcionando un nivel importante de confiabilidad. (Mendes, Silveria & Galvao, 2008). Se utiliza para sintetizar estudios primarios que contiene objetivos, materiales y métodos bien definidos y claramente explicados. La principal pretensión de la revisión sistemática de la literatura fue sintetizar la evidencia disponible para integrar

información y analizar la influencia de la implementación de los modelos de gestión y su impacto en la calidad de la atención en salud dirigida a los usuarios del servicio de salud.

La revisión consolidó investigaciones primarias sobre el cuidado de la salud humana y políticas de salud para la atención sanitaria basada en la evidencia. La revisión consistió en un riguroso procedimiento de investigación documental y bibliográfica de fuentes primarias y secundarias en bases de datos, a partir de establecer un protocolo de búsqueda, definir criterios de inclusión, valorar la calidad metodológica de los artículos encontrados (Prado, Morillas, Moran, 2014) y aportar resultados que den respuesta tanto a la pregunta de investigación como a los objetivos planteados. La revisión sistemática rápida de la literatura buscó en este estudio, aportar al conocimiento de fenómenos poco estudiados o cuya información se encuentra diseminada en literatura teórica, de investigación o en resultados de estudios empíricos que adoptaron en su momento metodologías de estudios explicativos, cuantitativos, o de comprensión cualitativa.

Para la revisión rápida sistemática de la literatura, utilizó las etapas propuestas por los Mendes, Silveira y Galvao. En el presente estudio se desarrollaron los siguientes pasos: a) identificación del tópico a estudiar e incorporación de la pregunta a solucionar, b) establecimiento de criterios de inclusión y exclusión de los estudios reportados en la literatura científica, c) definición de la información a extraerse mediante la categorización de los estudios, d) evaluación de los estudios incluidos, e) análisis e interpretación de los resultados y, f) síntesis y entrega del informe (Mendes, Silveria & Galvao, 2008).

Las ecuaciones de búsqueda incluyeron descriptores de vocablo controlado, contenidos en descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y en encabezados de materias medicas de Pubmed (MeSH), acompañados por operadores booleanos para localizar registros de los términos coincidentes, utilizando “and, or, not, near, with”. Los términos usados en la búsqueda que fueron combinados, se registraron en idioma español e inglés, estos fueron: administración hospitalaria (hospital administration); organización (organization); administración (administration); satisfacción del paciente (patient satisfaction); calidad de la asistencia sanitaria (quality of health care); cuidado de la salud (health care); servicios de salud (health services); administración de servicios sanitarios (health services administration); gestión de la practica (practice management); gestión sanitaria (health management), modelo hospitalario (hospital model); calidad asistencial (quality of health care).

En cuanto a los **criterios de inclusión** se tuvo en cuenta:

- a) artículos originales relacionados con los conceptos centrales propuestos, publicados entre 2015 a 2020, en idioma español e inglés.
- b) artículos cuyo enfoque investigativo sea cuantitativo, cualitativo o mixto y que aporte evidencia empírica, en los idiomas mencionados.
- c) revisiones sistemáticas, narrativas o integrativas.
- d) artículos publicados en el periodo previsto de estudio en bases de datos PubMed, MEDLINE y NCBI.

En cuanto a los **criterios de exclusión** se tuvo en cuenta no incorporar publicaciones como:

- a) artículos editoriales, de opinión que no aporten evidencia empírica.

- b) artículos duplicados en las bases de datos.
- c) artículos que no respondan a la pregunta de investigación.
- d) artículos publicados antes del 2015.
- e) artículos que no cumplan con los criterios de inclusión y que al ser revisados tengan un nivel de evidencia bajo.
- f) literatura gris.

Respecto a las consideraciones éticas, se tuvo en cuenta la normatividad vigente en Colombia para realizar citación y el respeto por la propiedad intelectual de obras inéditas publicadas en las bases de datos, se respetó las consideraciones que se tienen en la Universidad EAN sobre normas APA para la citación de referencias bibliográficas. El proyecto fue avalado por el comité interno de la universidad EAN.

7. RESULTADOS

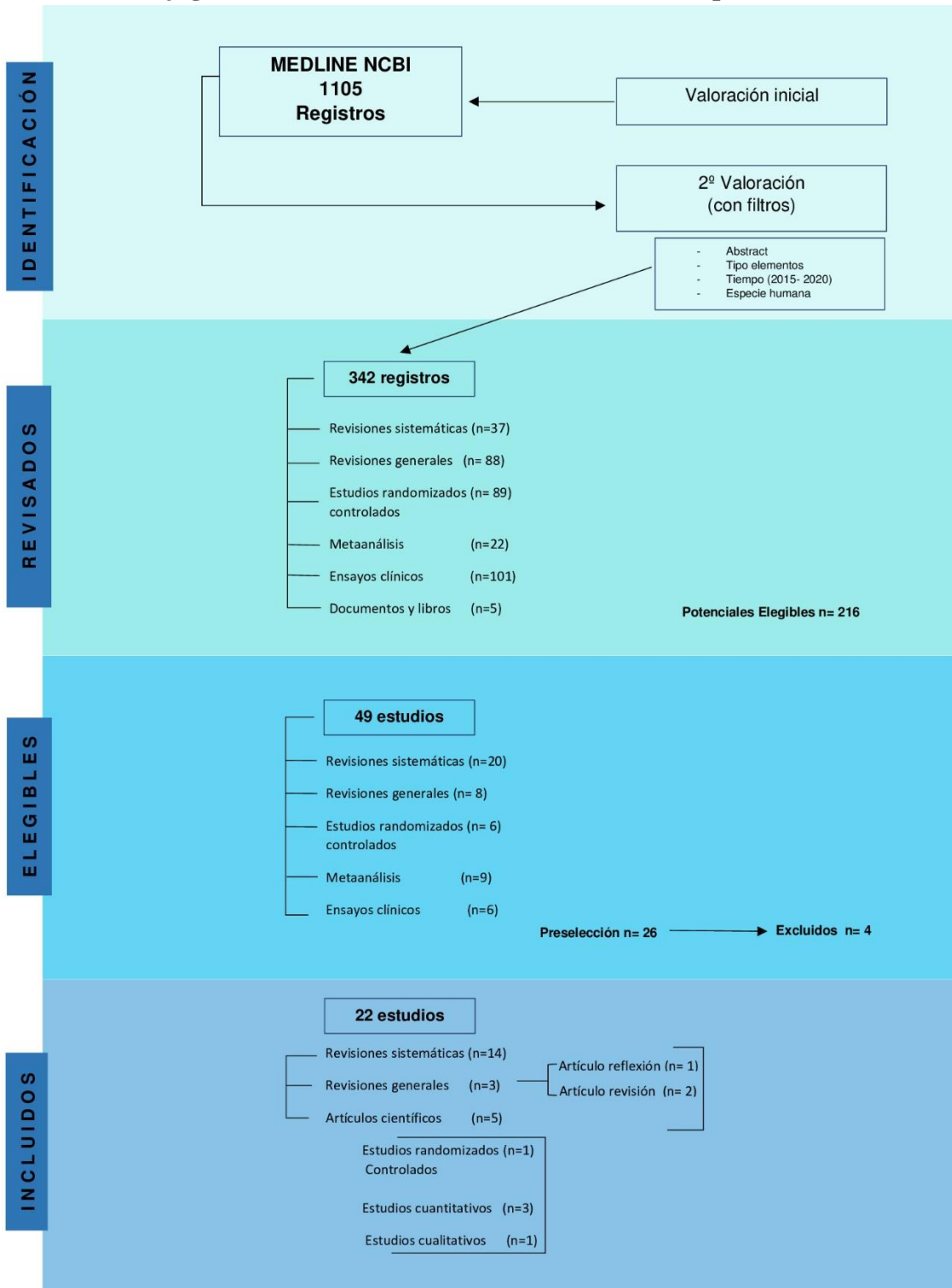
Se realizó una revisión sistemática rápida de la literatura a través de PubMed como motor de búsqueda de acceso libre para consultar contenidos en la base de datos de MEDLINE y en la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos en el *National Center for Biotechnology Information (NCBI)*. La información se filtró bajo parámetros como: texto disponible (resumen), tipo de elementos (libros y documentos, ensayos clínicos, meta análisis, estudios randomizados controlados, revisiones y revisiones sistemáticas de la literatura), tiempo (últimos 5 años), especie (humana). Las combinaciones de las ecuaciones que produjeron mejores resultados en la búsqueda fueron: (organization (and) administration (and) patient satisfaction (and) quality health care (and)

health services (and) hospital model (and) health management (and) health services administration (and) management (and) quality management).

Utilizando los filtros de últimos 5 años y abstract se encontraron 1105 resultados, al perfeccionar la búsqueda con el tipo de elementos (libros, ensayos, etc.) y especie (humanos), se encontró la siguiente relación de registros: 37 eran revisión sistemática, 88 de revisión general, 89 estudios randomizados controlados, 22 metaanálisis, 101 ensayos clínicos y 5 documentos generales y libros, para un total de 342 registros y un potencial de elegibles de 216. En una matriz de Excel, se registraron los elementos encontrados para una primera revisión, esta contenía columnas identificadas con: criterios de búsqueda, número consecutivo, sitio de publicación, tipo de publicación, año de publicación, autores, título en inglés y español, palabras claves (si aplicaba), resumen, elemento disponible texto completo, ideas claves del elemento, y comentarios del investigador.

Consolidada la información, se prestó atención al título y al abstract para verificar la pertinencia de su aceptación según criterios de inclusión. Se eligieron preliminarmente 49 registros (20 de revisión sistemática, 8 artículos de revisión, 6 estudios randomizados controlados, 9 metaanálisis, 6 ensayos clínicos. Seguidamente, se eligieron 26 registros para revisión completa de texto y se seleccionaron 22 que cumplieron criterios de inclusión e incorporaban explicación de algún modelo de gestión hospitalaria y/o la forma como se había implementado, la descripción de la influencia del modelo en el profesional de la salud y en el paciente y/o la explicación de la satisfacción del paciente con el modelo y su percepción de calidad. En la Ilustración 1, se identifica el flujograma de selección de los estudios revisados e incorporados.

Ilustración 1. Flujoograma selección de estudios revisados e incorporados



Fuente: elaboración propia.

7.1 Caracterización de los Estudios Incluidos

En la tabla 1, se consolida los estudios incluidos que respondieron a la identificación de los modelos de gestión hospitalaria, sus atributos, componentes y taxonomías, al igual que su influencia en el trabajador de la salud y en la satisfacción del paciente. El mayor porcentaje corresponde a la revisión sistemática de la literatura (64%) seguido de reporte de investigación en formato artículo científico (23%), artículo de revisión contextual y narrativa (9%), y artículo de reflexión (4%). Respecto a la distribución de los artículos científicos, un estudio es randomizado controlado (Osteras, Bodegom, Dziedzic, 2015), tres son estudios cuantitativos (Bondevik, Hoffos, Husebo & otros, 2017), (Bondevik, Hoffos, Husebo & otros, 2019) (Lenz, McRae, Wang & otros, 2017), uno es un estudio cualitativo (Hadi, Alldred, Briggs & otros, 2017). Respecto al país de origen de la publicación donde se desarrollaron los estudios se identificó que el mayor porcentaje se presentó en Noruega (23%), seguido de Australia (18%), Canadá (14%) y Reino Unido (9%), en porcentajes similares están España, Tailandia, Irlanda, Italia, Argentina y Hong Kong (4,5% cada uno). Según el año de publicación se identificó para 2015 3 estudios (14%), de 2016 son 5 estudios (23%), para 2017 6 estudios (27%), de 2018 son 5 estudios (23%) y en 2019 se publicaron 2 estudios (9%) (ver tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de Estudios Incluidos

| Característica del Estudio | Descripción | No. | % |
|------------------------------------|---|-----------|------------|
| Tipos de estudios Incluidos | Revisión sistemática de la literatura | 14 | 64,0 |
| | Artículo científico | 5 | 23,0 |
| | Artículo de Revisión Contextual y Narrativa | 2 | 9,0 |
| | Artículo de Reflexión | 1 | 4,0 |
| | Total | 22 | 100 |
| País de Origen | Noruega | 5 | 23,0 |
| | Australia | 4 | 18,0 |
| | Canadá | 3 | 14,0 |
| | Reino Unido | 2 | 9,0 |
| | Suiza | 1 | 4,5 |
| | Estados Unidos | 1 | 4,5 |
| | España | 1 | 4,5 |
| | Argentina | 1 | 4,5 |
| | Hong Kong | 1 | 4,5 |
| | Italia | 1 | 4,5 |
| | Irlanda | 1 | 4,5 |
| | Tailandia | 1 | 4,5 |
| | Total | 22 | 100 |
| Año de Publicación | 2015 | 3 | 14,0 |
| | 2016 | 5 | 23,0 |
| | 2017 | 6 | 27,0 |
| | 2018 | 5 | 23,0 |
| | 2019 | 2 | 9,0 |
| | Total | 22 | 100 |

Fuente: Elaboración Propia obtenida del Estudio.

En la tabla 2, aparece el inventario de estudios incluidos para el periodo de búsqueda, allí se relaciona el tipo de estudio encontrado, la referencia bibliográfica (autor y título), el modelo de atención identificado y el país de origen del estudio. Es importante aclarar que en la tabla tres, se encuentra relacionados estudios que fueron publicados entre 1996 a 2007, que no corresponden con el tiempo de búsqueda, sin embargo, se tienen aquí referenciados, porque revisada la literatura incorporada en el presente estudio, remitían al lector a estos estudios, los cuales al ser revisados, ofrecieron una mayor explicación de los modelos sirviendo como precedentes y referentes a las publicaciones actuales; estos fueron retomados con el ánimo de generar una mayor comprensión sobre los modelos referidos en los estudios incluidos.

Tabla 2. Lista de los Estudios Incluidos según Tipo de Estudio

| Tipo de Estudio | Autor, título | Modelo de Atención Identificado | País |
|---|--|--|----------------|
| Revisión Sistemática de la Literatura | Bradford, NK, Caffery, LJ, Smith, AC. (2016). <i>Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability.</i> Rural and Remote Health. 16: 3808 | Modelo de atención rural por telesalud | Australia |
| | Kondo, KK, Damberg, CH, Mendelson, BA, Motu'apuaka, BS, Freeman, MPH, O'Neil, M, Relevo, R. et al. (2016). <i>Implementation Processes and pay for performance in Healthcare: A Systematic Review.</i> J Gen Intern Med. 31(s1): s61-69 | Modelo de atención por pago alternativo (APM) o pago por Rendimiento (P4). | Estados Unidos |
| | Mabire, C, Dwyer, A, Garnier, A, Pellet, J. (2016). Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 217-260. | Modelo asistencial planificación del alta | Suiza |
| | Mbuzi, V, Fulbrook, P, Jessup, M. (2018). Effectiveness of programs to promote cardiovascular health of indigenous Australians: a systematic review. International Journal for Equity in Health. 17:153. | Modelo de prestación culturalmente apropiado (dirigido a población indígena Australia) | Australia |
| | Suphanchaimat, R, Kantamaturapoj, K, Putthasri, W, Prakongsai, P. (2015). Challenges In the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. BMC Health Services Research. 15:390 | Modelo de prestación culturalmente apropiado (dirigido a población migrante legal e indocumentada) | Tailandia |
| | Husebo, BS, Flo, E, Engedal, K. (2017). <i>The Liverpool Care Pathway: a Systematic review discarded in cancer patients but good enough for dying nursing home patients?</i> BMC Medical Ethics. 18:48. | The Liverpool Care Pathway (LCP) | Noruega |
| | Fiorino, G, Allocca, M, Chaparro, M, Coenen, S, Fidalgo, C, Younge, L, Gisbert, J. (2019). "Quality of Care" Standard in inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. Journal of Crohn's and Colitis. 127-137. | Modelo de atención para la enfermedad inflamatoria intestinal | Italia |
| | Smith, SM, Cousins, G, Clyne, B, Allwright, D, O'Dowd, T. (2017). Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long-term conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue2. Art. No. CD004910. | Modelo de atención combinado (atención especializada y atención primaria) | Irlanda |
| | Weeks, G, George, J, Maclure, K, Stewart, D. (2016). Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 11. Art. No, CD011227. | Modelo de prescripción colaborativa | Australia |
| | Aitken, LM, Bucknall, T, Kent, B, Mitchell, M, Burmeister, E, Keogh, SL (2018). Protocol-directed sedation versus non-protocol-directed sedation in mechanically ventilated intensive care adults and children. Cochrane Database of systematic Reviews. Issue 11. Art. No. CD009771. | Modelo de prescripción colaborativa mediada por protocolo | Reino Unido. |
| | Kalseth, J, Lassemo, E, Wahlbeck, K, Haaramo, P, Magnusse, J. (2016). Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review. BMC Psychiatry. 16:376. | Modelo de atención en salud mental - predictores de readmisión. | Noruega |
| | Ciapponi, A, Lewin, S, Herrera, CA, Opiyo, N, Pantoja, T, Paulsen, E, Rada, G, Wiysonge, CS. et al. (2017). Delivery arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 9. Art. No. CD011083. DOI: 10.1002/14651858.CD011083.pub2 | Complementa información | Argentina |
| Marmol, M, Miguel, I, Montejano, R, Escribano, A, Gea, V, Ruiz, A. (2018). Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión Sistemática. Rev Esp Salud Pública. 92 (27): 2 -15. | Modelo de atención para el manejo de condiciones crónicas | España | |

| | | | |
|--|---|--|-------------|
| | Davy, C. Bleasel, J. Liu, H. Tchan, M. Ponniah, S. Brown, A. (2015). Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. BMC Health Services Research. 15:194. DOI 10.1186/s12913-015-0854-8 | Complementa información | Australia |
| Artículo científico de Investigación | Bondevik, GT. Hofoss, D. Husebo, BS. Deilkas, ECT. (2019). The safety attitudes questionnaire ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian version for nursing homes. BMC Health Services Research. 19: 423. Disponible en https://doi.org/10.1186/s12913-019-4244-5 | Complementa información | Noruega |
| | Bondevik, GT. Hofoss, D. Husebo, BS. Deilkas, ECT. (2017). Patient safety culture in Norwegian nursing homes. BMC Health Services Research.19:423 | Complementa información | Noruega |
| | Lenz, K. McRae, A. Wang, D. Higgins, B. Innes, G. Cook, T. Lang, E. (2017). Slow or swift, your patients' experience won't drift: absence of correlation between physician productivity and the patient experience. CJEM. 19 (5): 372-380. | Complementa información | Canada |
| | Hadi, M. Alldred, DP. Briggs, M. Marczewski, K. Closs, SJ. (2017). "Treated as a number, not treated as a person": a qualitative exploration of the perceived barriers to effective pain management of patients with chronic pain. BMJ Open. 7: e016454. Doi:10.1136/bmjopen-2017-016454 | Complementa información | Reino Unido |
| | Osteras, N. Bodegom-Vos, LV. Dziedzic, K. Moseng, T. Aas, Eline, Andreassen, O. et al. (2015). Implementing international osteoarthritis treatment guidelines in primary health care: study protocol for the SAMBA stepped wedge cluster randomized controlled trial. Implementation Science. 10:165. DOI 10.1186/s13012-015-0353-7 | Complementa información | Noruega |
| Artículo de Revisión Contextual y Narrativa | Santana, MJ. Manalili, K. Jolley, R. Zelinsky, S. Quan, H. Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual Framework. Health Expectations. 21: 429-440. | Modelo de atención centrado en la persona. | Canadá |
| | Chan, KS. (2018). Palliative care: the need of the modern era. Hong Kong Med J. 24: 391-399. | Complementa información | Hong Kong |
| Artículo de Reflexión | Garland, L. Fraser, K. (2018). Conceptualization of the chronic care model. Implications for home care case manager practice. Home Health Now. 36(6): 379-385. | Chronic Care Model | Canadá |

Fuente: Elaboración propia elaborada a partir de la revisión de la literatura.

Tabla 3. Lista de otros estudios que sirvieron de referentes para los modelos encontrados en la literatura valorada.

| Tipo de Estudio | Autor, título | Modelo de Atención Identificado | País |
|---|--|--|----------------|
| Artículo científico de Investigación | Arbaje, AI. Maron, DD Yu, Q. Wendel, VI. Tanner, E. Boulton, Ch. Eubank, K. Durso, SC (2010). The Geriatric Floating Interdisciplinary Transition Team. Journal American Geriatrics Society (JAGS). 58:364-370. | Modelo de atención multidisciplinario / interdisciplinario (en modelo asistencia planificación del alta) | Estados Unidos |
| | Coleman, EA. Parry, C. Chalmers, S. Min, SJ. (2006). The Care Transitions Intervention. Results of a Randomized Controlled Trial. Arch Intern Med. 166: 1822-1828. | Modelo programa de transición de cuidados de Coleman, (en modelo asistencia planificación del alta) | Estados Unidos |
| | Naylor, MD. Brooten, D. Campbell, RL. Maisling, G. Schwartz JS. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled Trial. J Am Geriatr Soc. 52 (5): 675-684. | Modelo de atención de transición de cuidados de Naylor. (en modelo asistencia planificación del alta) | Estados Unidos |
| Artículo de Reflexión – Revisión | Wagner, EH. Austin, BT. Von Korff, M. (1996). Organizing Care for Patients with chronic illness. The Milbank Quarterly. 7(4): 511-544. DOI. 10.2307/3350391. | Chronic care model (CMM) | Estados Unidos |
| | Wagner, EH. Austin, BT. Davis, C. (2001). Improving Chronic Illness care: Translating evidence into action. Health Affairs. 20(6): 64-78. | Chronic care model (CMM) | Estados Unidos |
| Revisión Contextual y Narrativa | Ferlie, EB. Shortell, SM. (2001). Improving the Quality of health care in the United Kingdom and the United States: A Framework for change. The Milkbank Quarterly. 79(2):281-315. | Modelo de calidad de atención hospitalaria -enfoque multinivel- | Estados Unidos |
| Estudio de Caso | Nuño, R. (2007). Buenas Prácticas en Gestión Sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev Adm Sanit. 5(2): 283-292. | Kaiser Permanente | España |
| Reporte | World Health Organization (WHO). (2002). Report: Innovative Care for Chronic Conditions. Building blocks for action. Noncommunicable Diseases and Mental Health. | Innovate Care for Chronic Conditions | Suiza |

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de la literatura.

7.2 Modelos de Gestión Hospitalaria encontrados

Con la revisión rápida de la literatura se identificó 9 modelos de gestión hospitalaria en diversos contextos de desarrollo (ver tabla 4). A continuación, se identifican a partir de responder para cada uno, tres interrogantes, los cuales corresponden con los objetivos de la presente investigación:

- 1) ¿En qué consiste el modelo?
- 2) ¿Cuáles son los atributos, factores, componentes y taxonomías del modelo?
- 3) ¿Cómo influencia el modelo de gestión al trabajador de la salud y al usuario de atención?

Para el presente trabajo se ha establecido la siguiente definición operativa construida por el autor, a partir del significado general existente en los diccionarios de uso común, los cuales permiten diferenciar en su estructura cada elemento descrito así: Un **atributo** es una propiedad, característica o cualidad que está inmerso en un modelo de atención. Un **factor** es un elemento que condiciona para el desarrollo de un modelo de atención. Un **componente** es un elemento o pieza clave que se asocia con otro y da lugar a un conjunto uniforme en el modelo de atención

En la tabla 4, se relacionan los modelos de gestión hospitalaria encontrados, algunos incorporan a otros modelos, por eso, en la tercera columna bajo el título “modelos incluidos en el contexto” se presentan los que fueron referidos en el modelo original, estos explican al modelo principal. Se observa también el inventario del modelo en términos de factores, atributos, componentes, limitaciones y barreras. No todos los modelos generales y los incluidos tienen estos elementos.

Modelos de Gestión Hospitalaria y su influencia en la
Calidad de la Atención al Usuario del Servicio de Salud

Tabla 4. Lista de los Modelos de Gestión Hospitalaria encontrados en la Revisión de la Literatura (2015-2020) e inventario de su contenido.

| No. | Modelo de Gestión Hospitalaria | Autor (es) | Modelos incluidos en el contexto | Autor (es) | Contiene | | | |
|-----|--|--|---|--|----------|----------|------------|---------------------------|
| | | | | | Factores | Atributo | Componente | Barreras y/o Limitaciones |
| 1 | Modelo de Atención Rural por Telesalud | Bradford, NK. Caffery, L.J. Smith, AC. (2016) | | | Si | No | No | Si |
| 2 | Modelo de Pago Alternativo (APM), Pago por Rendimiento P4P | Kondo, KK. Damberg, CH. Mendelson, BA. Motu'apuaka, BS. Freeman, MPH. O'Neil, M. Relevo, R. et al. (2016). | | | Si | Si | Si | Si |
| 3 | Modelo Asistencial Planificación del Alta (Multidisciplinario) | Dwyer, A. Mabire, C. Dwyer, A. Garnier, A. Pellet, J. (2016). | Modelo de atención multidisciplinario / interdisciplinario | Arbaje, AI. Maron, DD Yu, Q. Wendel, VI. Tanner, E. Boulton, Ch. Eubank, K. Durso, SC. (2010). | No | No | Si | Si |
| | | | Modelo programa de transiciones de cuidados de Coleman | Coleman, EA. Parry, C. Chalmers, S. Min, SJ. (2006). | No | No | No | No |
| | | | Modelo de Atención de transición de cuidados de Naylor | Naylor, MD. Brooten, D. Campbell, RL. Maisling, G. Schwartz JS. (2004). | No | No | Si | No |
| 4 | Modelos de Atención Culturalmente Apropriados | | Modelo de Prestación Culturalmente apropiado (dirigido a la población indígena australiana) | Mbuzi, V. Fulbrook, P. Jessup, M. (2018). | No | No | Si | Si |
| | | | Modelo de Prestación Culturalmente apropiados (dirigido a Migrantes) | Suphanchaimat, R. Kantamaturapoj, K. Putthasri, W. Prakongsai, P. (2015). | No | No | Si | Si |
| 5 | Modelo de Atención Multidisciplinar o Modelo Integrado de Atención | | Modelo de atención para la enfermedad inflamatoria intestinal | Fiorino, G. Allocca, M. Chaparro, M. Coenen, S. Fidalgo, C. Younge, L. Gisbert, J. (2019) | No | No | Si | Si |
| | | | Modelo de atención combinado | Smith, SM. Cousins, G. Clyne, B. Allwright, D. O'Dowd, T. (2017) | No | No | Si | Si |
| | | | Modelo de prescripción colaborativa | Weeks, G. George, J. Maclure, K. Stewart, D. (2016). | No | No | No | No |
| | | | Modelo de prescripción colaborativa mediada por Protocolo | Aitken, LM. Bucknall, T. Kent, B. Mitchell, M. Burmeister, E. Keogh, SL (2018) | Si | No | Si | No |
| 6 | Modelo de Atención para el Manejo de Enfermedades Crónicas | | Chronic Care Model (CMM) | Wagner, EH. Austin, BT. Von Korff, M. (1996); Wagner, EH. Austin, BT. Davis, C. (2001) | Si | No | Si | Si |
| | | | Innovative Care for Chronic Conditions | World Health Organization (WHO). (2002). | Si | No | Si | Si |
| | | | Kaiser Permanente | Nuño, R. (2007) | Si | Si | Si | Si |
| | | | Liverpool Care Pathway (LCP) | Husebo, B. Flo, E. Engedal, K. (2017). | No | No | Si | Si |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|----|----|----|----|
| 7 | Modelo de Atención en Salud Mental (Predictores de Readmisión) | Kalseth, J. Lassemo, E. Wahlbeck, K. Haaramo, P. Magnusse, J. (2016) | | | Si | No | Si | Si |
| 8 | Modelo de Calidad en la Atención Hospitalaria (enfoque multinivel) | Ferlie, EB. Shortell, SM. (2001). | | | Si | Si | Si | Si |
| 9 | Modelo de Atención Centrada en el Paciente | Santana, MJ. Manalili, K. Jolley, R. Zelinsky, S. Quan, H. Lu, M. (2018). | | | No | No | Si | Si |

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de la literatura

7.2.1 Modelo de Atención Rural por Telesalud

7.2.1.1 ¿En qué consiste el modelo?

En la tabla 5, se consolida la revisión sistemática de la literatura realizada por Bradford y colaboradores en 2016 en el entorno rural australiano, el cual valoró factores que influenciaban el éxito y sostenibilidad de los modelos de atención rural por telesalud, especialmente en el servicio asistencial médico. El estudio identificó 116 artículos publicados entre 1988 y 2015, de estos 72 referían asistencia por telesalud, como estrategia pública del sistema de salud australiano. Esta revisión describió seis factores asociados con la oferta y la disponibilidad del servicio. El 68% (49) de los servicios asistenciales eran operados por hospitales públicos terciarios y hospitales regionales, el 19% operados por especialistas, el 3.4% por médicos generales y el 1.4% por enfermeras comunitarias (Bradford, Caffery & Smith, 2016). El servicio proporcionado se orientaba a asistir a los pacientes en lugares remotos de Australia mediante telesalud. La mayoría de los reportes (83.7%) fueron estudios observacionales o descriptivos que presentaron evidencia alta. En cuanto al propósito del servicio se identificó que éste servía para: incrementar la accesibilidad, desarrollar la capacidad de la fuerza laboral, favorabilidad en términos de costo-beneficio, coordinación de cuidados y educación al personal sanitario (Bradford, Caffery & Smith, 2016, p. 10). El modelo de atención rural por telesalud, consiste en un modelo de financiamiento y asistencia que apoya el servicio de salud mediado por las tecnologías de la información y comunicación, en plataformas integradas, que requiere de conectividad, esto es, una comunicación entre el receptor de la atención (paciente) y el proveedor de la atención (el sistema de salud, el personal médico y otros profesionales de salud).

7.2.2.2. ¿Cuáles son los atributos, factores, componentes y taxonomías del modelo?

En el *modelo de atención rural por telesalud* referido en el estudio de Bradford y colaboradores (2006), identifica la descripción de seis factores asociados con la oferta y la sostenibilidad del servicio señalados como: visión, propiedad, adaptabilidad, economía, eficiencia y equipamiento.

El factor de éxito señalado como “**visión**” indicaba que el hospital tenía claro los objetivos a alcanzar, además, estos eran realistas y se definían como propósitos del servicio. Con el fin de mantener el servicio por largo tiempo se requirió apoyo médico y de la alta gerencia quienes a partir del concepto de “**propiedad**” identificaban la necesidad, la motivación y el desarrollo de estos servicios. La asistencia exigió incorporar el tercer factor “**adaptabilidad**” del modelo de atención para ofrecer respuesta a la necesidad del paciente, de los médicos y del sistema de salud. Igualmente, el servicio ofrecido requirió incorporar el cuarto factor reconocido como “**concepto de economía**”, puesto que mantener una plataforma de comunicación genera costo, tiempos y movimientos que se compararon con los beneficios clínicos obtenidos de cara a los pacientes. (Bradford, Caffery & Smith, 2016).

La “**eficiencia**” y el “**equipamiento**” (factores clave para el éxito 5 y 6), estuvo relacionada con mantener sostenible el servicio con lo que se desarrollaron procesos y procedimientos específicos, lo que requirió establecer equipos relacionados con la infraestructura, puesto que los servicios sostenibles no requerían necesariamente equipos costosos siendo la mayoría de bajo costo, sin embargo, el mantenimiento y administración de problemas técnicos fueron reportados como limitantes en la sostenibilidad del servicio (Bradford, Caffery & Smith, 2016, p.7). El éxito del

servicio de telesalud como parte del sistema de salud pública australiano dependió más de otro factor, el de los costos y el de la financiación Estatal, por lo que se informó que la sostenibilidad del programa dependía de estas variables y no era seguro mantenerlo funcional en el tiempo (Bradford, Caffery & Smith, 2016, p.8).

7.2.1.3 ¿Cómo influencia el modelo de gestión al trabajador de la salud y al usuario de atención?

El *modelo de atención rural por telesalud*, identifica que, el servicio público australiano registra barreras para adoptar servicios de telesalud y asistencia a personas en áreas remotas. Se considera que la clave del éxito está en la adaptación y modificación del modelo en respuesta a las necesidades del paciente (Wade, Elliott, 2012) (Armfield, Edirippulige, Bradford & Smith, 2014) (Zanaboni & Wootton, 2012). Igualmente, aunque la contención en costos es importante para impulsar y sostener el servicio público en formato telesalud, no existe claridad en este aspecto ni en la forma como el sistema se ve involucrado, se sabe que se requiere financiación del servicio y asignación de presupuestos por parte del Estado, siendo el servicio en esencia una preocupación Estatal con desconocimiento sobre su potencial (Altman, Fernando, Holt, Maeder, Margelis & otros, 2014). En el modelo de atención rural por telesalud, no se encontró claridad en términos de costos para impulsar el servicio por parte del sector público, tampoco se pudo identificar como este aspecto se circunscribe en el sistema, sin embargo, es claro que todo modelo orientado al servicio requiere financiación y asignación de presupuesto, siendo esta la principal preocupación, lo que conlleva a que el servicio no pueda ser usado por el desconocimiento de su potencial, lo que afectaría no solo su funcionamiento y permanencia sino el impacto que este podría tener en la

población rural más alejada y necesitada, además también afectaría la contratación de los trabajadores de la salud (Altman, Fernando, Holt, Maeder & otros, 2014).

En cuanto al grupo de clientes objetivo que favoreció la atención del modelo de atención rural australiano según lo reportado por Bradford y colaboradores en los 72 estudios analizados, el 65% (47 estudios) favoreció la atención en salud a los adultos; en el 22% (16 reportes) se consultaron desde el ámbito médico a niños, el 6% (4 reportes) favoreció a adultos mayores, el 4% con profesionales de la salud y el 3% se registró atención a niños indígenas australianos (Bradford, Caffery & Smith, 2016, p.9). El 85% de los servicios fueron ofrecidos por videoconferencia; respecto a las especialidades que fueron ofrecidas por telesalud, se registró en 72 estudios que, la mayoría (22%) incluyeron atención en salud mental, el 7% informó atención a pacientes oncológicos, seguido por un 6% para cada una de las siguientes especialidades: dermatología, medicina de urgencias, geriatría y cuidado de heridas. Igualmente, en un 4% de los estudios se reportó para cada una de las especialidades de rehabilitación, cuidado paliativo, oftalmología, audición y lenguaje. Con un 3% se señaló servicios de endocrinología, enfermedades infecciosas, neonatología, ortopedia, otorrinolaringología, pediatría y asesoramiento genético. El resto correspondió a manejo de quemaduras, cuidados comunitarios y cardiología (Bradford, Caffery & Smith, 2016, p.9). En cuanto a la disciplina que ofreció el servicio por telesalud, el 57% correspondió a medicina, el 22% fue manejado por un equipo multidisciplinarios, el 13% por un aliado del sistema, y el 8% por enfermería (Bradford, Caffery & Smith, 2016, p.9).

Tabla 5. Resumen Modelo de Atención Rural por Telesalud

| Autor, título | Enfoque estratégico | Muestra y configuración | Modelo de Gestión Hospitalaria | Atributos, Factores, Componentes | Influencia | |
|--|--|---|--|---|---|--|
| | | | | | Al trabajador de la salud | Al usuario del servicio de salud |
| <p>Bradford, NK. Caffery, LJ. Smith, AC. (2016). <i>Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability.</i> Rural and Remote Health. 16: 3808.</p> | <p>Revisión sistemática de la literatura, revisada por pares. 970 artículos potencialmente elegibles entre 1988-2015. Se reviso modelos de atención en zonas rurales de Australia.</p> | <p>116 artículos seleccionados. 72 describen servicios de telesalud. Se identificaron 6 factores claves asociados al servicio</p> | <p>Modelo de atención rural por telesalud</p> | <p>Factores del modelo asociados a la oferta y sostenibilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Visión -Propiedad -Adaptabilidad -Concepto de Economía -Eficiencia -Equipamiento. <p>Factor del modelo asociado al éxito:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Costos -Financiación Estatal | <p>Cualquier profesional de la salud puede generar consulta y seguimiento, incluso se pueden establecer equipos multidisciplinarios para tratamiento y seguimiento.</p> <p>El financiamiento y los costos afectan la contratación del personal de la salud en Australia.</p> <p>La telesalud favorece comunicación con el paciente con medicina, enfermería, aliados del sistema y equipos multidisciplinarios.</p> | <p>El modelo favorece la atención en salud de personas que acceden a la tecnología en zonas remotas. Con telesalud se puede atender cualquier especialidad y hacer seguimiento a las necesidades del paciente, especialmente, para manejo de enfermedad crónica.</p> |

Fuente: Elaboración propia, realizada a partir de la revisión de la literatura.

7.2.2 Modelo de Pago Alternativo

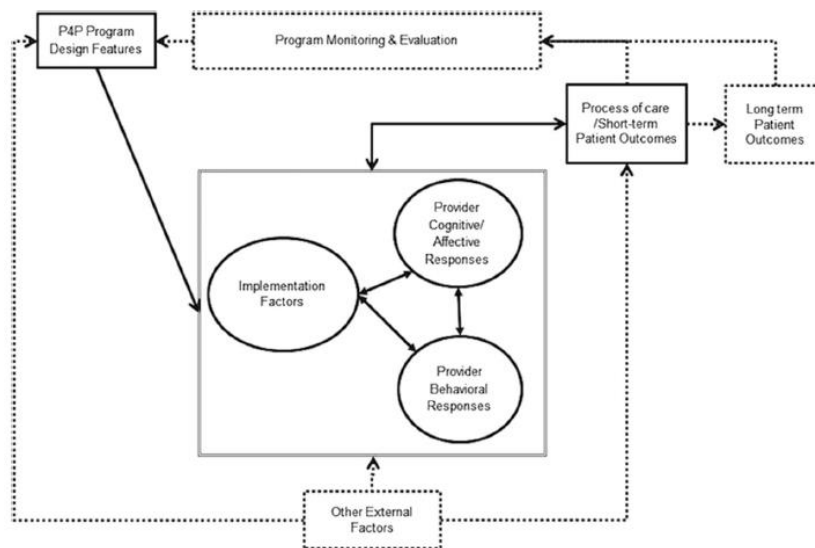
7.2.2.1 ¿En qué consiste el modelo?

En la tabla 6, se consolida la revisión sistemática de la literatura realizada por Kondo y colaboradores (2016), la cual mostró los procesos de implementación y pago por el desempeño en el cuidado de la salud, en esta fue clave la identificación de factores que modifican la efectividad de programas de incentivos a los proveedores. El pago por desempeño institucional denominado “Pay for performance” (P4P) consiste en un modelo económico para el sistema de salud que usa incentivos financieros para estimular mejoras en la asistencia y en la atención; este se constituye en un pago por rendimiento siendo identificado como un **modelo de pago alternativo** (APM), diseñado para reemplazar el **sistema de pago por tarifas por servicio** (FFS). El APM busca incentivar la obtención de mejores resultados motivando a los proveedores de salud para que ofrezca sus servicios con eficiencia con carga financiera al sistema de salud con lo cual teóricamente se consigue subsanar las necesidades de los usuarios (Kondo, Damberg Mendelson & otros, 2016).

El estudio revisó investigaciones que contenían información sobre programas P4P valoradas hasta abril de 2014, encontrando 1363 títulos y resúmenes, de estos, fueron seleccionados 509 para revisión de texto completo e incluyeron 41 estudios primarios, de los cuales 33 contenían información de programas de P4P en entornos ambulatorios, 7 estudios eran en hospitales y un estudio se registró en hogares de ancianos. 13 estudios examinaron el diseño del programa, 8 se relacionaban con su implementación, 9 contenían información sobre el entorno externo, 18 con el

entorno interno y 5 especificaban características del proveedor. Respecto a los países participantes 18 eran de Estados Unidos, 17 del Reino Unido, 2 de Canadá y 1 en cada país (Australia, Francia, Taiwán y países bajos). La calidad de los estudios fue valorada con la escala de evaluación de la calidad de Ottawa Newcastle (Kondo, Damber, Mendelson & otros, 2016). Este estudio señaló limitada evidencia contundente sobre la forma y atributos requeridos para implementar el modelo P4P, se sugiere que estos programas deben someterse a periódicas revisiones especialmente implementados en áreas de bajo rendimiento. Los incentivos se alinean a necesidades organizacionales, estableciendo prioridades en áreas que deben mejorar e incrementar su productividad, mejorando la respuesta del proveedor y asegurando al cliente un manejo adecuado a sus necesidades. En la ilustración 2, se puede identificar los elementos constitutivos del modelo de kondo y colaboradores (2016), allí se observan los factores y procesos requeridos para su implementación (entorno externo, configuración interna y características el proveedor).

Ilustración 2. Modelo de Atención Pago Alternativo (APM), Pago por Rendimiento (P4P).



Fuente: Tomado de Kondo, Damberg, Mendelson y colaboradores (2016), s63.

7.2.2.1 ¿Cuáles son los atributos, factores, componentes y taxonomías del modelo?

El **modelo de pago alternativo** (APM), sugiere que es importante considerar en la prestación de servicios en el sector salud, el modelo de pago usando la estadística y medidas compuestas para garantizar alta calidad especialmente una vez se elimine el incentivo. Aunque la evidencia no es concluyente sobre cuáles son las características que debe cumplir el proveedor de salud, si se puede identificar que el programa P4P es efectivo. El programa, tiene como atributo el estar alineado con los objetivos de la organización, ya que la estructura del incentivo debe cuidadosamente considerarse determinando los factores respecto a una sólida infraestructura y la presentación de informes para el control de la información (Kondo, Damber, Mendelson & otros, 2016). La implementación de los programas financieros tiene en cuenta como **factores del modelo**: factores de la cultura organizacional y factores relacionados con el paciente. Los programas se realizan en entornos ambulatorios, hospitalarios y en hogares geriátricos como intervenciones complejas y no estandarizadas, las cuales depende de las medidas a incentivar. **Sus componentes son:**

- a) medidas incentivadas de tipo estructura, costo/eficiencia, procesos clínicos, relación paciente/resultados intermedios, experiencia del paciente) y,
- b) medidas de la estructura incentivada (Proveedores, grupos, gerentes, administración) (Kondo, Damber, Mendelson & otros, 2016).

Los incentivos se dan en forma de **recompensa** (tarifas diferenciales, bonificaciones) o en forma **de sanción** (retención de pagos, reembolsos a los pagadores). Los resultados de los programas P4P dependen del tipo de incentivo y de la combinación de factores institucionales.

7.2.2.3;Cómo influencia el modelo de gestión al trabajador de la salud y al usuario de atención?

En el *modelo de atención por pago alternativo (APM)*, la calidad del servicio de salud se incrementa porque el proveedor de bajo rendimiento es estimulado por la cultura organizacional para cumplir las demandas y necesidades del paciente; una vez establecido este modelo por algún tiempo se introyecta en el comportamiento del trabajador, así, cuando el incentivo es retirado, aparentemente por su uso prolongado, no se afecta el nivel de desempeño puesto que la institución y su personal, se encuentran acostumbrados a hacer lo que les corresponde realizar (Kontopantelis, Springate, Reeves & otros, 2014); de igual forma, al eliminar el incentivo aquellas mejoras que se implementaron se pueden mantener de uno a tres años (Benzer, Young, Burgess & otros, 2013).

El APM ha funcionado en Estados Unidos e incluye el pago por rendimiento (P4P) como un pago combinado para gastos médicos que implementa a pagadores privados a pequeña escala tanto hospitalaria como ambulatoria. Para lograr los objetivos de rendimiento, el pago se otorga a proveedores por su grado de desempeño. Un ejemplo en pacientes diabéticos, se presenta cuando estos incorporan medidas diagnósticas y de seguimiento como la hemoglobina glicosilada. Este aspecto se combina con resultados de cumplimiento de responsabilidades laborales como actuar y finalizar en forma oportuna en actividades de capacitación. El APM también se usa a nivel gerencial, donde se incentivan los logros en términos de indicadores y metas de desempeño cumplidas por la gerencia en la administración del sistema. El pago por rendimiento permite que las instituciones de salud en centros y redes regionales sean autónomas, por lo que de esa forma se consideran las mejores medidas a nivel local. Se estimó en 2011 que el pago a proveedores por sus

servicios correspondió a una suma superior a los 8.000 USD, lo que demuestra, al menos para ese entonces que implementar un programa P4P es efectivo (Kizer & Kirsh 2012).

Algunos autores evaluaron el cambio y el efecto sobre el rendimiento en el sistema de salud, cuando las medidas se realizan sin incentivos o en forma pasiva y luego pasan a ser implementadas y valoradas activamente con incentivos, los resultados señalan que independiente del incentivo, la medida mejoró o permaneció en el tiempo, sosteniendo la calidad de la atención, incluso no se presentó deterioro a pesar de ser eliminadas, ejemplo de ello fue el incremento en las medidas de control para hemoglobina glicosilada en diabéticos y detección de cáncer colorrectal reportados por Hysong, Khan & Petersen en 2011. Es posible que con la implementación de un programa P4P, se apoye a la cultura organizacional y al cambio favorable en esta, puesto que la calidad percibida por el paciente es mayor, consecuencia que las intervenciones también mejoran, por tal razón, la efectividad percibida por el usuario e incluso por el trabajador de la salud se debe a la alineación de estos para alcanzar los objetivos institucionales y consecuencia de la mejor comunicación con el usuario del sistema. El cambio en la cultura apoyada con medidas P4P mostró factores relacionados con mayor calidad y mejora en las intervenciones. La efectividad percibida del programa incluyó la comunicación y alineación de los trabajadores a objetivos institucionales (Miller, Looze, Shield & otros, 2014).

Tabla 6. Resumen Modelo de Atención por Pago Alternativo (APM) o Pago por Rendimiento (P4P)

| Autor, título | Enfoque estratégico | Muestra y configuración | Modelo de Gestión Hospitalaria | Atributos, Factores, Componentes | Influencia | |
|---|---|--|---|---|---|---|
| | | | | | Al trabajador de la salud | Al usuario del servicio de salud |
| <p>Kondo, KK. Damberg, CH. Mendelson, BA. Motu'apuaka, BS. Freeman, MPH. O'Neil, M. Relevo, R. et al. (2016). <i>Implementation Processes and pay for performance in Healthcare: A Systematic Review. J Gen Intern Med. 31(s1): s61-69</i></p> | <p>Revisión sistemática de la literatura sobre la implementación de pago por rendimiento (P4P) como modelo de atención. Revisión por pares.</p> | <p>Total, títulos: 1363 Selección 509 para revisión texto completo. Incluidos: 41. 33 contenían programas P4P entornos ambulatorios, 7 en hospitales, 1 en hogar de ancianos. 13 estudios con diseño del programa, 8 examinaron procesos de implementación, 6 el entorno externo, 18 el entorno interno, 5 las características del proveedor. Los resultados sugieren considerar modelos de pago subyacentes combinados con modelos estadísticos para mantener la calidad de la atención después de eliminar el incentivo.</p> | <p>Modelo de atención por pago alternativo (APM) o pago por rendimiento (P4P).</p> | <p>Factores del modelo: cultura organizacional y factores del paciente. Entorno: hospitalario, ambulatorio y hogares geriátricos. Componente: -Medidas incentivadas (estructural, costo/eficiencia, procesos clínicos, relaciona pacientes/resultados intermedios, experiencia del paciente), -Se incentiva a proveedores, médicos, grupos de trabajo, gerentes, administradores. -Está alineado a los objetivos de la organización. Atributos: -Recompensa dada por tarifas diferenciales, bonificaciones. -Sanción (retención de pagos, reembolso a pagadores).</p> | <p>Lo incentiva por medio de recompensa o sanción. Obliga al profesional de la salud incentivado a cumplir metas de cuidado y controlar indicadores de atención. Incrementa la productividad y calidad del servicio de salud.</p> | <p>El modelo favorece la satisfacción del paciente, le asegura una atención que da respuesta a sus necesidades. El paciente percibe mayor calidad de atención y mejor comunicación entre este y su proveedor de salud.</p> |

Fuente: Elaboración propia, realizada a partir de lo encontrado en la revisión de la literatura.

7.2.3 Modelos Asistenciales para la Planificación del Alta

7.2.3.1 ¿En qué consiste el modelo?

La revisión sistemática de Mabire, Dwyer, Garnier & Pellet (2016), incorporó ensayos controlados aleatorios y no aleatorizados, estudios cuasiexperimentales, estudios de intervención, de cohorte prospectivo y retrospectivo, estudios de casos y controles y estudios analíticos trasversales. Se identificaron 33 artículos, de los cuales fueron incluidos 13 estudios reportados entre 2000-2014 que incorporaban dos grupos (control e intervención). Cinco de esos estudios se realizaron en Estados Unidos, tres en Australia, dos en China, uno en Canadá, uno en Finlandia y uno en Noruega, dos estudios se realizaron en hospitales universitarios y el resto en hospitales locales. En los estudios incorporados se puede observar como elemento principal que el modelo asistencial se relaciona con la planificación del alta, especialmente para paciente adultos mayores con patologías crónicas de tipo físico o patologías que afectan la salud mental (ver tablas 7 y 8).

Los estudios incluidos reportaron un total de 3964 participantes adultos mayores con edad promedio de 77 años. 4 estudios incorporaron pacientes con edades superior a 77 años, un estudio involucró pacientes con comorbilidad grave, 5 con comorbilidad moderada y 5 con comorbilidad baja. Las enfermeras en su gran mayoría fueron quienes proporcionaron la intervención asumiendo el liderazgo en este proceso. Esta revisión sistemática buscó la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones de planificación de alta para afectar positivamente los resultados relacionados con la salud (que incluían la readmisión, tiempo de estancia, manejo de síntomas, limitaciones funcionales, necesidades a satisfacer, y calidad de vida en el adulto mayor

hospitalizado), se valoró el impacto de los componentes individuales de las intervenciones realizadas en la planificación del alta. La revisión incluyó pacientes hospitalizados de 65 años y más, dados de alta en hospitales de rehabilitación de cuidados agudos y cuidados post- agudizados (PAC), incluidos centros de enfermería especializada y servicios a domicilio. La hospitalización del adulto mayor representa riesgo para deterioro funcional porque durante el cuidado de su salud, se requiere establecer fluidos intravenosos y tratamientos específicos que restringen su movilidad y desplazamiento, en muchas ocasiones se potencia el desacondicionamiento físico cuando se confina a una cama (Santos, Karmaniola & Seematter,2008), (Covinsky, Pierluissi & Johnston, 2011). Cuando las comorbilidades se acompañan de deterioro cognitivo y motor, se incrementa el riesgo de deterioro funcional y predispone al evento adverso en la hospitalización (Lim, Foust & Van Cleave, 2012); la planificación del alta desde su ingreso hospitalario para su tránsito a un entorno ambulatorio genera una posibilidad de mantener y mejorar el estado de salud.

Fueron seis los **componentes** valorados en las intervenciones para el alta: a) evaluación geriátrica precoz, b) preparación para el alta, c) participación del paciente y de su cuidador en la planificación del alta, d) continuidad de la atención, e) evaluación del día del alta, f) seguimiento posterior al alta. La revisión sistemática tuvo en cuenta que la intervención del alta fuera al menos proporcionada por una enfermera y que este proceso se incorporara al modelo de atención multidisciplinario y/o interdisciplinario. De acuerdo con Mabire y colaboradores (2016), existen al menos tres modelos asistenciales que apuntan a planificar el alta en este grupo de personas, estas son: El modelo de atención multidisciplinario/interdisciplinario, el modelo Programa de transiciones de cuidados de Coleman y el modelo de atención de transiciones de cuidados de Naylor. A continuación, se amplía cada uno de estos (ver tablas 3 y 4).

7.2.3.1.1 Modelo de Atención Multidisciplinario / Interdisciplinario

En un metaanálisis realizado en 2004, se identificó que la planificación integral del alta reduce significativamente tasas de reingreso hospitalario en adultos mayores con insuficiencia cardiaca congestiva (Phillips, Wright, Kern, Singa, Shepperd & Rubin, 2004), parece ser que las intervenciones probadas previo al alta hospitalaria reducen los reingresos (Leppin, Gionfriddo, Kessler, Brito, Mais, Gallacher & otros, 2014). Por su parte, en 2016, bajo una revisión sistemática de la literatura, se informó que la planificación del alta hospitalaria reduce la duración de la estancia de los pacientes hospitalizados adultos mayores (Gonçalves-Bradley, Lanning, Clemson, Cameron & Shepperd, 2016). En la revisión sistemática de Maibire y colaboradores se hace referencia a un modelo de atención multidisciplinario para planificar el Alta en adultos mayores a nivel hospitalario cuyos autores son Arbaje, Maron, Yu y otros (2010). Estos autores reconocen su modelo con el nombre de <Equipo De Transición Interdisciplinario Flotante Geriátrico (Geri-FITT)>, e informan que los adultos mayores reciben en los hospitales una atención subóptima especialmente en el momento de su transición a otros escenarios. Es por ello que existen unidades especializadas para el adulto mayor y que la transición adecuadamente manejada reduce los reingresos hospitalarios y los costos de atención médica (Arbaje, Maron, Yu & otros, 2010, p. 365).

El Equipo de Transición Interdisciplinario Flotante Geriátrico (Geri-FITT) es un modelo de un programa de atención en salud, que combina la evaluación geriátrica hospitalaria y los modelos de cogestión con la atención de transición mediante la creación de un servicio de cogestión hospitalaria para la transición del adulto mayor. El modelo Geri-FITT se diseñó para mejorar la

atención hospitalaria de adultos mayores y su transición a entornos pos -agudos. Los profesionales que participan en el modelo son un grupo de enfermeras expertas en geriatría, médicos geriatras y médicos de cabecera de atención primaria. Las enfermeras y los geriatras evalúan los pacientes, administran conjuntamente las necesidades respecto a sus síndromes, brindan educación, fomentan el autocuidado, se comunican con los proveedores de atención primaria y hacen seguimiento al paciente después del alta.

Con este modelo Arbaje y colaboradores (2010), realizaron una prueba de cohorte piloto que incluyó a pacientes hospitalizados mayores de 70 años en servicios de medicina general y evaluó con el modelo su efecto sobre la calidad de la transición de la atención de los pacientes y su satisfacción en la atención. Estos autores reconocen que luego del alta hospitalaria pueden existir riesgos en el adulto mayor que podrían conducir a deterioros funcionales, delirios, reacciones adversas a los medicamentos, úlceras por presión, disfunción vesical e intestinal, deshidratación y desnutrición (Fernández, Callahan, Likourezos & otros, 2008), incluso el traslado intrahospitalario es potencialmente peligroso cuando se realiza sin la participación de cuidadores o de personas que reconozcan los valores, necesidades y objetivos de los pacientes, puesto que durante las transiciones los pacientes se enfrentan a proveedores de salud sin capacitación en geriatría, además, una constante es la falta de comunicación y coordinación efectiva entre el proveedor de salud, el paciente y su cuidador principal durante la transición al hogar o a contextos no hospitalario, esa falta de coordinación puede resultar en eventos adversos, reingresos y mayores costos en la atención médica (Arbaje, Wolff, Yu & otros, 2008).

El fundamento conceptual del modelo referido, identifica que, innovar con unidades geriátricas que proporciona consultas en esta especialidad en pacientes hospitalizados permite manejar síndromes específicos que se relacionan con capacidades funcionales y cognitivas, permite mejorar la atención y una óptima transición del paciente hacia su lugar de residencia o contextos ambulatorios primarios. El diseño del modelo Geri-FITT, es único en su especie debido a que el equipo de profesionales que lo conforma brinda tanto atención hospitalaria como atención durante la transición, favoreciendo la relación entre el paciente y el proveedor de salud en términos de la comunicación e implementación de un plan específico de cuidado. La comunicación en este modelo reduce los errores médicos y los eventos adversos de tipo medicamentoso, lo que impacta en menores tasas de readmisión. El modelo Geri-FITT es un modelo de atención conjunta aguda y pos- aguda que tiene tres objetivos: a) mejorar la calidad de la atención hospitalaria, b) mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia de la transición de cuidados, c) mejorar conocimientos, habilidades y actitudes geriátricas de los médicos y enfermeras de pacientes hospitalizados. La implementación del modelo exige actividades administrativas, asistenciales y de educación. El personal que hace parte del modelo prepara al paciente a su transición de atención, enseña al paciente y otro personal de la salud a desarrollar un plan de atención. Después del alta hospitalaria, se realiza un seguimiento y se comunica con el médico de atención primaria para garantizar la continuidad del cuidado.

La valoración que realiza el equipo interdisciplinario incluye: determinación de objetivos de atención, evaluación de la función cognitiva, identificación del riesgo de caídas, del estado funcional, de la salud mental y del ánimo, inventario de medicamentos y su relación con síndromes geriátricos más relevantes (trastornos del sueño, delirio, incontinencias, etc.), seguidamente, se

genera recomendaciones de manejo al equipo de salud de pacientes hospitalizados y se reúne diariamente para manejar los síndromes geriátricos presentes. Durante la atención hospitalaria, el grupo interdisciplinario monitorea el progreso, discute la atención con el personal del servicio (médicos, enfermeras, trabajador social, terapeutas y demás relacionados). Durante las primeras 48 horas posteriores al alta, el equipo prepara un informe que incluye descripción de la hospitalización, cambios en la medicación, recomendaciones geriátricas del paciente; también se realizan llamadas telefónicas al paciente y su cuidador para revisar síntomas, medicamentos, la forma como se desarrolla el autocuidado e informa instrucciones de seguimiento (Arbaje, Maron, Yu & otros, 2010). El modelo Geri-FITT requirió establecer un protocolo de funcionamiento el cual fue avalado por la Junta de revisión institucional de la Escuela de Medicina Johns Hopkins. Posterior al egreso hospitalario, se evaluó telefónicamente la satisfacción del usuario por encuesta tipo Likert que mide la transición de la atención. Los resultados señalan que el modelo se asocia a transiciones de más calidad con mayor satisfacción del usuario, debido a que se extendió la visión geriátrica al servicio médico general, construyéndose un propósito común entre el médico tratante y los expertos en geriatría.

7.2.3.1.2 Modelo de Transiciones de Cuidado de Coleman

El estudio de Coleman y colaboradores incluyó en el análisis a 352 participantes del grupo control y a 360 participantes del grupo intervención, para el modelo de atención de planificación del alta, el cual contiene cuatro pilares y estos se ponen en práctica con dos mecanismos: a) registro de salud personal, b) visitas y llamadas telefónicas con un entrenador de transición. La historia clínica personal tenía un espacio para que el paciente realizara allí preguntas e inquietudes que serían

resueltas en el siguiente encuentro. Se alentó a mantener actualizado el registro de salud personal y a compartir este con los médicos de la atención primaria (Coleman, Parry, Chalmers & Min, 2006, p. 1823). Las funciones del asesor o entrenador de transición (enfermeras de practica avanzada) era alentar al paciente y al cuidador, dar continuidad al cuidado, satisfacer las necesidades del paciente. El entrenador se reunía una vez en el hospital antes del alta, concretaba una visita domiciliaria entre las 48 a 72 horas posteriores a la salida hospitalaria. Uno de los objetivos de la visita domiciliaria era conciliar el régimen medicamentoso del paciente. El tiempo de seguimiento fue durante 28 días. Resultados de la intervención con el modelo de Coleman indican que motivar al paciente y su cuidador a ser activo en el proceso de transición posterior al alta hospitalaria reduce tasas de nuevas hospitalizaciones y establecen conocimientos y habilidades de autocontrol en los pacientes, especialmente para manejar adecuadamente medicamentos reduciendo eventos adversos por no conciliación medicamentosa (Coleman, Parry, Chalmers & Min, 2006, p. 1826).

7.2.3.1.3 Modelo de Atención de Transiciones de Cuidado de Naylor

Este es un modelo de atención centrado en el paciente porque parte de sus necesidades de atención, describe la planificación integral del alta y el seguimiento de pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas y en alto riesgo (Naylor, Kurtzman & Pauly, 2009) (Naylor, Brooten, Campbell & Maisling, 2004). Naylor y colaboradores (2004), afirman que los adultos mayores tienen un régimen terapéutico complejo y son vulnerables especialmente cuando transitan de un hospital a su propio hogar. Tal transición se asocia con altas tasas de postración en cama que pudieran ser prevenibles, sin embargo, este fenómeno se asocia a resultados negativos, déficits

funcionales, deterioro cognitivo, problemas psicoemocionales y, por tanto, problemas comportamentales para el cuidado de su salud. De igual forma, parece que los déficits de la comunicación entre el proveedor de la salud mediante la atención medica afecta la educación para el cuidado y la continuidad de la atención, también, se ve afectada por acceso limitado a los servicios tras una hospitalización. La literatura ha informado que al menos la tercera parte de los pacientes y sus cuidadores presentan necesidades no resueltas con altos niveles de insatisfacción en momentos posthospitalarios (Vinson, Rich, Sperry & otros, 1990) (Oddone, Wingberger, Horner & otros; 1996).

En su investigación, Naylor y colaboradores (2004) han informado que, en pacientes con falla cardiaca, la tendencia de una nueva hospitalización es alta, acompañada de altos costos respecto a la atención médica especializada, ello afecta la calidad de vida y consume recursos en salud. En su ensayo clínico controlado aleatorizado, este autor ha examinado la efectividad de la transición de una intervención de atención brindada por enfermeras de practica avanzada (APN, por sus siglas en inglés), el cual se acompañó de seguimiento de 52 semanas posteriores al alta hospitalaria para pacientes de seis centros académicos, comunitarios y hospitalarios de la ciudad de Filadelfia. El modelo de atención de Naylor se acompañó de una planificación del alta y aplicación de un protocolo de seguimiento hospitalario dirigido por enfermeras de practica avanzada. Los resultados de esta planificación, demostraron que el tiempo transcurrido hasta el primer reingreso o la muerte del paciente fue mayor en el grupo de intervención, quienes presentaron menores reingresos y menores costos de atención, lo que significó que una intervención integral de atención para esta población reduce significativa la re- hospitalización, lo que favorece la calidad de vida, los resultados clínicos y económicos en las instituciones que utilizan este modelo.

Los pacientes del grupo control recibieron atención hospitalaria tradicional y atención estándar realizada por una agencia domiciliaria que consistió en servicios de salud especializados en el hogar, disponibles a demanda. El médico y la enfermera colaboraron en la planificación y diseño del plan de alta y existía la posibilidad de derivar servicios de fisioterapia tras el alta. Los pacientes del grupo de intervención incluyeron las siguientes actividades, en colaboración entre el médico de cabecera y tres enfermeras de practica avanzada implementaron una intervención que se extendió desde el ingreso hasta 3 meses después del alta:

- a) elaboración de un programa estandarizado, elaborado por equipo multidisciplinario expertos en insuficiencia cardiaca (geronto-psiquiatra, farmacéuta, nutricionista, trabajadora social, enfermera clínica, fisioterapeuta, cardiólogo especializado).
- b) Gestión de la atención por enfermera de práctica avanzada quien identifica a pacientes y cuidadores, adopta planes de atención individualizados propuestos por el equipo multidisciplinario, genera estrategias educativas según necesidades de los aprendizajes, coordina la atención con enfermeras expertas para el manejo de pacientes con alto riesgo.
- c) Implementa el protocolo basado en la evidencia, según guías de manejo nacional para insuficiencia cardiaca con un enfoque integral y terapias asociadas a sus comorbilidades.

El protocolo de visitas consistió en: a) Una visita inicial por la enfermera de practica avanzada 24 horas posterior al ingreso hospitalario. Allí se usan instrumentos para conocer la naturaleza, gravedad y duración de la enfermedad, las comorbilidades, estado de salud, además de habilidades y conductas de salud del paciente, b) Visitas de seguimiento al menos una vez al día durante su

hospitalización, c) Al menos 8 visitas domiciliarias por parte de la enfermera de practica avanzada en forma semanal durante el primer mes que coincidían con seguimiento del médico tratante, d) Visitas bimensuales durante el segundo y tercer mes, e) Visitas adicionales según las necesidades del paciente, con disponibilidad telefónica toda la semana en el horario de 8 a.m. a 8 p.m. Se reclutaron enfermeras con maestría y experiencia en el manejo del adulto mayor; recibieron capacitación y orientación durante 2 meses para desarrollar el programa, incorporaron competencias para reconocer y tratar episodios agudos de insuficiencia cardiaca. Con los casos desafiantes, tenían apoyo del equipo multidisciplinario ofrecido por emails o por teléfono.

7.2.3.2 ¿Cuáles son los atributos, factores, componentes y taxonomías del modelo?

7.2.3.2.1 Modelo de Atención Multidisciplinario / Interdisciplinario

El modelo señala que una intervención planificada para el alta de un paciente adulto mayor hospitalizado requiere de los siguientes **componentes**:

- a) Evaluación geriátrica (Holland & Bowles, 2012).
- b) Preparación para el alta: incluye educación y enseñanza del autocontrol para manejar la medicación, desarrollo de habilidades para el autocuidado, manejo de síntomas, y comunicación efectiva con el equipo multidisciplinario (Laugaland, Aase & Barach, 2012).
- c) Participación del paciente o del cuidador en la planificación del alta y en la toma de decisiones relacionadas con el destino del alta (Bull, Hansen & Gross, 2000) (Thompson, 2007) (Foss & Askautrud, 2010).

d) continuidad de la atención; esta incluye coordinación y comunicación efectiva con el personal hospitalario, proveedores de atención médica, atención primaria, coordinación del alta del paciente, plan de transición, gestión de las necesidades de transición y posteriores al alta (Allen, Ottmann & Roberts. 2012) (Cramton, 2001).

e) Evaluación del día del alta: incluye en la planificación la conciliación medicamentosa, y la explicación al paciente y su cuidador sobre el plan de alta. (Naylor, Feldman, Keating, Koren & Kurtzman, 2009).

f) Seguimiento posterior al alta: incluye visita domiciliaria y llamadas telefónicas (Naylor, 2002).

7.2.3.2.2 Modelo de Transiciones de Cuidado de Coleman

Este modelo se centra en el paciente y su cuidador, el papel de la transición exige entrenamiento en la gestión para facilitar el alta hacia su domicilio, se fundamenta en 4 pilares o componentes: 1) Autogestión o asistencia para el autocontrol de la medicación, 2) Registro centrado en el paciente, el cual es ingresado por el paciente para facilitar transferencia de información, 3) Seguimiento oportuno con atención primaria o especializada, 4) Indicadores de empeoramiento (lista de señales de alerta que indican empeoramiento de la condición (Coleman, Parry, Chalmers & Min, 2006, p.219).

7.2.3.2.3 Modelo de Atención de Transiciones de Cuidado de Naylor

Este modelo tiene 6 componentes clave: 1) Evaluación en el hospital y desarrollo de un plan de alta elaborado por una enfermera de transición de cuidado o enfermera de practica avanzada (APN)

o, enfermera gerontóloga. 2) Preparación del alta por un equipo de atención multidisciplinaria. 3) Participación del paciente en el proceso de alta: incluye, comunicación entre este y el personal de enfermería para establecer el proceso de salida y tomar decisiones respecto a la educación a recibir. 4) Continuidad de la atención en salud (cuidado de la salud) y comunicación entre los proveedores de la atención médica. 5) Evaluación previa al alta hospitalaria. 6) Seguimiento posterior al alta hospitalaria. Este modelo reconoce el valor de la familia en el proceso del alta hospitalaria; los cuidadores del adulto mayor apoyan la planificación, son la primera línea de acción y atención ante problemas que pueda presentar el paciente (Popejoy, Moylan & Galambos, 2019), estos establecen condiciones para recuperar y reducir el riesgo de reingreso hospitalario (Levine, Halper, Peist & Gould, 2010).

7.2.3.3 ¿Cómo influencia el modelo de gestión al trabajador de la salud y al usuario de atención?

7.2.3.3.1 Modelo de Atención Multidisciplinario / Interdisciplinario

Un ejemplo de este tipo de modelo, fue ejecutado por Anttila y colaboradores (2000), quienes establecieron un programa de seguimiento posterior al alta dirigido al adulto mayor, su estrategia consistió en animar a los cuidadores y a los pacientes a visitar la clínica ambulatoria cuando lo consideraran pertinente y necesario, además, se les informó sobre el manejo de la medicación y la cita de control, las enfermeras domiciliarias estaban atentas a la llegada del paciente a su residencia por lo que, seguidamente realizaban visitas y establecían asesoramiento según sus necesidades. La medición de la efectividad del programa se estableció por estudio de costos donde compararon la

disminución de estos en el grupo de intervención (52%) y el grupo control (24%), sin embargo, no se presentó diferencia respecto a los ingresos a la atención permanente ofrecida por enfermería (Anttila, Huhtala, Pekurinen, & Pitka, 2000). El modelo de gestión reconocido como Geri-FITT o equipo de transición interdisciplinario flotante geriátrico, está diseñado como un programa para mejorar la atención hospitalaria en adultos mayores que transitan hacia una atención posterior en su hogar o en otros entornos. Con este modelo desarrolla una mejor transición y se siente satisfecho con la atención, porque el grupo especializado en geriatría que le atiende, brinda un mejor manejo a sus síndromes relacionados con el envejecimiento. Un beneficio es reducir la posibilidad de readmisión hospitalaria y el seguimiento a la conciliación farmacológica que minimiza los eventos adversos de tipo medicamentoso. El modelo afecta el conocimiento, las actitudes y habilidades de los trabajadores de salud en el hospital, porque el grupo que lo atiende lidera el proceso, mantiene comunicación efectiva con proveedores hospitalarios, esa comunicación permite que trabajadores de la salud aprendan tópicos sobre el envejecimiento y los empodera a brindar atención óptima.

7.2.3.3.2 Modelo de Transiciones de Cuidado de Coleman

Según lo registrado por Mabire y colaboradores, cuatro estudios valoraron la satisfacción del usuario con las medidas de transición de la atención de cuidado de Coleman, de estos, dos estudios identificaron la satisfacción del modelo aplicado a la transición en el hogar. Estos son:

a) En el estudio de Arbaje y colaboradores se informa que a menudo los adultos mayores hospitalizados reciben atención subóptima en salud, a pesar de que la calidad de atención se incrementa, parece que los resultados a pesar de tal esfuerzo no son los mejores. En apariencia, la

atención de transición reduce reingresos hospitalarios y costos de atención médica, por lo que resulta importante fomentar la autogestión del paciente y la comunicación eficaz con los proveedores de atención primaria, facilitando el seguimiento posterior al alta, con esto, la satisfacción del usuario se incrementa (Arbaje, Maron, Yu, Wendel, Tanner & Boult, 2010).

b) En el estudio de Dedhia y colaboradores, donde se siguió a 277 pacientes en el periodo previo a la intervención, y de estos 185 fueron intervenidos con el modelo de Coleman, lo que significó un incremento del 68 al 89% respecto a la satisfacción del usuario, además el reingreso en los tres días posteriores al alta fue menor en el periodo de intervención y a los 30 días el reingreso presentó tasas bajas, con menos visitas al médico, por lo que el estudio concluyó que se deben tener en cuenta las necesidades de los adultos mayores para mejorar los resultados sanitarios (Dedhia, Kravet, Bulger, Hinson, Sridharan, Kolodner & otros, 2009). La estrategia de la intervención de Coleman consiste en establecer un objetivo, realizar una visita al adulto durante su hospitalización y una visita domiciliaria días posteriores a su egreso, además de un seguimiento telefónico para confirmar el manejo de medicamentos y medidas de autocuidado además de conciliar visitas a necesidad. El modelo de Coleman no informa sobre la influencia del modelo sobre el trabajador, pero, se presume alto sentido de pertenencia para alcanzar metas hospitalarias con el paciente, ejecutando su trabajo como si fuera un asesor experto.

7.2.3.3.3 Modelo de Atención de Transiciones de Cuidado de Naylor

En este modelo, el paciente y su cuidador familiar participan en la planificación del alta, en la toma de decisiones y en el proceso de educación basado en sus necesidades; el principal beneficiado es

el paciente (adulto mayor), puesto que su familia potencializa el cuidado luego de la salida hospitalaria. La familia es la primera línea de defensa y barrera de seguridad para establecer cuidados posteriores en el hogar (Popejoy, Moylan & Glambos, 2019, p. 943) además, con su apoyo posiblemente se reduce el riesgo de reingreso hospitalario (Levine, Halper, Peist & Gould, 2010).

Respecto a la implicación en el trabajador de la salud, este modelo le exige principalmente a la enfermera de practica avanzada un gran compromiso para alcanzar los objetivos de manejo del paciente, por ello, debe cumplir estándares y debe mantener comunicación con el equipo de salud en forma interdisciplinaria. El trabajar en este modelo, le provee a la enfermera un mayor conocimiento sobre el paciente y le genera una mejor y más estrecha relación con este y su familia, tanto en el contexto hospitalario como ambulatorio.

Tabla 7. Resumen Modelo Asistencial para la Planificación del Alta

| Autor, título | Enfoque estratégico | Muestra y configuración | Modelo de Gestión Hospitalaria | Atributos, Factores, Componentes | Modelos de Gestión Hospitalaria Incluidos en el Modelo Asistencial Planificación del Alta. |
|---|---|--|---|---|--|
| <p>Dwyer, A. Mabire, C. Dwyer, A. Garnier, A. Pellet, J. (2016). Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and implementation Reports. 217-260.</p> | <p>Revisión sistemática sobre la efectividad de intervenciones en la planificación del alta y los resultados de la salud.</p> <p>La intervención se centró en los componentes del modelo de atención de transición de Naylor.</p> | <p>Revisión en 13 bases de datos de estudios publicados entre 2000-2015. La calidad metodológica fue realizada por dos revisores independientes con instrumentos estandarizados (metaanálisis y evaluación del Instituto Joanna Briggs (JBI-MAStARI).</p> <p>Se identificaron 33 artículos y se incorporaron 13 estudios que incorporaban grupos (control e intervención). Participaron 3964 adultos con edad promedio de 77 años.</p> | <p>Modelo Asistencial Planificación del Alta</p> | <p>Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación geriátrica precoz - Preparación del alta: educación/enseñanza para autocontrol de medicamentos, desarrollo habilidades de autocuidado, manejo de síntomas, comunicación efectiva y multidisciplinaria - Participación del paciente y de los cuidadores en la planificación del alta, toma de decisiones. - Continuidad de la atención (coordinación y comunicación efectiva entre personal asistencial, proveedores de atención médica, atención primaria, plan de transición, gestión de necesidades. - Evaluación del día del alta (conciliación medicamentosa, explicación al paciente sobre conductas a seguir). - Seguimiento posterior al alta (visitas/ seguimiento de atención domiciliaria, llamadas telefónicas de seguimiento). | <p>Modelo de atención multidisciplinaria/interdisciplinaria</p> <hr/> <p>Modelo programa de transiciones de cuidados de Coleman</p> <hr/> <p>Modelo de atención de transición de cuidados de Naylor</p> |

Fuente: Elaboración propia, realizada a partir de la revisión de la literatura.

Tabla 8. Resumen Modelos Asistenciales Planificación del Alta (Multidisciplinario, Coleman, Naylor)

| Autor, título | Nombre del Modelo de Gestión | Modelos de Gestión Hospitalaria Incluidos en el Modelo Asistencial Planificación del Alta. | Autor, título | Enfoque Estratégico | Muestra y Configuración | Atributos, Factores, Componentes | Influencia | |
|--|---|--|---|--|---|---|--|---|
| | | | | | | | Al trabajador de la salud | Al usuario del servicio de salud |
| <p>Mabire, C. Dwyer, A. Garnier, A. Pellet, J. (2016). Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 217-260</p> | <p>Modelo Asistencial Planificación del Alta</p> | <p>Modelo de atención multidisciplinario / interdisciplinario</p> | <p>Arbaje, AI. Maron, DD Yu, Q. Wendel, VI. Tanner, E. Boulton, Ch. Eubank, K. Durso, SC. (2010). The Geriatric Floating Interdisciplinary Transition Team. Journal American Geriatrics Society (JAGS). 58:364-370.</p> | <p>Artículo de investigación científica, resultado de una cohorte piloto de un programa de atención denominado Geri-FITT (equipo de transición interdisciplinario flotante Geriátrico) combina la evaluación geriátrica hospitalaria y los modelos de co-gestión y atención de transición.</p> | <p>Ingresaron al estudio 269 participantes (118 al grupo control y 151 al grupo de intervención Geri-FITT).</p> | <p>Objetivos: -Mejorar calidad de atención hospitalaria - mejorar la seguridad del paciente y eficiencia transición de cuidados -mejorar conocimientos, habilidades y actitudes geriátricas de médicos y enfermeras de pacientes hospitalizados. Componentes: -Seguimiento hospitalario y ambulatorio -elaboración de plan de cuidados -mediación por comunicación escrita y telefónica -educación al paciente y su familia -educación al personal de salud hospitalario.</p> | <p>Afecta favorablemente los conocimientos, actitudes y habilidades del personal de la salud que atiende pacientes adultos mayores a nivel hospitalario.</p> <p>Se favorece la co-gestión entre el servicio hospitalario y expertos en el manejo de patologías del adulto mayor.</p> | <p>El modelo está diseñado para mejorar la atención hospitalaria de adultos mayores y su transición a entornos posagudos.</p> <p>El paciente realiza una mejor transición hacia medios ambulatorios y se siente satisfecho con la atención.</p> <p>Al paciente se le brinda un mejor manejo de sus síndromes por edad.</p> <p>El usuario reduce la estancia hospitalaria, reconoce y minimiza riesgos y eventos adversos y por lo tanto, reingresos por complicaciones.</p> |
| | | <p>Modelo Programa de Transiciones de Cuidados de Coleman</p> | <p>Coleman, EA. Parry, C. Chalmers, S. Min, SJ. (2006). The Care Transitions Intervention. Results of a Randomized Controlled Trial. Arch Intern Med. 166: 1822-1828.</p> | <p>Artículo de investigación científica que muestra estudio randomizado controlado sobre la intervención de un modelo de transición de alta.</p> | <p>Ingresaron al estudio 712 participantes, distribuidos en grupo control con 352 participantes y grupo intervención con 360.</p> | <p>Pilares: -Autogestión de la medicación. -Registro centrado en el paciente. -Seguimiento de Indicadores de empeoramiento Mecanismos: -registro salud personal -visitas y seguimiento telefónico con un entrenador de transición.</p> | <p>Le exige cumplir estándares a la enfermera avanzada de practica bajo el concepto de asesor.</p> | <p>Le ofrece al cuidador y al paciente herramientas y permite el desarrollo de habilidades para establecer un autocuidado.</p> <p>Reduce los reingresos hospitalarios y a nivel ambulatorio evita los eventos adversos medicamentosos por falta de conciliación entre estos.</p> |
| | | <p>Naylor, MD. Brooten, D. Campbell, RL. Maisling, G. Schwartz JS. (2004).</p> | <p>Artículo de investigación científica resultado de un ensayo</p> | <p>Ingresaron al estudio 239 pacientes, de los</p> | <p>Componentes:</p> | <p>A la enfermera de practica avanzada, este modelo le exige</p> | <p>Favorece al paciente y a su familia porque los</p> | |

Modelos de Gestión Hospitalaria y su influencia en la
Calidad de la Atención al Usuario del Servicio de Salud

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|---|---|
| | | <p>Modelo de Atención de transición de cuidados de Naylor</p> | <p>Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled Trial. J Am Geriatr Soc. 52 (5): 675-684.</p> | <p>clínico controlado aleatorizado que examina la efectividad de un modelo de atención de transición entre la hospitalización y el alta, acompañado de seguimiento por enfermera de practica avanzada durante 52 semanas y aplicación de protocolo estandarizado de atención.</p> | <p>cuales 118 pertenecieron al grupo de intervención y 121 al grupo control.</p> | <p>-Evaluación en el hospital y desarrollo de un plan de transición -preparación del alta por equipo multidisciplinar -inclusión del paciente y su cuidado en el proceso de transición. -continuidad de la atención con proveedor de salud -evaluación del paciente, previa al alta -seguimiento posterior al alta hospitalaria.</p> | <p>cumplir estándares y trabajar interdisciplinariamente</p> <p>Le permite tener mayor conocimiento del paciente y genera una relación de seguimiento estrecha.</p> | <p>incluye en el autocuidado.</p> <p>El cuidado de la salud parte de la identificación individual de necesidades.</p> <p>El paciente recibe visitas a domicilio y controles sobre sus necesidades en salud.</p> |
|--|--|--|--|---|--|--|---|---|

Fuente: Elaboración propia, realizada a partir de la revisión de la literatura

7.2.4 Modelos de Prestación Culturalmente Apropriados

7.2.4.1 ¿En qué consiste el modelo?

El Modelo de Prestación Culturalmente Apropriado, está dirigido a cualquier tipo de ser humano en contextos de desarrollo propio o extraño, cuya premisa principal es tener en cuenta las características culturales del individuo, respetar sus derechos humanos sobre asistencia en salud y proveer calidad en la atención, reduciendo los eventos adversos consecuencia de dificultades en la comprensión a causas lingüísticas, culturales, sociales, o económicas.

En este modelo, el trabajador de la salud enfrenta múltiples dificultades éticas y legales durante la atención en salud, especialmente a personas migrantes, por lo que este necesita formación y educación para comprender su deber ser y el deber legal de cumplir con políticas públicas donde presta sus servicios. Se encontraron dos revisiones sistemáticas de la literatura que apoyan el modelo de prestación culturalmente apropiado. Los autores e intencionalidad de estudio se describen en las tablas 9 y 10 y se muestran a continuación:

- a) Mbuzi y colaboradores (2018), estudiaron la carga de enfermedad cardiovascular de población indígena australiana en un modelo asistencial remoto.

- b) Suphanchaimat y colaboradores (2015), muestra un modelo de provisión de servicios de salud para migrantes.

Tabla 9. Resumen Modelo de Atención Culturalmente Apropriados

| Modelo de Gestión Hospitalaria | Definición del modelo | Modelos de Gestión Hospitalaria Incluidos | Autores/ Título |
|---|---|--|---|
| Modelo de Atención Culturalmente Apropriados | Es un modelo de atención en salud, dirigido a pacientes con cualquier tipo de enfermedad, en contextos de desarrollo propios (su hábitat) o ajenos (otros países) para ser ofrecido por profesionales de la salud en un sistema de salud específico del país. | Modelo de Prestación Culturalmente apropiado (Dirigido a la población indígena australiana) | Mbuzi, V. Fulbrook, P. Jessup, M. (2018). Effectiveness of programs to promote cardiovascular health of indigenous Australians: a systematic review. <i>International Journal for Equity in Health.</i> 17:153. |
| | Este modelo exige que la intervención en salud cumpla con mínimos de calidad y se respete los derechos humanos del usuario. | Modelo de Prestación Culturalmente apropiado (Dirigido a Migrantes) | Suphanchaimat, R. Kantaturapoj, K Putthasri, W. Prakongsai, P. (2015). Challenges In the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. <i>BMC Health Services Research.</i> 15:390 |

Fuente: Elaboración propia, realizada a partir de la revisión de la literatura.

7.2.4.1.1 Modelo de Atención Culturalmente Apropriado (población indígena australiana)

Mbuzi y colaboradores (2019), reconocen que los indígenas australianos llevan una mayor carga de enfermedad cardiovascular que otros australianos, por tal motivo, realizaron una revisión sistemática de la literatura entre 2008 a 2017, cuyo objetivo fue examinar la evidencia de la efectividad de programas cardiovasculares para indígenas australianos, se identificaron intervenciones y programas dirigidos a esta población. Los estudios incluidos se valoraron por listas de verificación de evaluación crítica de Joanna Briggs Institute propias para el diseño. Se identificaron en las bases de datos un total de 724 estudios y solo se incluyeron ocho estudios que se caracterizaron por ser programas integrados en servicios existentes con provisión de modelo de prestación culturalmente apropiado. Los programas presentaron intervenciones basadas en puntos de vista dominantes y carecían de estrategias que integraran conocimientos tradicionales con la prestación del servicio de salud. Se concluyó que existen pocos programas de salud cardiovascular

diseñados para indígenas australianos. Los estudios incluidos mostraron calidad metodológica satisfactoria, las intervenciones fueron diversas implementadas en variedad de entornos de atención médica. La evidencia limitada mostró que las intervenciones dirigidas a las comunidades indígenas para la salud cardiovascular y controlar los factores de riesgo relacionados podrían ser efectivas (Mbuzi, Fulbrook & Jessup, 2018). Los estudios valorados por Mbuzi y colaboradores, eran heterogéneos respecto a programas y el contexto de salud cardiovascular. Se encontró un estudio en Nueva Gales del Sur (Davidson, DiGiacomo, Abbott, Zecchin & otros, 2008), un estudio en Nueva Gales del sur y Queensland (Peiris, Panaretto, Harris & otros, 2015), dos estudios en el territorio del Norte (Burgess, Sinclair, Ramian, Coffey & otros, 2015) (Burgess, Baile, Connor, Chenhall, & otros, 2011), un estudio en Australia meridional (Canuto, Cargo, Li, D'Onise, Esterman & McDermott, 2012), un estudio en Tasmania (Davey, Moore & Walters, 2014), un estudio en Victoria (Daws, Punch, Winters, Posenelli, & et al. 2014) y un estudio en Australia Occidental (Dimer, Dowling, Jones, Cheetham, & et al 2013). Los entornos donde se ofrecieron los servicios fueron: servicios médicos para aborígenes, servicios en áreas metropolitanas, y de atención primaria para la prevención, manejo o tratamiento y rehabilitación.

7.2.4.1.2 Modelo de Atención Culturalmente Apropriado (población migrante)

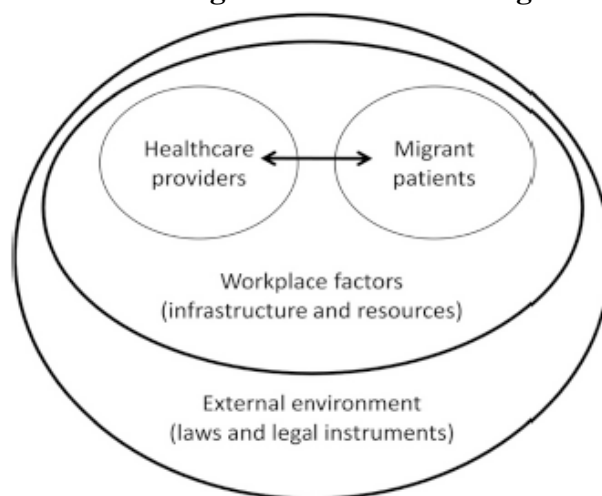
La revisión sistemática de Suphanchaimat, Kantamaturapoj, Putthasri y Prakongsai (2015), muestra un modelo de provisión de servicios de salud para migrantes ubicados en la categoría de modelo de prestación culturalmente apropiado (ver Ilustración 3), en este se señala que, según el informe sobre migraciones en el mundo emitido por la Organización Internacional para las migraciones (IOM por sus siglas en inglés), casi 3% de la población mundial es migrante, los

destinos más apetecidos son América del norte, central, sur y el caribe (IOM, 2010), este fenómeno ha afectado a Europa (Trummer, Zezula & Metzler, 2010) (Biswas, Kristiansen, Krasnik & Norredam, 2011). El fenómeno de la migración genera alta demanda en salud, los países reorientan políticas en salud para su protección (Macpherson, Gushulak & MacDonald, 2007).

El fenómeno mundial de la migración ha sido tratado en actividades y reuniones internacionales de muy alto nivel en salud como la Comisión Global sobre Migración Internacional de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGA, 2006), la junta de coordinación del programa (PCB), del programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/ SIDA (ONUSIDA). La salud para los migrantes ha requerido implementar estrategias internacionales para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, incluyendo la atención específica para manejo de la enfermedad (UNAIDS, 2009), incluyendo a las poblaciones de minorías étnicas según lo establecido en 2014 por la Asociación Europea de Salud Pública (WHO, EUPHA, 2014). La OMS ha trabajado en el tema de salud de los migrantes mediante resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (WHR por sus siglas en inglés) entre las que se destacan la Resolución WHR60.26 -sobre salud de los trabajadores, plan de acción global- (WHO, 2007, p.8) y la WHR61.17 -sobre salud de los migrantes-, con estas se sugiere a los Estados miembros políticas y prácticas en salud dirigidas a los migrantes (WHO, 2008, p.3). La salud de los migrantes es un desafío mundial importante, porque la migración incluye aspectos como la situación migratoria (legal e indocumentada), (Malmusi, Borrell & Benach, 2010), el entorno de los países destino y los determinantes sociales del migrante (entre estos, rol de género, diversidad cultural, situación legal entre otros) (Spallek, Zeeb & Razum, 2011).

Es poca la literatura que explora la salud y percepción de los migrantes (De Maio, 2010), (Almeida, Caldas, Ayres & otros, 2013), (Brewin, Jones, Kelly & otros, 2006). Suphanchaimat y colaboradores (2015), en una revisión sistemática que identificó las percepciones y prácticas de los proveedores de salud en la gestión de la atención de los migrantes, informó que las percepciones, actitudes y prácticas de los profesionales que brindan servicios a los migrantes estaban influenciadas por factores como las creencias culturales y diferencias lingüísticas que dificultaban la relación entre el proveedor de salud y la satisfacción de necesidades, en muchas oportunidades se requería de intérpretes. La capacidad institucional limitada en términos de tiempo, recursos y asistencia interpretativa afectaban la identificación de diagnósticos precisos, existía además temor a que se percibiera algo de racismo en la relación. La ética profesional se orienta a proteger los intereses de los pacientes. Varias veces el proveedor de la salud contradecía mandatos legales que restringían el derecho a la salud de migrantes.

Ilustración 3. Modelo de Atención dirigido a la Población Migrante



Fuente: tomado de Suphanchaimat, Kantamaturapoj, Putthasri & Prakongsai (2015), p.4. Modelo

basado en el concepto de Ferlie & Shortell.

7.2.4.2 ¿Cuáles son los atributos, factores, componentes y taxonomías del modelo?

7.2.4.2.1 Modelo de Atención Culturalmente Apropriado (población indígena australiana)

El estudio de Mbuzi y colaboradores (2019) no mostró los componentes del modelo utilizado, sin embargo, al revisar la estrategia central de los estudios incluidos se determinó que los conceptos de prevención, y rehabilitación fueron los elementos más característicos, por lo que se deduce que el modelo incluye los aspectos generales de cualquier programa, que contiene en su interior un plan nutricional y de ejercicio que caracterizó a dos estudios (Canuto, Cargo, D`Onise & McDermott, 2012) (Davey, Moore & Walters, 2014).

7.2.4.2.2 Modelo de Atención Culturalmente Apropriado (población migrante)

En la revisión sistemática de Suphanchaimat y colaboradores (2015), se informa sobre el modelo de cuatro niveles del sistema de atención de la salud de Ferlie y Shortell (2001), sugiere que el éxito de la prestación de una atención en salud depende del desempeño y la integración del sistema de salud en sus diferentes niveles. Los niveles (**componentes**) son:

- a) Nivel individual
- b) Nivel del equipo de atención
- c) Nivel organizacional (incluye lugar de trabajo, hogar de ancianos, hospital, infraestructura y recursos complementarios)
- d) Nivel social (marco legal, economía del país, valor cultural).

Suphanchaimat y colaboradores (2015) en su revisión sistemática tuvieron en cuenta la interacción entre los proveedores de atención médica con: a) los migrantes, b) el contexto del lugar de trabajo, c) influencia con factores externos (régimen legal y de regulación del derecho).

En el nivel individual de la interacción del personal con pacientes inmigrantes, demostró desafíos lingüísticos y culturales, falta de conocimiento de los migrantes sobre el sistema de salud del país de acogida (Abbott & Riga, 2007) (Hakonsen, Lees & Toverud, 2014) (Otero, Goicolea, Gea & Sanz, 2013) (Perget, Ekblad, Enskär & Björk, 2008) (Suurmond, Rupp, Seeleman & otros, 2013), (Terraza, Vásquez, Vargas & Lizana, 2011). Las dificultades obstaculizaron la comunicación con el proveedor del servicio de salud. Las barreras se relacionaban con creencias culturales como normas patriarcales de la cultura musulmana, por lo que había incapacidad médica para abordar enfermedades del migrante. El personal sanitario de atención primaria se mostraba reacio a ahondar más allá de la enfermedad física, su práctica fue directa y superficial. No se identificaban enfermedades ocultas como el estrés o trastornos en salud mental ni en las experiencias traumáticas del migrante en su país de origen.

7.2.4.3 ¿Cómo influencia el modelo de gestión al trabajador de la salud y al usuario de atención?

7.2.4.3.1 Modelo de Atención Culturalmente Apropriado (población indígena australiana)

Los resultados de la revisión sistemática de la literatura de Mbuji y colaboradores señala que, en Australia, el servicio de salud dirigido a los Indígenas indica que se debe incluir y sensibilizar

culturalmente al trabajador de la salud y al sistema de salud mediante la implementación de programas destinados a trabajar sobre enfermedades cardiovasculares. El trabajar con inclusividad exige desarrollar intervenciones sostenibles mediante un modelo de atención que gestione la satisfacción y las necesidades de los pueblos indígenas. La implicación profesional exige formación y educación respecto a mejorar la comprensión y en la construcción de relaciones con significado en equipos de trabajo. Por su parte, con la implementación de estos programas, el Aborigen australiano mejora su percepción sobre el sistema de salud y establece alternativas de autocuidado (Mbuzi, Fulbrook & Jessup, 2018).

7.2.4.3.2 Modelo de Atención Culturalmente Apropriado (población migrante)

En el informe de Suphanchaimat y colaboradores (2015), se señala que, algunos de los proveedores de la salud ignoraban parcialmente la precaria situación jurídica del inmigrante y usaban varias tácticas para mantener su práctica clínica funcional según los preceptos de la profesión. La prestación de los cuidados culturalmente sensibles fue compleja, el desafío de atender a un migrante transfronterizo no se puede superar a menos que existan políticas sensibles que incorporen una capacidad institucional suficiente y un entorno de atención propicio (Suphanchaimat, Kantamaturapoj, Putthasri & Prakongsai, 2015). Algunos estudios identificaron barreras idiomáticas en las enfermeras de salas de emergencias psiquiátrica, por ello, las historias clínicas de los pacientes eran menos complejas y así se evitaba ahondar en las experiencias traumáticas de los migrantes en su país de origen (Rosemberg, 2006) (Hultsjö & Hjelm, 2005). En los servicios de urgencias, al ser el tratamiento más directo, las diferencias culturales y lingüísticas no afectaron la atención (Dauvrin, Lorant, Sandhu & otros, 2012). Los intérpretes masculinos a menudo no

comprendieron las necesidades de mujeres migrantes que recibieron atención de maternidad (Lyberg, Viken, Haruma & Severinsson, 2012) (Karl, Novak & Metzler, 2010).

Respecto al trato recibido, las enfermeras informaron que percibían en su contra, falta de respeto de parte de algunos inmigrantes, en tanto que otros desconfiaban del personal de la salud (Hoye, & Severinsson, 2008), (Englund & Rydström, 2012). Esta situación había generado en los proveedores de atención un temor que fueran acusados de racismo si cometían involuntariamente errores culturales en su práctica clínica (Manirankunda, Loos, Debackaere & Nöstlinger, 2012) (Worth, Irshad, Bhopal & otros, 2009), la desconfianza hacia los profesionales de la salud se incrementó por falta de familiaridad de los inmigrantes con el sistema de salud (Englund & Rydström, 2012) (O'Mahony & Donnelly, 2007), (Sandhu, Bjerre, Dauvrin & otros, 2013).

En el nivel de organización de los proveedores y lugares de trabajo, la mayoría de los participantes informaron preocupación por las limitaciones relacionadas con la carga de trabajo, el recurso humano insuficiente y la capacidad institucional restringida, situación que era más evidente por la escasez de personal capacitado en psicoterapia en las unidades de atención de salud mental en Europa (Strabmayr, Matanov, Priebe & otros, 2012) (Akhavan & Midwives, 2012) (Hultsjö & Hjelm, 2005). La falta de disponibilidad de servicios de interpretación no garantizaba la calidad en la atención a pesar de que estos eran brindado en forma presencial o telefónica. Cuando el servicio de interpretación existía este consumía tiempo (Akhavan & Midwives, 2012) (Farley, Askew & Kay, 2014), especialmente en situaciones de urgencia, lo que incrementaba la carga en el trabajo del personal de enfermería (Lindsay, King, Klassen & otros, 2012).

La falta de intérpretes y de diversidad en los orígenes étnicos del personal sanitario fue un obstáculo en la prestación de atención intercultural (Nicholas, Hendson & Reis, 2014). Una solución para resolver este problema era contratar personal que sirviera de intermediario cultural, esto es, que fuera puente entre las necesidades de los migrantes y la comprensión de los proveedores de atención médica. La mayoría de los participantes trabajaban en un lugar donde las pautas de prestación de servicios en ocasiones contradecían o no coincidían con las actitudes y creencias de los migrantes (Foley, 2005), (Fowler, Redwood, Molinaro & otros, 2005), además, algunas salas de urgencias estaban abarrotadas y con familiares de migrantes que exigían atención (Hoye & Severinsson, 2008), algunas prácticas de rutina fueron modificadas o adaptadas por el personal de la salud para beneficiar al migrante. El estrés del personal sanitario se incrementó por desajustes entre pautas de servicios de rutina y creencias de los migrantes; los ginecólogos noruegos se sintieron presionados al brindar atención a mujeres africanas embarazadas que habían tenido infibulación, por lo que decidían mejor hacer cesárea (Vangen, Johansen, Sundby & otros, 2004).

En el nivel de Interacción con leyes, estándares profesionales y sistema de salud del país anfitrión, se identificó que las normas profesionales influyen en el comportamiento y la actitud de los proveedores de atención. En lugares donde la política de acceso universal es abierta para todos incluidos los migrantes, las prácticas en salud eran más laxas, porque las leyes en parte flexibles otorgan al migrante, el derecho a la atención médica, aunque esto no garantiza acceso a la atención real, puesto que las cargas financieras y administrativas limitan el derecho a la atención, especialmente cuando el inmigrante es indocumentado (Donnelly & McKellin, 2007) (Eklof, Hupli & Leino, 2015) (Foley, 2005), (Munro, Jarvis, Kong & otros, 2013). En países donde la política restringe el acceso a la atención médica a inmigrantes indocumentados, la mayoría de profesionales

de la salud no se sentían obligados a informar a las autoridades sobre la presencia de personal ilegales (Dauvrin, Lorant, Sandhu & otros, 2012), lo cual se debía a conceptos filantrópicos por considerar al migrante vulnerable (Goldade & Okuyemi, 2012), además, los proveedores de la salud utilizaban redes informales para superar barreras administrativas y de derivación de servicios, debido a que las ONG no estaban tan sujetas a reglas y procedimientos de autoridades gubernamentales (Strabmayr, Matanov, Priebe & otros, 2012).

Modelos de Gestión Hospitalaria y su influencia en la
Calidad de la Atención al Usuario del Servicio de Salud

Tabla 10. Resumen Modelo de Prestación Culturalmente Apropriados

| Autor, título | Enfoque estratégico | Muestra y configuración | Modelo de Gestión Hospitalaria | Atributos, Factores, Componentes | Influencia | |
|---|---|---|---|--|--|--|
| | | | | | Al trabajador de la salud | Al usuario del servicio de salud |
| Mbuzi, V. Fulbrook, P. Jessup, M. (2018). Effectiveness of programs to promote cardiovascular health of indigenous Australians: a systematic review. International Journal for Equity in Health. 17:153. | Revisión sistemática en CINAHL, PsycINFO, Scopus, Web of Science, estudios 2008-2017 de programas dirigidos a comunidad indígena Australiana. | 8 estudios incluidos que mostraban programas de atención dirigidos a comunidad indígena australiana que integraba servicios y programas, en modelos de prestación cultural. | Modelo de prestación culturalmente apropiado: (dirigido a población indígena de Australia) | Componentes: -Intervenciones en salud para la prevención de la enfermedad y rehabilitación de la enfermedad como aspecto importante de la estrategia. | El modelo sensibiliza culturalmente al proveedor de la salud para comprender la necesidad del usuario. El profesional requiere de formación y educación para comprender las necesidades del usuario | El usuario del servicio de salud se siente satisfecho por el contacto y seguimiento entre este y el sistema de salud. |
| Suphanchaimat, R. Kantaturapoj, K. Putthasri, W. Prakongsai, P. (2015). Challenges In the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. BMC Health Services Research. 15:390 | Revisión sistemática del modelo de atención en salud para migrantes, en bases de datos Medline, Embase y Scopus | 203 artículos recuperados (41 Medline, 59 Embase, 103 Scopus). 184 artículos para revisión de resumen y 37 artículos seleccionados | Modelo de prestación culturalmente apropiado (dirigido a población migrante legal e indocumentada) | Componentes o niveles: -nivel individual -nivel del equipo de atención -nivel organizacional (infraestructura, recursos complementarios, incluye el lugar de la atención). -nivel social (marcos legales, económicos y culturales del país receptor). Componente interacción con el proveedor de la atención médica: a) Característica del migrante b) Contexto del lugar de trabajo del proveedor de asistencia médica c) Influencia de factores externos (legal, regulación del derecho) | El proveedor de la salud presenta conflicto ético entre su deontología profesional y el cumplimiento de normas legales de migración, que desajustan las pautas de rutina del servicio y afectan las creencias del usuario. Las barreras idiomáticas, lingüísticas y culturales entre el proveedor de la salud y el migrante condiciona la atención. Los proveedores de la salud presentan conflictos con los migrantes y su percepción es de irrespeto, porque estos no diferencian sus derechos y obligaciones con el sistema de salud del país receptor. A nivel organizacional la percepción de sobrecarga por recurso humano insuficiente y capacidad institucional restringida afecta la relación con el migrante. | Para establecer la identificación de la necesidad en salud del migrante, se requiere de un intermediario cultural e interprete lingüístico sin el cual el proveedor de la atención médica no puede actuar. |

Fuente: Elaboración propia, realizada a partir de la revisión de la literatura.

7.2.5 Modelo de Atención Multidisciplinar o, Modelo Integrado de Atención

7.2.5.1 ¿En qué consiste el modelo?

El modelo de atención multidisciplinar, también denominado modelo integrado de atención, se utiliza en clínicas especializadas donde participan varios profesionales de la salud (médicos especializados, enfermeras, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.), estos equipos favorecen las formas integradas de trabajo, proporcionando beneficios tanto al paciente como para el servicio (Mikocka, Andrews, Bernsteins & otros, 2012). El concepto multidisciplinario en este modelo significa que cada miembro del equipo agrega algo de su conocimiento y competencia al manejo de los pacientes y ellos interactúan para definir conductas (Choi, Pak, 2006). Se encontraron cuatro revisiones sistemáticas que apoyan el modelo integrado de atención (ver tabla 11). Los autores e intencionalidad de estudio se describen en la tabla 12 y se concreta a continuación:

- a) Fiorino y colaboradores (2019) buscaron establecer los estándares de cuidado para la enfermedad inflamatoria intestinal.
- b) Smith y colaboradores (2017) estudiaron la efectividad de intervenciones en salud para la enfermedad crónica combinando atención especializada con atención primaria en salud.
- c) Weeks y colaboradores (2016) compararon la efectividad de la prescripción médica versus la prescripción generada por profesionales de la salud diferentes al médico.

- d) Aitken y colaboradores (2018) evaluaron la sedación dirigida por protocolo comparándola con la atención habitual respecto a la duración de la ventilación mecánica en unidades de cuidado intensivo.

Tabla 11. Resumen Modelo de Atención Multidisciplinar o, Modelo Integrado de Atención

| Modelo de Gestión Hospitalaria | Definición del modelo | Modelos de Gestión Hospitalaria Incluidos | Autores/ Título |
|--|--|---|---|
| Modelo de Atención Multidisciplinar o, Modelo Integrado de Atención | Es un modelo de atención en salud, dirigido a pacientes con enfermedad crónica que se ofrece en clínicas y centros especializados de atención, donde varios profesionales de la salud integran su labor profesional interactuando en la definición de conductas. | Modelo de Atención para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal | Fiorino, G. Allocca, M. Chaparro, M. Coenen, S. Fidalgo, C. Younge, L. Gisbert, J. (2019). "Quality of Care" Standard in inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. <i>Journal of Crohn's and Colitis</i> . 127-137. |
| | | Modelo de Atención Combinado (atención especializada y atención primaria). | Smith, SM. Cousins, G. Clyne, B. Allwright, D. O'Dowd, T. (2017). Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long-term conditions. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . Issuer2. Art. No. CD004910. |
| | En este modelo una característica es la presencia de protocolos de atención para garantizar la calidad del cuidado en salud, en algunas ocasiones la atención médica es delegada a otros profesionales (enfermeras, farmacéuticos) mediante la integración colaborativa de procesos de prescripción. | Modelo de Prescripción Colaborativa. | Weeks, G. George, J. Maclure, K. Stewart, D. (2016). Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . Issue 11. Art. No. CD011227. |
| | Modelo de Prescripción Colaborativa Mediada por Protocolo. | Aitken, LM. Bucknall, T. Kent, B. Mitchell, M. Burmeister, E. Keogh, SL (2018). Protocol-directed sedation versus non-protocol-directed sedation in mechanically ventilated intensive care adults and children. <i>Cochrane Database of systematic Reviews</i> . Issue 11. Art. No. CD009771. | |

Fuente: Elaboración propia, realizada a partir de la revisión de la literatura.

7.2.5.1.1 Modelo de Atención para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

En una revisión sistemática realizada por Fiorino y colaboradores (2019), sobre estándares de cuidado para la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), se determinó que este tipo de patología requiere de un modelo de atención multidisciplinar para responder a la naturaleza crónica y progresiva de la enfermedad, al igual que para mejorar la oportunidad en la atención y la experiencia del paciente (Fiorino, Allocca, Chaparro, Coenen & otros, 2019) (ver tabla 12). La

literatura científica señala que en este modelo se pueden realizar actividades o acciones estructuradas para mejorar la calidad y la adherencia del paciente con enfermedad inflamatoria intestinal, entre ellas se identificó la valoración por gastroenterología y enfermería, revisión radiológica periódica, acompañamiento y seguimiento telefónico, gestión de citas por enfermería, entrega de folletos informativos en procesos educativos. Estas actividades, aunque importantes para los procesos de atención, no existen estudios que muestren diferencias significativas comparadas con procesos convencionales de atención (Greene, Sapir, Moreo, Carter & otros, 2015).

7.2.5.1.2 Modelo de Atención Combinado (Atención Especializada y Primaria en Salud).

Smith y colaboradores (2017), en una revisión sistemática, trataron de determinar la efectividad de las intervenciones de salud de la atención compartida para manejo de enfermedades crónicas mediante la atención primaria combinada con la atención especializada. El modelo de atención compartida genera beneficios para los proveedores de atención primaria y especializada e impacta en la atención de pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes y la depresión (Bartels, 2014) (ver tabla 12). La atención compartida se define como la participación conjunta de médicos de atención primaria y médicos de atención especializada en la prestación de atención planificada para pacientes con enfermedades crónicas usado para intercambiar información, mejorando las condiciones del paciente más allá del alta y de la derivación de rutina. (Hickman, Drummond & Grikshaw, 1994). La atención compartida o atención integrada, describe la atención colaborativa entre disciplinas dentro de un solo entorno hospitalario o comunitario.

7.2.5.1.3 Modelo de Prescripción Colaborativa

El modelo de prescripción colaborativa es un modelo de práctica profesional establecido en Nueva Zelanda y Australia desarrollado en un equipo multidisciplinario que incluye en la prescripción el concurso de profesionales diferentes al médico, el proceso se realiza desde la transcripción de ordenes (con o sin firma medica), la prescripción de medicamentos con dosis específicas cumpliendo protocolos de manejo, y la prescripción de un plan de manejo clínico que permite la elección de medicamentos y sus dosis correspondientes. Este modelo permite la prescripción independiente sin requerirse de consulta de prescripción por un médico (Weeks & Marriott, 2008), (Wheeler, Crump, Lee, Li & otros, 2012) (ver tabla 12). El modelo de prescripción colaborativa, se ha implantado en Australia por la Agencia de Regulación de Profesionales de la salud, y agencias en Canadá, Nueva Zelanda y Reino Unido han desarrollado marcos legales para la prescripción de medicamentos por profesionales de la salud no médicos (National Prescribing Centre -NPC-, 2012). El término prescripción no médica se originó en el Reino Unido y la define como aquella prescripción “realizada por enfermeras, optometristas, farmacéuticos, fisioterapeutas, podólogos y radiógrafos especialmente capacitados que trabajan dentro de su competencia clínica como prescriptores independientes o complementarios” (NPC, 2012).

7.2.5.1.4 Modelo de Prescripción Colaborativa Mediada por Protocolo.

La necesidad de sedación en pacientes críticamente enfermos es un componente vital para garantizar el tratamiento. La evidencia muestra que los requerimientos de sedación no se manejan de manera estandarizada ni óptima; la sedación subóptima, insuficiente y excesiva afectan la

duración de la estancia, la recuperación física y psicológica (Aitken, Bucknall, Kent & otros, 2018) (ver tabla 12). Las prácticas de sedación insuficiente conducen a pacientes agitados y afectados psicológicamente en su recuperación a largo plazo. Prácticas de sedación excesiva conducen a mayor estancia hospitalaria y recuperación deficiente (Mehta, McCullagh & Burry, 2009). El aumento en la mortalidad también ha sido registrado con estas prácticas (Shehabi, Chan, Kadiman & otros, 2013). La prescripción de la sedación, exige un protocolo de manejo (Brook, Ahrens, Shaif & otros, 1999) (Elliott, McKinley, Aitken & Hendrikz, 2006) (Quenot, Ladoire, Devoucoux, Doise & otros, 2007), el cual requiere de orden médica con detalles del fármaco, vía de administración, y escala de valoración (Curley, Harris, Fraser & otros, 2006) (Ely, Truman, Shintani & otros, 2003), en el protocolo se especifica el objetivo de manejo (cuan despierto debería estar), la forma de ajustar, administrar sedantes, suspenderlos y controlar interrupciones diarias. Respecto a la necesidad de sedación en cuidado intensivo, se ha identificado que el inadecuado manejo de la sedación, por falta de protocolos, afecta la salud psicológica. La sedación dirigida por protocolo es una estrategia para reducir sedación insuficiente o excesiva, es administrada por enfermera, farmacéutico u otro miembro quienes siguen procedimientos escritos en protocolo aprobado institucionalmente y dirigida por un médico.

7.2.5.2 ¿Cuáles son los atributos, factores, componentes y taxonomías del modelo?

7.2.5.2.1 Modelo de Atención para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

La atención de la EII, se resume en tres componentes o dominios relacionados con los estándares de calidad (estructura, proceso y resultado). La estructura, para una unidad de EII, incluye un

enfoque multidisciplinario acompañado de procesos para derivar a los pacientes mediante acceso a las rutas de atención e identificación de indicadores de calidad. Este modelo exige vías coordinadas para desarrollar procesos clínicos con el fin de establecer el diagnóstico, seguimiento y tratamiento, lo cual exige incluir clínicas virtuales y tele gestión. Sobre los resultados, los indicadores de calidad se centran en la identificación de los resultados de los síntomas, la restauración de la calidad de vida, la supervivencia del paciente, el control de la enfermedad y el uso de la atención médica. El modelo integrado de atención no señala principios específicos, sin embargo, en este se identifican recomendaciones sobre la estructura para la provisión y acceso al paciente, la comunicación con proveedores, los recursos físicos a utilizar, el desarrollo de indicadores, la recopilación de datos de los pacientes (Mikocka, Andrews, Rampton & otros, 2014), el acceso a la atención auxiliar y la estructura de atención por parte de los especialistas. Este modelo da importancia a la transición y el tránsito de servicios, lo que implica el establecimiento de una ruta de atención, por ejemplo, de servicios médico quirúrgicos pediátrico a servicios para adultos (Louis, Dotan, Ghosh & otros, 2015) (Ricci, Lanzarotto & Lanzini. 2008). Estas recomendaciones que actúan como elementos hacen que, al ser incorporados en la atención, los resultados percibidos por el paciente mejoran su experiencia.

7.2.5.2.2 Modelo de Atención Combinado (Atención especializada y Primaria en Salud)

Desde 1994 en el Reino Unido, existe una **taxonomía** de la atención compartida para enfermedades crónicas, la cual tiene los siguientes elementos (Hickman, Drummond & Grimshaw, 1994):

Clínicas comunitarias: los especialistas asisten o dirigen una clínica en un entorno de atención primaria. La comunicación es informal y depende de especialistas y miembros del equipo de atención primaria reunidos en el mismo lugar (Smith, Cousins, Clyne & otros, 2017, p.6).

Modelo básico: Se establece un sistema de comunicación específico y regular entre la atención especializada y la atención primaria. Esto puede ser mejorado por un administrador que organiza las citas y hace un seguimiento y retira a los morosos de la atención (Smith, Cousins, Clyne & otros, 2017, p.6).

Enlace: a una reunión de enlace asisten especialistas y miembros del equipo de atención primaria, quienes discuten y planifican el tratamiento continuo de los pacientes dentro del servicio (Smith, Cousins, Clyne & otros, 2017, p.6).

Tarjeta de registro de atención compartida: en un arreglo más formal para el intercambio de información, un conjunto de datos acordados que se ingresan en una tarjeta de registro, que generalmente lleva el paciente (Smith, Cousins, Clyne & otros, 2017, p.6).

Atención compartida asistida por computadora y correo electrónico (sistema de información): la información del paciente se recopila en entornos de atención primaria y especializada y se distribuye entre los dos sectores a través de sistemas informáticos como un depósito central o correo electrónico. Este sistema puede incluir el registro y la recuperación de pacientes coordinados de forma centralizada (Smith, Cousins, Clyne & otros, 2017, p.6). La atención compartida requiere de los siguientes componentes de enlace: protocolos clínicos, pautas

de derivación, educación continua para los médicos participantes, sistemas de información prediseñados, auditoria, evaluación continua de servicios prestados, en forma conjunta deben permitir la participación de los dos grupos de médicos participantes.

7.2.5.2.3 Modelo de Prescripción Colaborativa

Australia, mediante su fuerza laboral de salud (health workforce Australia -HWA-), permite en cinco pasos la prescripción de manera competente y segura a personal de la salud diferente al médico, en este caso, la educación y la capacitación es reconocida por la junta de registro nacional de la profesión que permite mediante ley, la prescripción como parte de la práctica, además de mantener y mejorar este proceso. El modelo de prescripción sugerido por la HWA enfatiza en la comunicación en el equipo interdisciplinar, ésta se **clasifica** en:

- a) prescripción autónoma,
- b) prescripción bajo supervisión y,
- c) prescripción a través de un acuerdo prescriptor estructurado (HWA, 2013).

La vía de prescripción de los profesionales de la salud (HPPP, por sus siglas en inglés), es un enfoque australiano que permite la prescripción de medicamentos por parte de profesionales no médicos registrados en el Esquema Nacional de Registro y Acreditación (HWA, 2013). En el reporte final de la HWA, se establecieron principios profesionales para los trabajadores de la salud a quienes se les otorgó la posibilidad de prescripción, que incluye modelos de prescripción seguros, sus roles y responsabilidades. En su momento este modelo se constituyó en una estrategia nacional australiana para mejorar la calidad en el uso de los medicamentos para que de forma segura y eficaz

se logren los objetivos terapéuticos propuestos. La estrategia reconoció que la calidad de los medicamentos se basa en la primacía de los consumidores, en la actividad consultiva, colaborativa y multidisciplinar y en un enfoque basado en sistemas. El HWA definió al prescriptor como un profesional de la salud autorizado a realizar prescripciones en su práctica profesional. La prescripción fue definida como “un proceso iterativo que incluye los pasos de recopilación de información, toma de decisiones clínicas, comunicación y evaluación que da como resultado el inicio, la continuación o el cese de un medicamento” (HWA, 2013, p.14). Este informe señala que el alcance es individual, definido por un regulador, una profesión o un empleador, que tras un proceso de educación, capacitación y competencia demostrada permite al profesional de la salud realizar el proceso de la prescripción correspondiente.

7.2.5.2.4 Modelo de Prescripción Colaborativa Mediada por Protocolo

En este modelo, la literatura científica revisada no contempla características expresadas por los autores, sin embargo, se infiere que requiere de dos factores, el primero, la existencia de una legislación que permita el funcionamiento profesional respecto a la prescripción autónoma y el segundo, la completa colaboración del personal médico en el proceso de entrenamiento y adquisición de competencias profesionales para la prescripción. Cuando el modelo de prescripción colaborativa se utiliza en unidades de cuidado intensivo para manejar la sedación del paciente, se necesita principalmente un protocolo estandarizado, elaborado por personal médico, que muestre al profesional que prescribirá el proceso a seguir para tomar la decisión correspondiente evitando que se sucedan eventos adversos relacionados con la sedación subóptima, insuficiente o excesiva,

pues se afecta la calidad de atención, la duración de la estancia hospitalaria e incrementa costos de manejo y afecta desfavorablemente al paciente en su recuperación física y psicológica.

7.2.5.3 ¿Cómo influencia el modelo de gestión al trabajador de la salud y al usuario de atención?

7.2.5.3.1 Modelo de Atención para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

La encuesta IMPACT aplicada en el 2007 en 27 países europeos con la participación de 4072 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), encontró una serie de **brechas** en la prestación del servicio que se establecieron por retraso en el diagnóstico, problemas en el acceso al servicio, dificultades en la comunicación, preocupaciones relacionadas con el paciente y los proveedores de la atención (Lönnfors, Vermeire, Greco & otros, 2014).

En una encuesta española realizada en 2013 se relacionó la participación de 202 gastroenterólogos y 69 enfermeras que señalaron baja satisfacción respecto a su calidad de Vida (PQL), establecida por el tiempo de consulta, el entorno laboral y el personal disponible para la atención en consulta. Se determinó que si un especialista trabaja exclusivamente con pacientes EII genera niveles altos de satisfacción en las áreas donde se aplica el concepto de Enfoque de Equipo para prestación de cuidados (Casella, Ginard, Vela & Torrejon, 2013). El paciente es parte del modelo y sobre éste se realizan todas las acciones para brindarle beneficios, especialmente donde existen brechas como acceso, instalaciones y procesos de comunicación. Aparentemente, una forma que permite garantizar el servicio centrado en las necesidades del paciente y reducir las brechas de la atención,

es utilizando encuestas de satisfacción y mediante auditorias, de esta manera se incorpora al paciente en el proceso y se revisa el servicio ofrecido (Mikocka, Andrews, Bernstein et al, 2012). (Mawdsley, Irvin, Makins & Ramptoms, 2006), (Louis, Dotan, Ghosh & otros, 2015), (Ricci, Lanzarotto & Lanzini, 2008). De acuerdo con las recomendaciones que establece el modelo para una atención cohesiva, existen algunas barreras para su implementación, entre las que se identificó el tiempo para su desarrollo, los costos y el esfuerzo para lograr los objetivos en el paciente. Una encuesta aplicada en 38 países europeos identifico gran cantidad de datos de pacientes, lo que señaló la consistencia de los registros como fuente importante para el manejo de una información confiable (Gordon & Langholz, 2017).

7.2.5.3.2 Modelo de Atención Combinado (Atención especializada y Primaria en Salud)

En el modelo integrado de atención propuesto por Smith y colaboradores (2017), la atención compartida exige que los profesionales manejen adecuadamente las enfermedades crónicas a partir de reconocer los factores de riesgo de la población y las características del sistema de salud. Esta interacción entre los profesionales, el sistema de salud y los factores de riesgo de la población es compleja (Bauer, Briss, Goodman & Bowman, 2014) (Wagner & Groves, 2002), debido a que algunos sistemas de salud les interesa la contención de costos para una atención rentable de las enfermedades crónicas (Atun, Jaffar, Nishtar & otros, 2013) (Naylor, Aldewick & Honeyman, 2015). Teóricamente, la atención compartida es una oportunidad para que los pacientes reciban los beneficios de la intervención de un especialista, combinada con la continuidad de la atención y el manejo de la comorbilidad proporcionada por médicos generales, quienes mantienen la responsabilidad del seguimiento a los pacientes, siendo ésta una atención médica más allá de la

enfermedad crónica. En la literatura se registra por parte de Starfield la importancia de establecer un modelo compartido de atención primaria y atención especializada para manejar afecciones crónicas comunes en grandes poblaciones (Starfield, 2003).

Hoskins y colaboradores (1993), describieron una intervención de servicio compartida para la diabetes, en esta, la actividad de prevención primaria aumentó la demanda de los servicios especializados, allí se detectaron más casos y complicaciones en la medida que se incrementó la calidad de la atención. Para la comunicación entre los proveedores de atención primaria y especializada se utilizaron plataformas de la información, algunas discusiones se realizaron por página web y elementos de telemedicina. La comunicación personal y telefónica fue la que más se utilizó. El estudio de Smith y colaboradores (2003) identificó que los pacientes valoran la atención compartida cuando es manejada por enfermera de enlace y enfermeras de práctica asistencial (Smith, O'Leary, Bury & otros, 2003). El modelo escalonado de atención compartida con estructuras y protocolos claros sumado a la coordinación y administración por enfermería clínica parecen ser más eficaces (Smith, Cousins, Clyne, Allwright & O'Dowd, 2017, p.27). Los resultados de la medición de calidad, es compleja y no deben abordarse solamente con el concepto de satisfacción del usuario (Beaulieu, 2000). Smith y Colaboradores (2017), concluyen que el modelo de atención integrada fue efectiva para el manejo de la depresión porque los pacientes logran niveles importantes de remisión a su enfermedad, pero existe poca evidencia de su efectividad respaldar el manejo de enfermedades crónicas, sin embargo, este modelo tiene potencial al proporcionar beneficios a largo plazo en etapas tempranas, porque garantiza una mejor prescripción. Estos autores sugieren buscar mayores evidencias y desarrollos investigativos en esta área (Smith, Cousins, Clyne, Allwright & O'Dowd, 2017, p.27).

7.2.5.3.3 Modelo de Prescripción Colaborativa

La literatura ha establecido que aún se requiere mayores estudios para determinar los resultados de la prescripción por personal no médico, especialmente respecto a la presencia de eventos adversos durante la prescripción. De igual forma, no existen estudios que señalen los costos, el tiempo ahorrado y la calidad en la atención (Weeks, George, Maclure & Stewart, 2016). Según lo reportado por Weeks, George, Maclure & Sterart (2016), los pacientes estaban satisfechos con la atención no prescrita por médicos, lo cual se reportó en 14 estudios y 7514 participantes, sin embargo, en los estudios revisados la satisfacción reportada no utilizó para su medición herramientas válidas, siendo este una limitante de los resultados. Se destaca que los prescriptores no médicos que ejercen con diversos niveles de autonomía en la prescripción, fueron igualmente eficaces que los prescriptores médicos habituales, además, éstos pueden ofrecer resultados comparables para población con enfermedad crónica en el manejo de presión arterial, niveles de hemoglobina, lipoproteínas de baja densidad, adherencia a la medicación, lo cual afecta positivamente la satisfacción del usuario y su calidad de vida relacionada con la salud. En relación a los eventos adversos presentados por prescripciones no medicas no existen estudios confiables por la variabilidad e inconsistencia de informes en países con altos y bajos ingresos, mostrando un vacío en el conocimiento científico en este aspecto (Weeks, George, Maclure & Sterart, 2016, p.2). Los prescriptores no médicos como farmacéuticos y enfermeras para adherirse a un modelo de practica colaborativa, deben tener siempre apoyo médico disponible.

7.2.5.3.4 Modelo de Prescripción Colaborativa Mediada por Protocolo

La sedación dirigida por protocolo pretende mejorar resultados del paciente reduciendo los tiempos en los que la persona está en ventilación mecánica o para reducir tasas de mortalidad, sin embargo, en una revisión sistemática realizada por Aitken y colaboradores (2018), evaluó los efectos del manejo de sedación dirigido por protocolo y los comparó con la atención habitual durante ventilación mecánica en cuidados intensivos, concluyó que al comparar la sedación administrada por enfermeras (dirigida por protocolo) con la sedación habitual (no dirigida por protocolo), no se presentó diferencia en el tiempo requerido de ventilación mecánica o muertes en UCI, pero si hubo una reducción significativa en el número de días de estancia (Aitken, Bucknall, Kent & otros, 2018).

Tabla 12. Resumen Modelos de Atención Multidisciplinar o, Modelo Integrado de Atención

| Modelos de Gestión Hospitalaria | Autor, título | Enfoque Estratégico, Muestra y Configuración | Atributos, Factores, Componentes | Influencia | |
|--|---|---|--|--|---|
| | | | | Al trabajador de la salud | Al usuario del servicio de salud |
| Modelo de Atención para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal | Fiorino, G. Allocca, M. Chaparro, M. Coenen, S. Fidalgo, C. Younge, L. Gisbert, J. (2019). "Quality of Care" Standard in inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. Journal of Crohn's and Colitis. 127-137. | <p>Revisión sistemática de la literatura que busco la evidencia de la estandarización de la atención para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.</p> <p>Se recuperaron 2394 resúmenes y se incluyeron 62 artículos para la revisión final.</p> | <p>Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La estructura (incluye rutas de atención, e indicadores de calidad). - El proceso clínico (diagnostico, seguimiento y tratamiento en clínicas virtuales y tele gestión) - Los Resultados (indicadores de gestión que miden síntomas, calidad de vida, supervivencia, control de la enfermedad y uso de la atención medica). | <p>El especialista actúa mediado por protocolos de atención y estandariza el servicio.</p> <p>Requiere participación del equipo interdisciplinario para integrar la atención y valoración por la especialidad correspondiente. Exige la participación de un gestor para citas, acompañamiento y educación que por lo general está en enfermería.</p> <p>El trabajador de la salud identifica brechas que afectan su satisfacción (calidad de vida, tiempos de consulta, entorno laboral, personal disponible). Genera alta satisfacción en el trabajador de la salud</p> | <p>El modelo favorece la ruta de atención del paciente y mejora su percepción sobre la calidad de la atención.</p> <p>Si se establece la ruta de atención y esta se cumple, el usuario estará satisfecho, de lo contrario encontrará brechas en la prestación del servicio.</p> |
| Modelo de Atención Combinado, atención especializada y atención primaria. | Smith, SM. Cousins, G. Clyne, B. Allwright, D. O'Dowd, T. (2017). Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long-term conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issuer2. Art. No. CD004910. | <p>Revisión Sistemática de la literatura que busco la evidencia de mejores resultados en pacientes con enfermedad crónica al usar el modelo de atención compartida entre médicos de atención primaria y especializada.</p> <p>Identificaron 14857 títulos y se incluyeron 42.</p> | <p>Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -protocolos clínicos -pautas y rutas de derivación para la atención -educación continua para el proveedor de la salud -seguimiento al paciente por auditoria, evaluación de servicios prestados realizados por un gestor de servicio. <p>Taxonomía General, según Hickman (1994):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Clínicas comunitarias -Modelo básico de comunicación entre atención primaria y atención especializada. -Enlace -Registro de atención compartida -Sistema de información. | <p>Le exige al proveedor de la salud estar actualizado y comprender los factores de riesgo de la población para proveer la atención.</p> <p>La comunicación entre los profesionales de salud (médicos de atención primaria y especializada) es fluida y concertada.</p> <p>El papel de la enfermera es de enlace.</p> | <p>Le ofrece una atención general y especializada hecha a la medida de sus necesidades, siendo la atención más efectiva comparada con modelos tradicionales de atención.</p> <p>Los pacientes se sienten más satisfechos con la atención si una enfermera hace el enlace del servicio y coordina la atención a nivel ambulatorio.</p> |

Modelos de Gestión Hospitalaria y su influencia en la
Calidad de la Atención al Usuario del Servicio de Salud

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| <p>Modelo de Prescripción Colaborativa</p> | <p>Weeks, G. George, J. Maclure, K. Stewart, D. (2016). Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 11. Art. No, CD011227.</p> | <p>Revisión sistemática en bases de datos de ensayos controlados y análisis de series de tiempo que compara efectividad de la prescripción médica versus prescripción no medica en el ofrecimiento de cuidados en atención primaria de salud. Con revisión independiente de dos autores. Revisión por metaanálisis del modelo estadístico.</p> <p>46 estudios incluidos, 37.337 participantes. Prescripción médica realizada por enfermeras en 26 estudios y farmacéuticos en 20 estudios.</p> | <p>Taxonomía de la prescripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prescripción autónoma -Prescripción bajo supervisión. -Prescripción por acuerdo prescriptor estructurado <p>Principios para la prescripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> -modelo de prescripción seguro -rol del prescriptor -responsabilidad del prescriptor. -calidad de la prescripción. | <p>El prescriptor con este modelo desarrolla una atención eficaz.</p> <p>El prescriptor cuenta con apoyo de personal médico ante cualquier inquietud.</p> | <p>El paciente se siente satisfecho al suplir sus necesidades respecto a la prescripción de medicamentos.</p> <p>El paciente logra sus objetivos terapéuticos de tipo farmacológico.</p> |
| <p>Modelo de Prescripción Colaborativa Mediada por Protocolo</p> | <p>Aitken, LM. Bucknall, T. Kent, B. Mitchell, M. Burmeister, E. Keogh, SL (2018). Protocol-directed sedation versus non-protocol-directed sedation in mechanically ventilated intensive care adults and children. Cochrane Database of systematic Reviews. Issue 11. Art. No. CD009771.</p> | <p>Revisión sistemática de la literatura que buscó evaluar el tratamiento de sedación dirigido por protocolo comparándolo con la atención habitual respecto a la duración de ventilación mecánica en unidades de cuidado intensivo. En bases de datos se identificaron 5933 registros, se incluyeron 4 estudios.</p> | <p>Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -es necesaria en UCI, para estandarizar el proceso de sedación y garantizar la calidad de la atención. -se requiere de un protocolo específico desarrollado por médico y aplicado por enfermería. <p>Factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -legislación correspondiente que autorice el funcionamiento. -se requiere acompañamiento médico inicial y entrenamiento para adquirir competencias. | <p>-mejora las prácticas profesionales sobre sedación.</p> <p>-se estandariza un proceso y se garantiza la calidad.</p> <p>-permite el empoderamiento del profesional de enfermería.</p> | <p>-reduce la estancia del paciente sobre UCI.</p> <p>-favorece la recuperación psicológica del paciente.</p> <p>-el modelo de atención reduce la sedación insuficiente o excesiva del paciente.</p> |

Fuente: Elaboración propia, realizada a partir de la revisión de la literatura

7.2.6 Modelos de Atención para el Manejo de Condiciones Crónicas

7.2.6.2 ¿En qué consiste el modelo?

Según Marmol y colaboradores (2017), las proyecciones epidemiológicas para las siguientes décadas se espera incremento en patologías crónicas. Los países han desarrollado diferentes modelos de atención para afrontar el reto de la cronicidad, y han propuesto actividades que permiten la satisfacción del paciente y de sus cuidadores las cuales se relacionan con la gestión de casos y el uso de la telemedicina (Marmol, Miguel, Montejano & otros, 2018, p.2). Los modelos de gestión más usados para el manejo de la cronicidad son: (ver tablas 13 y 14).

- a) “Chronic Care Model (CMM) desarrollado por Wagner” (Wagner, Austin, Connie & otros, 2001) (Wagner, Austin & Von Korff, 1996);
- b) la atención innovadora para las condiciones crónicas “Innovative Care For Chronic Conditions” de la OMS (WHO, 2002).
- c) el “Modelo Kaiser Permanente” que tiene tres niveles de intervención según la complejidad del paciente el cual aporta la segmentación o estratificación de la población por necesidades de cuidado (Nuño, 2015) (Schilling, Dearing, Staley & otros, 2011).
- d) El modelo ruta de cuidado Liverpool (Liverpool Care Pathway -LCP), que establece intervenciones de cuidado a pacientes con enfermedades crónicas terminales (Husebo, Flo & Engedal, 2017) (Neuberger, 2013).

Tabla 13. Resumen Modelos de Atención para el Manejo de Enfermedades crónicas.

| Modelo de Gestión Hospitalaria | Definición del modelo | Modelos de Gestión Hospitalaria Incluidos | Autores/ Título |
|--|---|---|---|
| Modelos de Atención para el manejo de Enfermedades crónicas | Modelo que se orienta a manejar de forma eficiente al paciente con enfermedad crónica, con un alto componente económico de funcionamiento con el fin de optimizar la atención, reducir costos y generar menos hospitalizaciones estableciendo un plan de alta y un plan de seguimiento. | Chronic Care Model (CMM) | Wagner, EH. Austin, BT. Von Korff, M. (1996). Organizing Care for Patients with chronic illness. <i>The Milbank Quarterly</i> . 7(4): 511-544. DOI. 10.2307/3350391. Wagner, EH. Austin, BT. Davis, C. (2001). Improving Chronic Illness care: Translating evidence into action. <i>Health Affairs</i> . 20(6): 64-78. |
| | | Innovative Care for Chronic Conditions | World Health Organization (WHO). (2002). Report: Innovative Care for Chronic Conditions. Building blocks for action. <i>Noncommunicable Diseases and Mental Health</i> . |
| | | Kaiser Permanente | Nuño, R. (2007). Buenas Prácticas en Gestión Sanitaria: el caso Kaiser Permanente. <i>Rev Adm Sanit</i> . 5(2): 283-292. |
| | Modelo de atención que trata de manejar las necesidades del paciente con enfermedad crónica en estadio terminal, generando una ruta de atención protocolaria que tiene en cuenta la voluntad del paciente | Liverpool Care Pathway - LCP- | Husebo, B. Flo, E. Engedal, K. (2017). The Liverpool Care Pathway: A systematic review discarded in cancer patients but good enough for dying nursing home patients? <i>BMC Medical Ethics</i> . 18:48. |

Fuente: Elaboración propia, realizada a partir de la revisión de la literatura.

7.2.6.2.1 Chronic Care Model (CMM)

El modelo de cuidados crónicos (CMM, por sus siglas en inglés), fue desarrollado en el Instituto MacColl en 1996 por Edward H. Wagner, Brian T. Austin y Michael Von Korff, como una innovación al cuidado de la salud humana, para satisfacer las necesidades de atención de enfermedades crónicas. El modelo es bien aceptado a nivel internacional como una respuesta estratégica y eficaz e incluye actividades que permiten al equipo de salud individualizar la atención del paciente según sus valores y necesidades, basado en la evidencia y la colaboración interdisciplinaria (Wagner, Austin & Von Korff, 1996) (ver tabla 14). En una revisión de la literatura realizada por Garland y Fraser (2018), identificaron 18 artículos que incluían el modelo de atención para pacientes crónicos en diversos contextos de desarrollo, de estos, 5 eran estudios cualitativos y 13 cuantitativos. Las conclusiones de este estudio señalaron que los pacientes que padecen de enfermedad crónica, precisan satisfacer sus necesidades de salud no solo a nivel

hospitalario sino también, a nivel domiciliario. Algunos servicios de salud ofrecen atención básica en el domicilio, sin embargo, los pacientes y sus familias precisan desarrollar capacidades para el empoderamiento y la autogestión, por lo que el modelo debe enfatizar en la práctica de un profesional de enfermería que sirva de enlace entre el servicio de salud y la atención domiciliaria, permitiendo en su función el promover el autocuidado y la independencia (Wagner, Austin, Davis & otros, 2001).

7.2.6.2.2 Innovative Care for Chronic Conditions

La Organización Mundial de la Salud, ha informado que se requiere soluciones para la atención médica en salud con el fin de manejar la carga generada por las enfermedades crónicas a nivel mundial. Los desarrollos científicos muestran que existe una capacidad para prevenir y controlar efectivamente afecciones como la diabetes, el cáncer, el VIH/SIDA y las enfermedades cardiovasculares, puesto que la evidencia sugiere la necesidad de organizar los sistemas de atención y no sólo a los trabajadores de la salud (World Health Organization (WHO), 2002). La OMS ha usado el modelo Chronic Care Model, que ha sido desarrollado por el Group Health Cooperative, la cual es una organización afiliada a Kaiser en cuestión de mejora e innovación (ver tabla 14).

En países desarrollados, las enfermedades crónicas se manejan en la atención a nivel primario, pero estos servicios se orientan a problemas agudos y a necesidades consideradas de urgencias. La mejora de la atención médica se debe centrar en la adherencia a las terapias correspondientes y no en culpabilizar al paciente por no continuar con el régimen terapéutico. La OMS, considera que el modelo ampliado de atención debe incluir componentes básicos a nivel las políticas para impactar

los diferentes niveles de la administración de la salud a nivel macro, meso y micro. Según la OMS (2002), la atención innovadora para afecciones crónicas consiste en nuevas ideas, métodos y programas para modificar la manera en la que manejan y previenen las enfermedades crónicas. La innovación consiste en la integración de los componentes micro, meso y macro niveles del sistema de salud, además, se reconoce que las enfermedades crónicas independientes de su etiología presentan similares demandas respecto a la atención en salud. Igualmente, las necesidades de los pacientes con enfermedad crónica difieren de las agudas. El papel del paciente y su familia resulta importante, pues su resultado depende del compromiso de los actores del proceso con el proceso de atención en salud, por ello: “el paciente no es un participante inactivo en la atención; más bien, él/ella es considerado como un “productor de salud”” (Holman & Lorig, 2000, citado por WHO, 2002).

7.2.6.2.3 Modelo Kaiser Permanente

Por lo general, las políticas de salud incorporan estrategias de atención para la cronicidad con inversión de recursos para la costo-efectividad, la eficiencia, y alcanzar beneficios respecto a reducir la morbilidad e ingresos hospitalarios. Mármol y colaboradores señalan que:

“los sistemas que han apostado por iniciativas como “Kaiser Permanente” en EEUU, Reino Unido-Inglaterra y Escocia o “Jonkopping” en Suecia, Canadá y Nueva Zelanda, han conseguido mejores resultados en salud que otros modelos asistenciales que no han tenido presente planteamientos estratégicos y de rediseño en la atención a la cronicidad” (Mármol, Miguel, Montejano & otros, 2018, p.2).

Kaiser Permanente es el mayor proveedor sanitario de los Estados Unidos, fundado en 1945, el cual opera el subsistema sanitario e integra la función de aseguramiento con aprovisionamiento (ver tabla 14). Kaiser Permanente es un modelo económico que combina el aseguramiento con la prestación de una atención integrada para el manejo de la enfermedad crónica que se basa en los preceptos generados por Wagner y colaboradores, del Group Health Cooperative, la cual es una organización afiliada a Kaiser para innovar y mejorar los sistemas de atención. Según Nuño (2007), Kaiser permanente integra el aseguramiento como función (health plan) con sus diversas estructuras de provisión del servicio que incluye 30 hospitales y The Permanente Medical Group (PMG) que emplea a 11.000 profesionales médicos y 135.000 trabajadores, con una población asegurada de 8.5 millones de individuos y se encuentra en 9 Estados Americanos y en el distrito de Columbia. Respecto a la financiación el 64% es de sus miembros, el 28% de fondos públicos vía Medicare, 4% en copagos y el resto de diversas fuentes (Nuño, 2007, p.285). Kaiser permanente opera en condiciones de competitividad con orientación hacia la contención de costes y mejoramiento de la calidad de la atención (Nuño, 2007, p.286).

El modelo de atención de Kaiser permanente consiste en mejorar la salud de sus afiliados, con lo que se minimiza el uso y prestación del servicio y se genera una atención costo-efectiva. Este servicio se basa en un modelo de atención integrada a nivel de la atención primaria y en la comunidad, prestándose atención a minimizar la atención hospitalaria siendo esto último visto como una falla en el sistema.

7.2.6.2.4 The Liverpool Care Pathway -LCP-.

En una revisión sistemática de la literatura, realizada por Husebo, Flo & Engedal (2017), se evidencia una ruta de atención denominada Ruta de Cuidado Liverpool (Liverpool Care Pathway -LCP-, por sus siglas en inglés), este es un procedimiento diseñado para establecer intervenciones de cuidado en pacientes en etapa terminal (Ellershaw & Ward, 2003), desarrollado para garantizar que los pacientes, se enfrenten a decisiones éticas sobre su tratamiento y atención, satisfaciendo sus necesidades físicas, psicosociales y existenciales en los últimos días de su vida (Ellershaw, Overill, Walker & Aldridge, 2001). Entre los objetivos secundarios de este modelo de atención está la prevención de hospitalizaciones e intervenciones innecesarias (Duffy & Woodland, 2006), (ver tabla 14).

El informe Neuberger valoró al LCP y concluyó que es un procedimiento adecuado, pero se debe tener cuidado con su implementación pues requiere reducir los errores de juicio médico, lo que indica necesariamente una adecuada valoración médica y una óptima comunicación con los pacientes y familiares (Neuberger, 2013). Husebo y colaboradores, indican que la LCP aún no se ha adaptado por completo este modelo a las necesidades individuales de los pacientes moribundos en hogares geriátricos ni mucho menos en individuos con demencia. El LCP no es un procedimiento basado en la evidencia por lo que las autoridades deberán juzgar cuando se justifica implementar este modelo en los hogares de adultos mayores (Husebo, Flo & Engedal, 2017, p.12). La ruta de cuidado Liverpool (Liverpool Care Pathway -LCP-), se desarrolló en el Reino Unido apoyado de la Royal Liverpool University Trust y el Marie Curie Centre Liverpool, este modelo de atención, inicio en pacientes con cáncer en estadio terminal, se ha extendido a 17 países

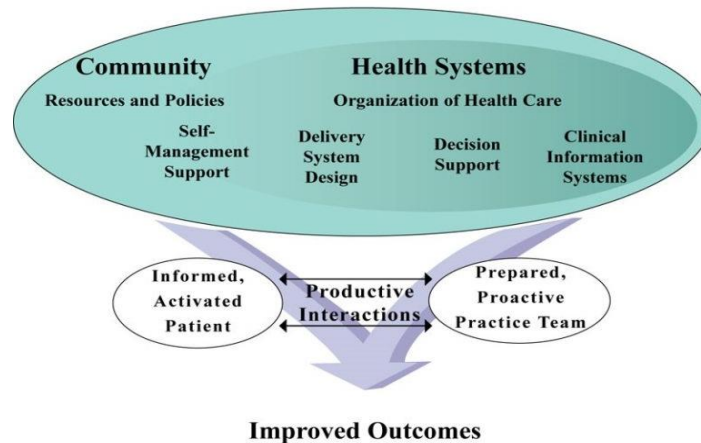
incluyendo Noruega (Ellershaw, Smith, Overill & otros, 2001) y atiende además pacientes con enfermedad renal crónica (Douglas, Murtagh, Chambers & otros, 2009), pacientes con quemaduras (Hemington, Clover, MacDonald, 2011), y personas con demencia tratadas especialmente en hogares de ancianos en Noruega (Watson, Hockley & Dewar, 2006). En el Reino Unido “The Gold Standards framework for care homes -GSFCH” (Estándares de oro para residencias de ancianos), es un modelo en formato de programa de atención, implementado en paralelo con el LCP. El GSFCH ofrece actividades educativas e incluye preparación de comunicación y planificación anticipada de la atención (ACP por sus siglas en inglés), esta incluye nombrar a un tutor legal, toma de decisiones sobre reanimación cardiopulmonar, e información sobre la ruta de cuidado de Liverpool (Kinley, Stone, Dewey & otros, 2014).

7.2.6.3 ¿Cuáles son los atributos, factores, componentes y taxonomías del modelo?

7.2.6.3.1 Chronic Care Model (CMM)

El modelo CMM identifica **seis elementos esenciales** en el sistema de salud que fomenta la atención a la enfermedad crónica de alta calidad: a) la comunidad, b) el sistema de salud, c) el apoyo a la autogestión, d) el diseño del sistema de prestación, e) el apoyo a la toma de decisiones, f) sistema de información clínica (ver ilustración 4).

Ilustración 4. Chronic Care Model (CMM)



Fuente: Tomado de The MacColl Institute en: “The Milbank Quarterly”. Disponible en: <https://www.milbank.org/quarterly/articles/organizing-care-for-patients-with-chronic-illness-revisited/>

El tratamiento eficaz de la enfermedad crónica está acompañado de una atención clínica y el afrontamiento del paciente y de sus familias para adherirse a la terapia, estas son tareas de autogestión, según Clark y colaboradores (1991). El tratamiento de la enfermedad crónica se acompaña de una atención clínica y del afrontamiento del paciente y de su familia para adherirse a la terapia respectiva. Según Clark y colaboradores (1991), las siguientes son tareas de autogestión:

- 1) Participar en actividades para la salud (ejercicio, nutrición, actividad social, sueño y descanso).
 - 2) Interactuar con proveedores y sistemas de atención médica para adherirse a protocolos de tratamiento.
 - 3) Monitorear estado físico y emocional, tomar decisiones sobre el manejo de síntomas y signos.
 - 4) Manejar el impacto de la enfermedad, desempeñar su rol, manejar emoción y autoestima.
- (Clark, Becker, Janz & otros, 1991).

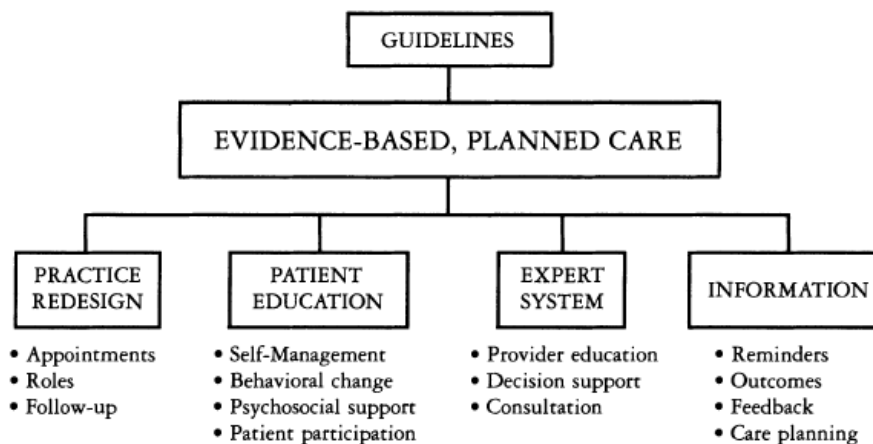
La literatura señala que, en la atención de pacientes crónicos, por lo general los médicos poca información recopilan sobre la autogestión y capacidad de funcionamiento del paciente, es posible que se deba a poca preparación en ese aspecto. Las actividades realizadas en este modelo se relacionan con el desarrollo de un plan explícito para el paciente, seguimiento programado regular, evaluación sistemática y atención a sus necesidades de autocuidado. El modelo se apoya de enfermeras, farmacéuticos y otros miembros del equipo de salud, quienes se encargan de hacer seguimiento a los resultados. Desde los años 70's del siglo XX, se han establecido en el mundo, clínicas especializadas para el manejo y atención de la enfermedad crónica, estas dependen de protocolos de atención que tratan de estandarizar las actuaciones de los proveedores médicos y no médicos en salud (Wagner, Austin & Von Korff, 1996, p. 516). Según Wagner y colaboradores (2001), las clínicas para pacientes con enfermedad crónica tienen cinco elementos comunes que recaen en áreas generales, estas son:

1. Uso de planes concretos y protocolos explícitos de manejo
2. Reorganización de la práctica para satisfacer necesidades de usuarios que requieren recursos y seguimiento más detallado, estos pacientes utilizan más tiempo respecto a la consulta.
3. Atención sistemática a la información y necesidades de cambio de comportamiento de los pacientes
4. Acceso rápido a la experiencia necesaria.
5. Sistemas de información de apoyo (Wagner, Austin & Von Korff, 1996, p.519).

En la Ilustración 5, se presenta la propuesta original de Wagner y colaboradores, la cual muestra en la base las necesidades del paciente con enfermedad crónica y las pautas para satisfacerlas, estas

se basan en la evidencia (Wagner, Austin & Von Korff, 1996). El modelo reconoce que cada ser humano es único, irrepetible e individual, a pesar de ello, se requiere que el profesional de la salud planifique cuidados que operan en protocolos con el fin de homogenizar el cuidado, cumplir pautas de manejo y encontrar entre los pacientes aquellas características de la enfermedad y las necesidades clínicas comunes para incorporarlas en las pautas de manejo. La satisfacción de las necesidades se establece con protocolos de práctica y guías basadas en la evidencia científica lo que facilita el trabajo profesional y se genera una mejor asistencia médica.

Ilustración 5. Identificación de las necesidades de los pacientes para mejorar el resultado de la Enfermedad Crónica. (necesidades de los pacientes).



Fuente: Tomado de Wagner, Austin & Von Korff, 1996, p.519.

Los elementos constitutivos de la ilustración 5, se presentan a continuación:

El rediseño de la práctica es una estrategia que busca mejorar la atención primaria habitual, donde el médico reconsidera su práctica y planifica formas nuevas para realizar su trabajo. en este caso, el especialista es la persona que tiene mayor conocimiento para el manejo de la enfermedad crónica

y puede adoptar diferentes enfoques terapéuticos (Wagner, Austin & Von Korff, 1996, p.521). La delegación de las tareas clave en profesionales de práctica no médicos es una característica central del modelo de atención, especialmente, cuando el programa para manejo de enfermedades crónicas depende de las enfermeras (Payne, Galvin, Taplin & otros, 1995). Igualmente, se requiere trabajo interdisciplinario para la planificación y continuidad del cuidado. El seguimiento tiene variantes como: visitas a domicilio, llamadas telefónicas, teleconsulta o consulta directa de seguimiento, que exige intervenciones precisas como los recordatorios de las citas, recordatorios de consultas y orientaciones al paciente.

Los pacientes con enfermedad crónica necesitan autocontrol y cambio de comportamientos que los conduzcan a mejores estilos de vida. Los programas de mayor éxito satisfacen las necesidades de los pacientes a partir de **la educación** y cuatro elementos esenciales:

1. Definición colaborativa, en la que el paciente y el proveedor de salud definen un problema, generan una meta y establecen intervención educativa centrada en la necesidad del paciente.
2. Focalización, en la que se establecen metas y se planifican actividades, con metas realistas que deben ser guiadas.
3. Capacitación continua en autocuidado y servicio de apoyo: esto incluye instrucción, orientación sobre el ejercicio, dieta, entre otras.
4. Seguimiento activo y sostenido a intervalos regulares iniciado por el proveedor de salud (Wagner, Austin & Von Korff, 1996, p. 523-524).

El paciente debe ser manejado por el especialista quien tiene la **experiencia clínica** especializada y debe ser apoyado por el médico general. Estos deben recibir educación continua para proveer un mejor servicio. **La información** sobre los pacientes, su atención y resultados es esencial para establecer actividades de seguimiento y control. Para ofrecer una atención se necesitan registros que permiten revisar datos en el tiempo y así identificar procesos críticos para manejar la enfermedad crónica. En este registro se identifica el plan de atención.

7.2.6.3.2 Innovative Care for Chronic Conditions

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha indicado que los países deben tomar acciones sobre el financiamiento, la planificación de la atención médica y la asignación de recursos, porque estos elementos son los factores que afectan el sistema de salud. La OMS (2002), ha identificado ocho elementos para el cambio, estos son:

1. **Apoyar un cambio de paradigma**: la atención aguda no satisface la necesidad de los pacientes que padecen enfermedad crónica, ya que requieren tratamientos y seguimientos prolongados con una atención medica frecuente y diferenciada, es así que el paradigma se modificará con innovaciones en la atención.
2. **Gestionar el entorno político**: la planificación de servicios en salud, siempre ocurren en el contexto político y este afecta a las personas enfermas, a sus familias y a la comunidad en general.
3. **Desarrollo de una atención medica integrada**: la fragmentación del servicio de salud es inoperante, puesto que, el manejo de la enfermedad crónica necesita la integración de los

servicios, para garantizar el intercambio de información entre los proveedores. Los servicios integrados son eficientes y reducen el desperdicio.

4. Alineación de políticas sectoriales para la salud: Los gobiernos son los encargados de crear políticas y estrategias que favorezcan la salud. La atención de salud debe estar alineada a las prácticas laborales para que estos desarrollados en contextos seguros generen impacto.
5. Utilizar al personal de atención médica de forma eficaz: Los proveedores de atención médica deben actuar en equipos de trabajo, por lo que deben desarrollar habilidades de comunicación para incorporar en el cuidado técnicas de asesoramiento dirigido al paciente y su familia, por tanto, los comportamientos del personal de la salud deben estar centrados en las necesidades del paciente.
6. Atención centrada en el paciente y la familia. El manejo de la enfermedad crónica exige modificaciones de los estilos de vida y cambios de comportamiento. El paciente pasa de ser receptor de la atención médica a ser el promotor de su propia salud.
7. Apoyar al paciente en su comunidad: La atención médica no sólo es hospitalaria, sino que se establece en forma continua en contextos de desarrollo del usuario. Las condiciones crónicas se presentan también fuera del hospital y allí también se debe manejar.
8. Énfasis en la prevención: la mayoría de las complicaciones de la enfermedad crónica son prevenibles, por tanto, se deben establecer estrategias para reducirlas a partir del desarrollo de un componente de interacción en el cuidado de la salud humana.

Los mejores resultados para las condiciones crónicas, exige una política contextual o ambiental positiva, en la que se encuentran factores como políticas públicas integradas, marcos legislativos, procesos de financiamientos, liderazgo y promoción, desarrollo y asignación de recursos humanos.

De igual manera, se requiere conectar a la comunidad con el servicio de salud, lo cual se logra con estrategias como la preparación, la información y la motivación, donde se articulen la comunidad, los pacientes y sus familias con los equipos de salud. En la ilustración 6, se nota la articulación propuesta por la OMS (2002) en el modelo “Innovative Care for Chronic Conditions Framweork” (marco de atención innovadora para enfermedades crónicas).

Ilustración 6. Marco de Atención Innovadora para Enfermedades Crónicas.



Fuente: World Health Organization (WHO), 2002, p.65.

Los niveles de gestión del modelo, contiene los mismos niveles de la administración general, esto es el Macro nivel, donde se generan las políticas, el meso nivel donde se encuentra la organización de los servicios de salud y de la comunidad, y; el micro nivel en donde se encuentra la interacción con el paciente. En la siguiente figura se evidencia la relación existente en estos niveles de la gestión (ver ilustración 7).

Ilustración 7. Niveles de gestión y su interrelación en el modelo de Atención Innovadora para Enfermedades Crónicas.



Fuente: World Health Organization (WHO), 2002, p.30.

7.2.6.3.3 Modelo Kaiser Permanente

Las **características (atributos)** del modelo Kaiser son:

- a) Se base en un enfoque poblacional: en su centro de operación aparece el proveer atención sanitaria de alta calidad y económicamente accesible a sus asegurados (estos elementos hacen parte constitutiva de la misión corporativa).
- b) Se presenta liderazgo clínico: existe responsabilidad compartida entre clínicos y gestores en un marco de liderazgo clínico, donde se priorizan los procesos asistenciales siendo este el foco del negocio. La responsabilidad y el compromiso se alcanza porque los médicos que trabajan con PMG son exclusivos, además de accionistas potenciales luego de un año de desempeño satisfactorio. Los incentivos son comunes para todos, por lo que existe autogestión, fomento de una visión y riesgo compartido.
- c) Se realiza una práctica profesional en equipos de colaboración integrada: Kaiser señala que la atención integrada mejora la experiencia del usuario y es eficiente si se gestionan los procesos

disfuncionales reduciendo la duplicidad de tramites. La atención se desarrolla en un modelo de atención primaria en salud por parte de expertos (dermatólogos, pediatras, oftalmólogos, obstetras, internistas, etc.), sin que existan barreras entre niveles de atención, por lo que la estrategia es emplear programas para manejar pacientes crónicos.

- d) Profesionales médicos contratados por la organización en formato de exclusividad: la optimización del tiempo médico que concentra la interacción con el paciente, al médico se le descarga de funciones administrativas.
- e) Profesionales comprometidos y orientados hacia el aprendizaje organizativo, con la gestión del conocimiento y la difusión de mejores prácticas.
- f) Énfasis de la atención en la prevención, detección precoz y educación en salud.
- g) Gestión y coordinación de las enfermedades crónicas
- h) Generación de investigación clínica
- i) Atención sanitaria que se basa en la evidencia científica y clínica.
- j) Énfasis en la calidad clínica.

Los **factores** que hacen parte del modelo son:

- a) Atención primaria en salud integrada para reducir las barreras de atención
- b) Capacidad elevada resolutive en la atención primaria: esta se soporta en centros de atención primaria (Primary Care campuses) con medios diagnósticos y terapéuticos acompañados de grupos de profesionales con énfasis en especialistas en atención primaria. La unidad básica de atención está compuesta por 7 a 10 médicos de atención primaria, con un líder, tres profesionales de enfermería y especialistas sanitarios expertos en modificación de conductas.

Las consultas médicas se desarrollan en 20 minutos, y se tiene como característica la accesibilidad de la información y la capacidad de resolución.

- c) Reducción de hospitalizaciones: para reducir los ingresos hospitalarios innecesarios se dimensiona y organiza un servicio de urgencias eficiente, manejados por equipos médicos experimentados que se ocupan de atención y seguimiento con uso de guías clínicas para el manejo de patologías como mastectomía, prótesis de cadera, entre otras.
- d) Se dispone de un equipo de médicos expertos que se ocupan de la atención y seguimiento al alta del paciente sin ningún otro tipo de función.
- e) Se planifica el alta con coordinación entre los equipos
- f) El uso de vías clínicas para reducir la estancia hospitalaria en apendicectomía, mastectomía, prótesis de cadera, prostatectomía, etc.
- g) Optimización de quirófanos mediante cumplimiento estricto de programaciones quirúrgicas según programación.
- h) Aseguramiento del acceso rápido al domicilio u otras instituciones

Kaiser permanente trabaja en su ventaja competitiva, por ello, tiene programas basados en la mejor evidencia que mejoran la atención y los resultados de salud individual y colectivos orientados a manejar patologías crónicas (cardiovascular, diabetes, asma, cáncer). Igualmente, el modelo para incrementar su ventaja competitiva reconoce que las intervenciones deben ir acompañadas de modificaciones de la conducta, por lo que existen especialistas para este tipo de situación en la unidad de atención primaria. Entre otras estrategias competitivas se encuentran servicios de urgencias altamente resolutivos que optimizan el recurso de camas, se mejoran aspectos logísticos para reducir demoras en los resultados diagnósticos, y una gestión de la prescripción

farmacológica, por ello, ha elaborado un formulario básico basado en “fármacos de bajo coste y efectividad demostrada” que ha involucrado a 400 profesionales, de tal forma que se considera un instrumento propio y de aceptación general como lo demuestra un 97% de prescripciones basadas en el formulario. Kaiser lidera estudios e investigaciones en Estados Unidos con proyectos que benefician a su población asegurada, además tiene tecnología de la información que permiten facturación de servicios.

La integración del modelo se logra con tres **componentes**:

- a) Un plan de salud que oferta alternativas individuales y colectivas
- b) Grupos médicos permanente y operadores de salud distribuidos en un área de influencia específica con personal extremadamente capacitado y experimentado
- c) Red hospitalaria financiada por un plan de salud.

7.2.6.3.4 The Liverpool Care Pathway -LCP-

El modelo de cuidado Liverpool supone que el principal **componente** es una comunicación abierta y oportuna entre el médico tratante, el personal de enfermería, el paciente y sus familiares, en éste el médico hace una valoración precisa al paciente que está moribundo, además del seguimiento y planificación anticipada de la atención (ACP, por sus siglas en inglés). El inicio y seguimiento de la planificación anticipada de la atención (ACP) entre pacientes, familiares, médico y profesionales de la salud es un requisito que se instaura previo a la muerte digna en hogares de ancianos (Nurse Homes -NH- por sus siglas en inglés) (Dening, Jones & Sampson, 2011) (Flo, Husebo, Bruusgaard & otros, 2016). Por su parte, la ruta de Cuidado Liverpool (LCP), ha demostrado ser eficaz para el

manejo de paciente con cáncer y presenta algunas dificultades para ser establecida en residentes de hogares de la tercera edad. Así, en un estudio mixto realizado en Escocia por Watson y colaboradores (2006) se identificaron seis barreras para implementar la vía de atención de Liverpool en residentes moribundos en hogares de ancianos. Las barreras son:

- a) falta de conocimiento del personal sobre cuidados paliativos,
- b) manejo de fármacos,
- c) dificultades en el control de los síntomas de los pacientes por falta de preparación para el reconocimiento de los signos de muerte inminente por parte del personal de la salud,
- d) falta de comprensión del proceso de extinción porque los hogares de ancianos no tienen recursos suficientes,
- e) falta de un equipo multidisciplinario que ayude a tomar decisiones compartidas,
- f) falta de capacitación en comunicación y falta de disposición y capacidad para cambiar en el recurso humano en salud (Watson, Hockley & Dewar, 2006).

7.2.6.4 ¿Cómo influencia el modelo de gestión al trabajador de la salud y al usuario de atención?

7.2.6.4.1 Chronic Care Model (CMM)

Respecto a la influencia del modelo CMM en el trabajador de la salud y el paciente, se debe tener en cuenta que en muchos contextos sociales, la política pública se estructura al combinar las decisiones financieras y la corresponsabilidad de las familias como responsables del cuidado de la

persona con enfermedad crónica, por ello, el sistema de salud señala que debe existir confianza en el servicio especialmente cuando se establecen metas para el paciente, las cuales son valoradas en el seguimiento como factor, especialmente en casos de atención domiciliaria, puesto que el desarrollo de las capacidades del paciente y de su familia son el principio que fundamenta la relación terapéutica. El Modelo CMM, favorece al paciente con enfermedad crónica porque parte de sus necesidades, al crear un plan de atención para este, pero exige de la familia y su red de apoyo compromiso y cumplimiento, además de desarrollo de habilidades en este aspecto, lo que favorece el empoderamiento. El trabajador de la salud, basado en su preparación, actúa en equipo y deben generarse mecanismos de comunicación entre los participantes, que de acuerdo con su formación apoyan los procesos. El trabajador de la salud comprometido, debe cumplir con protocolos y planes de atención que buscan el autocuidado y la gestión en salud del paciente y de su familia.

Morales y colaboradores (2008) en un estudio cuasiexperimental con pacientes crónicos domiciliarios compararon el modelo de gestión de casos desarrollado por la enfermera gestora de casos (EGC) contra el modelo convencional de atención, y determinaron que la gestión de casos presentó impacto positivo en la accesibilidad a los servicios y en los recursos utilizados en el sistema, aparentemente, mejoró la capacidad funcional de los pacientes y elevó su satisfacción (Morales, Gonzalo, Martín & otros, 2008). La enfermera gestora de casos, ha sido la figura central en la atención a pacientes crónicos complejos, las intervenciones realizadas, fueron mucho más eficientes y efectivas para manejar la salud de los pacientes (Allepuz, Piñeiro, Molina & Gabarró, 2015). (Raez, 2015) (Delgado, Manresa, Martínez & otros, 2012) (Sánchez, 2014) (Lluch, Checa, García, & otros, 2014) (Morales, Gonzalo, Martínez, Morilla & otros, 2008). Las intervenciones ejecutadas por la enfermera gestora de casos se desarrollan con actividades propias de la atención

primaria en salud y con la puesta en marcha de acciones educativas y programas de atención domiciliaria para pacientes con riesgo cardiovascular, insuficiencia cardíaca, EPOC, y adultos mayores polimedicados. Con estas acciones se incrementa la satisfacción de los pacientes y se comprobó la eficiencia de la gestión de casos (Puig, Lladó, Seco, Gómez & otros, 2011), (Brotons, Falces, Alegre & otros, 2009) (Hernández, Moreno, Sánchez & otros, 2007), (Abad, Royo, Iniesta & otros, 2013).

El modelo de gestión de casos para manejar la enfermedad crónica, reduce la morbilidad y los reingresos hospitalarios a urgencias. Según el ensayo clínico de Brotons y colaboradores, el utilizar un programa de intervención domiciliaria especialmente a pacientes con insuficiencia cardíaca, incrementa la calidad de vida en el grupo intervenido comparado con el grupo que se trataba en forma rutinaria (Brotons, Falces, Alegre & otros, 2009). En pacientes con EPOC, usando un programa de atención domiciliaria, se ha comprobado que se impacta en la reducción de consultas por urgencias (Abad, Royo, Iniesta & otros, 2013). Está probado que los programas dirigidos a pacientes con enfermedad crónica, incrementan la calidad de vida, porque estos y sus familias adquieren mayores conocimientos para su autocuidado, se controlan los reingresos hospitalarios, se optimiza el uso de los servicios de salud y se percibe de una mayor satisfacción del usuario (Abad, Royo, Iniesta & otros, 2013).

Marmol y colaboradores, concluyen que se requiere mayor evidencia sobre las prácticas de enfermería en la atención a pacientes crónicos con el fin de evaluar la posible relación entre las intervenciones y los resultados en la salud, para alcanzar mejora en la calidad de la atención sanitaria (Marmol, Miguel, Montejano & otros, 2018, p.12). Sobre los eventos adversos de origen

medicamentoso, la intervención con enfermera gestora de caso en pacientes con más de diez medicamentos ha demostrado que optimiza la prescripción y mejora la adherencia y seguridad a los fármacos (Reboredo, González & Casal, 2014). En España, las enfermeras son las gestoras de la atención al paciente con enfermedad crónica, coordinan y hacen seguimiento a los casos, regulan flujos asistenciales, ejecutan programas y favorecen el empoderamiento de pacientes y sus cuidadores (Nuño, Rodríguez, Pinera & otros, 2013) (González, 2014). La efectividad de las intervenciones en este modelo de gestión, afectaron positivamente la satisfacción percibida, la continuidad del cuidado, el bienestar físico y psicológico, el uso del servicio de salud y la educación sanitaria, lo cual redujo ingresos hospitalarios siendo estas intervenciones más costo efectiva (Raez. 2015), este modelo de gestión se complementa con actividades encaminadas a enlazar la atención primaria con la atención hospitalaria para estabilizar al paciente e involucrarlo en un programa de crónicos (Allepuz, Piñeiro, Molina & Gabarró, 2015). Las actividades realizadas por enfermeras desde la atención primaria en salud que dinamizan los programas dirigidos a los pacientes con enfermedad crónica incluyen actividades profesionales a domicilio, educación individual y grupal específicos para la patología del paciente, revisión de la medicación y de los procesos de adherencia a estos y prácticas de tele monitorización (Martín, Orruño, Bilbao & otros, 2013).

7.2.6.4.2 Innovative Care for Chronic Conditions

El modelo al estar centrado en la necesidad del paciente, genera beneficios no solo por el empoderamiento que el sistema le ofrece a este y a su familia, sino porque tiene en cuenta los niveles de gestión y de administración del sistema de salud. Respecto al trabajador de la salud, el impacto esperado tiene que ver con el encuentro comunicativo entre el gestor de la salud y sus

representantes; el trabajo en equipo es exigido para integrar los servicios, por lo que el profesional de salud debe desarrollar capacidades comunicativas y colaborativas en pro de la salud del paciente.

7.2.6.4.3 Modelo Kaiser Permanente

Respecto a las personas que están aseguradas con la prestación de servicios por Kaiser Permanente, los individuos tienen más opciones de elección sobre los planes de seguros alternativos de acuerdo a sus capacidades económicas y nivel de satisfacción. Para el personal de la salud, especialmente los médicos, el nivel de satisfacción con este modelo tiende a ser alto, porque manejan exclusividad contractual y además tienen la oportunidad de ser accionistas de la empresa. Por otra parte, los estudios referidos a trabajo en equipos demuestran una alta satisfacción cuando se proponen planes conjuntos.

7.2.6.4.4 The Liverpool Care Pathway- LCP-

El modelo de atención LCP supone que el trabajador de la salud sea sensible a las necesidades del paciente con enfermedad crónica terminal, además de poseer la preparación respectiva para reconocer el cuidado en fase terminal. Tiene como limitante, la falta de trabajo interdisciplinar, por lo que el cuidado ofrecido se orienta a mantener la dignidad del paciente y establecer las mejores acciones para la calidad de vida al final de la existencia. Para el paciente, el modelo LCP supone, el recibir cuidado y acompañamiento con medidas de confort al final de la existencia y una programación anticipada de lo que debe ser el derecho a morir con dignidad al final de la vida.

Modelos de Gestión Hospitalaria y su influencia en la
Calidad de la Atención al Usuario del Servicio de Salud

Tabla 14. Resumen Modelos de Atención para el Manejo de Condiciones Crónicas

| Modelos de Gestión Hospitalaria | Autor, título | Enfoque Estratégico, Muestra y Configuración | Atributos, Factores, Componentes | Influencia | |
|---|--|--|--|--|---|
| | | | | Al trabajador de la salud | Al usuario del servicio de salud |
| Chronic Care Model (CMM) | Wagner, EH. Austin, BT. Von Korff, M. (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness. The Milbank Quarterly. 74 (4): 511-544. | El modelo propuesto nace en 1996, a partir de la reflexión de los autores y de la evidencia presentada de múltiples investigaciones en contextos diversos como parte de un proceso académico de los autores. | Componentes: (elementos esenciales) a) Comunidad b) Sistema de Salud c) Apoyo a la autogestión d) Diseño del sistema de prestación e) Apoyo toma de decisiones f) Sistema de información clínica. | El especialista actúa con el equipo multidisciplinario estableciendo un plan de atención. Se delega en la profesional de enfermería la responsabilidad de ser la gestora de casos para el seguimiento y control del paciente, con funciones asistenciales, educativas de promoción y prevención | El modelo identifica a la familia y su red de apoyo como corresponsables del cuidado. -se reduce la morbilidad y la mortalidad, además de los ingresos hospitalarios a urgencias. -se mejora la calidad de vida del paciente por el empoderamiento respecto a su autocuidado. -se reducen los eventos adversos de origen medicamentoso por la conciliación en el tratamiento y el seguimiento del gestor de casos. |
| | Wagner, EH. Austin, BT. Davis, C. (2001). Improving Chronic Illness care: Translating evidence into action. Health Affairs. 20(6): 64-78. | El modelo se perfecciona en 2001. | Factores: a) Rediseño de la Práctica b) Educación al Paciente c) Experiencia clínica (sistema experto) d) Información | | |
| Innovative Care for Chronic Conditions | World Health Organization (WHO). (2002). Report: Innovative Care for Chronic Conditions. Building blocks for action. Noncommunicable Diseases and Mental Health. | El modelo propuesto evidencia la articulación de la atención en salud tradicional con la implementación de un nuevo paradigma para el manejo de la enfermedad crónica y su diferenciación con la enfermedad aguda. | Factores: 1) cambio al paradigma 2) Gestión del entorno político 3) Atención medica integrada 4) Alineación políticas sectoriales en salud 5) Atención medica eficaz 6) Atención centrada en el paciente y la familia 7) Apoyo al paciente en su comunidad 8) Énfasis en la prevención. Componentes: a) Política ambiental positiva b) Comunidad c) Organización sistema de salud d) Niveles de gestión (macro, meso, micro). | El trabajador de la salud se beneficia porque le exige trabajar en equipo, por tanto, la responsabilidad es compartida entre este y el sistema de salud que representa. | El modelo identifica a la familia y su red de apoyo como participantes del sistema, al reconocerlos los integra y permite que estos se empoderen en los diferentes niveles de gestión. |
| Kaiser Permanente | Nuño, R. (2007). Buenas Prácticas en Gestión Sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev Adm Sanit. 5(2): 283-292. | Es un informe estudio de caso del modelo de atención Kaiser permanente, derivado del análisis hecho a la sede Central de Kaiser Permanente en Oakland y las dependencias del permanente Medical Group en Sacramento. | Atributos (características): -enfoque poblacional -liderazgo clínico -práctica profesional en equipos -contratación medica de exclusividad -profesionales comprometidos con la gestión de la organización | El trabajador medico se compromete con el cumplimiento de su labor para alcanzar la misión institucional. Alto nivel de satisfacción por parte del trabajador médico. | Alto grado de satisfacción con el modelo de gestión de casos. |

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> -énfasis atención primaria y educación en salud -gestión de la enfermedad crónica -generación de investigación clínica basada en la evidencia. -énfasis en calidad clínica. -manejo de ventaja competitiva <p>Factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Atención primaria en salud integrada -Capacidad resolutoria -Reducción de hospitalización -Equipo médico de expertos -planificación de alta coordinada por equipos y reincorporación rápida al contexto. -uso de vías o rutas clínicas -optimización de quirófanos <p>Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -oferta de un plan de salud con alternativa individual y colectiva -Grupo medico permanente -red hospitalaria financiada por plan de salud. | <p>El médico solo cumple funciones asistenciales, se le retiran las funciones administrativas lo que agiliza la atención y genera satisfacción.</p> | |
| The Liverpool Care Pathway | Husebo, BS, Flo, E, Engedal, K. (2017). <i>The Liverpool Care Pathway: a Systematic review discharged in cancer patients but good enough for dying home patients?</i> BMC Medical Ethics. 18:48. | <p>Revisión sistemática de la literatura en bases de datos que buscaba identificar la adaptación de la ruta de atención LCP en pacientes en etapa terminal.</p> <p>En el informe se presenta un modelo de atención comúnmente utilizado en el Reino Unido de atención dirigida al paciente con enfermedad crónica en estadio terminal donde se establece la voluntad anticipada y se desarrollan actividades de confort al final de la vida.</p> | <p>Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -comunicación abierta y oportuna entre el médico, el paciente en estadio terminal y su familia. -planificación anticipada de la atención (ACP, por sus siglas en inglés). -seguimiento a la planificación anticipada de la atención. | <p>El médico tratante debe ser sensible a las necesidades del paciente, debe establecer una comunicación oportuna y concreta para explicar las conductas a seguir al final de la vida.</p> <p>El médico de cabecera debe conocer muy bien el manejo de fármacos, el manejo de síntomas y el control de estos en la etapa terminal.</p> | <p>El paciente recibe acompañamiento y confort en sus últimos días de vida.</p> <p>El paciente establece voluntad anticipada a partir de la información médica.</p> <p>El paciente mantiene su dignidad y autonomía en las decisiones a tomar al final de su vida.</p> |

Fuente: Elaboración propia, realizada a partir de la revisión de la literatura

7.2.7 Modelo de Atención en Salud Mental – Predictores de Readmisión –

7.2.7.1 ¿En qué consiste el modelo?

La enfermedad mental afecta por igual al paciente y su familia, sus necesidades en salud deben solucionarse durante la hospitalización y continuarse en el proceso de alta. El tratamiento adecuado reduce el reingreso si se combina con un modelo asistencial que incluya un plan de alta y de transición, combinado con un régimen de seguimiento a nivel ambulatorio (Machado, Leonidas, Santos & otros, 2012). La readmisión del paciente dependerá de **factores** como la organización y financiación del servicio de salud, las características del sistema sanitario y la red de apoyo social y familiar (ver tabla 15). La calidad de atención hospitalaria en personas con trastornos psiquiátricos se controla con indicadores y tasas de readmisión (Durbin, Lin, Layne & Teed, 2007), (Rumball & Hider, 2009). Entre las estrategias que reducen la readmisión se cuenta: a) educación al paciente, b) seguimiento posterior al alta, c) coordinación con proveedores de atención ambulatoria (Bradley, Curry, Horwitz & otros, 2012). Una característica del sistema de salud cuando se hace seguimiento a pacientes con trastornos psiquiátricos es la identificación de necesidades. El seguimiento ambulatorio es una medida preventiva asociada a la disponibilidad de cuidados ofrecidos tras la hospitalización, en la cual se descubren las necesidades del paciente respecto a una mayor atención o para una hospitalización subsecuente. Las visitas de seguimiento tienen el potencial de medir el nivel en el que el paciente se encuentra, además con esta información se alimentan indicadores de gravedad y disponibilidad del servicio, esta es una medida preventiva asociada al reingreso. En el mundo existen varios modelos de atención en salud mental: financieros,

institucionales y organizativos. La demanda y oferta de servicio depende de factores del contexto y afectan la prestación del servicio (OECD, 2010) (Paris, Devaux & Wei, 2010).

7.2.7.2 ¿Cuáles son los atributos, factores, componentes y taxonomías del modelo?

En una revisión sistemática de la literatura realizada por Kalseth y colaboradores (2016), en servicios psiquiátricos de Australia, Finlandia, Italia, Noruega, Rumania y Eslovenia entre 2014-2017 se comparó los tipos de intervención de servicios de salud para readmisión de pacientes con diagnóstico psiquiátrico, identificó tres categorías de predictores de readmisión:

Primera categoría de predictores de readmisión: compuesta por variables que le dan característica al sistema de salud:

- a) la regulación legal o de otro tipo
- b) sistema de financiamiento (mediante impuestos frente al seguro social)
- c) las estructuras de gobierno (sistemas de pago a proveedores, grado de descentralización, grado de integración financiera entre hospitales y proveedores de atención primaria y comunitaria entre otras) (Kalseth, Lassemo, Wahlbeck, Haaramo & magnussen, 2016).

Cada país tiene un sistema específico de salud con legislación propia. Israel, por ejemplo, tiene una legislación orientada a la rehabilitación de pacientes con trastornos mentales graves, cuenta con infraestructura comunitaria, y esto se asocia a mayor supervivencia del paciente en la comunidad (Grinshpoon, Abramowitz, Lerner & Zilber, 2007). Por su parte, Estados Unidos, tiene un sistema

de salud basado en pólizas de seguro médico caracterizada por la contención de costos y la mejora de la calidad que afecta resultados de atención en salud, los programas de administración reducen el acceso al servicio y tratamiento bajo la imposición de certificación previa a la admisión, revisión concurrente y administración de casos y reducción de estancias hospitalarias lo que incrementa el riesgo de readmisión en pacientes con enfermedad psiquiátrica, lo cual establece algún tipo de exclusión con reducción de los beneficios médicos (Wickizer & Lessler, 1998).

Segunda categoría de predictores de readmisión: compuesta por variables que miden la capacidad, organización y estructura de los proveedores de atención médica, y describen la composición y estructura de la prestación de servicios sociales y de salud en áreas geográficas, regiones o comunidades, o en un proveedor específico.

- a) Variable capacidad: miden en forma de recurso directo (gasto, tarifa de camas, tarifas de personal) Tipo de proveedores (hospitalarios o comunitarios). Miden en forma de recurso indirecto (duración estadía institucional).
- b) Variable organización: miden aspectos de la organización de los servicios y caracteriza intervenciones específicas
- c) Variables estructurales: tienen relación con el tamaño de los servicios hospitalarios o comunitarios, el alcance de los servicios prestados en un entorno concreto (ejemplo: docencia e investigación, tratamiento del paciente, combinación de casos del hospital, cuidado posterior. (Kalseth, Lassemo, Wahlbeck, Haaramo & magnussen, 2016).

La disponibilidad, calidad y uso de los recursos del sistema de salud tiene relación directa con la ratio personal-cliente, sin embargo, los resultados de la revisión sistemática desarrollada por Kalseth y colaboradores (2016) indican resultados contradictorios, por ejemplo, un estudio mostró que pacientes manejados por psiquiatras tenían mayor probabilidad de ser readmitidos comparados con otros estudios (Lin & Lee, 2009), en tanto que los estudios de no encontraron asociación entre la proporción de personal por pacientes y la tasa de reingreso (Peterson, Swindle, Phibbs & otros, 1994) (Moos, Mertens & Brennan, 1995).

La duración de la estancia hospitalaria está relacionada inversamente con el riesgo y la tasa de readmisión (Peterson, Swindle, Phibbs & otros, 1994) (Mark, Tomic, Kowlessar & otros, 2013) (Oisvold, Saarento, Sytema & otros, 2000) (Wan & Ozcan, 1991). La implementación de una política de alta temprana para dar respuesta a la presión de la capacidad institucional de camas genero un mayor riesgo de readmisión a pacientes que se dieron de alta (Niehaus, Koen, Galal & otros, 2008). En Taiwán se informó asociación entre el grado de especialización del hospital y el tipo de propiedad, demostrando que los hospitales públicos tenían tasas de readmisión más altas que los hospitales privados (Lin, Chen, Lin, & otros, 2010). Otro estudio no encontró diferencias en el riesgo de readmisión entre pacientes dados de alta de hospitales generales y los hospitales psiquiátricos (Heggstad, 20019). La literatura señala que el diseño de programas específicos en las comunidades para el seguimiento de pacientes psiquiátricos post tratamiento, resultan favorables y podrían reducir tasas de readmisión. (Gillis, Koch & Joyi, 1990), (Kolbasovsky, 2009).

Tercera categoría de predictores de readmisión: incluye variables ambientales, y describen en entorno del paciente. Estas se miden en la comunidad y se clasifican como geográficas (área de ubicación del hospital y residencia de los pacientes, densidad poblacional), demografía (composición de la población en términos de edad, genero), variables socioeconómicas (ingreso de la comunidad, nivel de educación, tasa de desempleo). (Kalseth, Lassemo, Wahlbeck, Haaramo & magnussen, 2016). Respecto al medio ambiente, el sistema de salud tiene diferencias según el área geográfica y el país, esas diferencias se ubican en la regulación, el financiamiento y la capacidad de organización. Algunos estudios señalan tasas de reingresos bajas en regiones urbanas (Lin, Chen, Lin & otros, 2010) y readmisión menor en paciente que residen en comunidades con mayor nivel educativo (Stahler, Mennis, Cotlar & Baron, 2009).

7.2.7.3 ¿Cómo influencia el modelo de gestión al trabajador de la salud y al usuario de atención?

En la literatura revisada para este modelo, no se tiene en cuenta el impacto que existe para el trabajador de la salud. Para el paciente, el modelo establece reducción en la Re-hospitalización.

Tabla 15. Resumen Modelo de Atención en Salud Mental -Predictores de Readmisión

| Modelos de Gestión Hospitalaria | Autor, título | Enfoque Estratégico, Muestra y Configuración | Atributos, Factores, Componentes | Influencia | |
|---|---|--|--|--|---|
| | | | | Al trabajador de la salud | Al usuario del servicio de salud |
| Modelo de Atención en Salud Mental – Predictores de Readmisión - | Kalseth, J. Lassemo, E. Wahlbeck, K. Haaramo, P. Magnusse, J. (2016). Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review. BMC Psychiatry. 16:376. | Revisión sistemática de la literatura que buscaba los predictores de la readmisión hospitalaria en pacientes psiquiátricos. Encontró 1018 registros e incorporo al estudio 33 artículos. | <p>Componentes: (Categorías de predictores de readmisión)</p> <p>-Primera categoría a) Regulación legal b) Sistema de Financiamiento c) Estructura de gobierno</p> <p>-Segunda Categoría a) Variable Capacidad b) Variable organización c) Variable Estructura.</p> <p>-Tercera Categoría a) Variable ambiental y del entorno * geográfica * demográfica * Socioeconómica</p> <p>Factores: -Organización y financiamiento del servicio de salud -Características del sistema sanitarios. -Red de apoyo social y familiar.</p> | En la literatura revisada para este modelo no se informa sobre el impacto en el trabajador | El modelo solo informa menor tasa de Re hospitalización para el paciente. |

Fuente: Elaboración propia, realizada a partir de la revisión de la literatura

7.2.8 Modelo de Calidad en la Atención Hospitalaria -Enfoque Multinivel-

7.2.8.1 ¿En qué consiste el modelo?

Según Ferlie & Shortell (2001) en su informe titulado <mejorar la calidad de la atención medica: un marco para el cambio>, señalan que “los sistemas de salud de todo el mundo están buscando formas más rentables de brindar atención. Si bien en el pasado el enfoque se ha centrado en limitar el crecimiento del costo de la atención, se está dando un nuevo énfasis a mejorar la calidad y los resultados de la atención” (Ferlie & Shortell, 2001, p. 281). En este sentido el cambio se ha generado en aquí nivel lo que no ha permitido tener éxito en el cambio, por ello, propone en el modelo de calidad de atención hospitalaria un enfoque multinivel que reconozca la importancia de:

- a) Desarrollo de liderazgo en todos los niveles de la organización.
- b) Incorporación de una cultura persuasiva que apoye el aprendizaje en todo el proceso de atención.
- c) Enfatizar en el desarrollo de los equipos eficaces de trabajo.
- d) Uso mayor de las tecnologías de la información para establecer un trabajo bajo la perspectiva de la mejora continua y la responsabilidad externa.

7.2.8.2 ¿Cuáles son los atributos, factores, componentes y taxonomías del modelo?

Ferlie & Shortell, reconoce que existen factores que influyen en la forma como los países apropian su modelo en sus sistemas de salud debido a características propias de tipo cultural y político. Sin

embargo, sugieren que el cambio multinivel debe tener implementado el enfoque de mejora continua (CQI, por sus siglas en inglés) y el modelo de la gestión de la calidad total (TQM, por sus siglas en inglés). En la tabla 16, se resumen los factores a tratar en cada nivel.

Tabla 16. Niveles del cambio para mejorar la calidad

| Nivel | Factores |
|----------------------|--|
| Individual | Detalles académicos retroalimentación de datos evaluación comparativa pautas, protocolos, implementación de vías desarrollo de liderazgo. |
| Grupal / equipos | Desarrollo de equipos rediseño de tareas auditorías clínicas colaboraciones innovadoras guía, protocolo, implementación de vías. |
| Organización | Aseguramiento de la calidad Mejora continua/total de la calidad gestión de la calidad desarrollo organizacional cultura organizacional aprendizaje organizacional gestión / transferencia de conocimiento. |
| Sistema / entorno | organismos nacionales de control centros de práctica basada en la evidencia agencias de acreditación/ concesión de licencia divulgación pública (boletas de calificaciones), políticas de pago sistemas legales. |

Fuente: Ferlie & Shortell, 2001, p.284. (cuatro niveles del cambio para el mejoramiento continuo)

Respecto al nivel individual Ferlie & Shortell reconocen que las actitudes individuales son importantes, pero estas deben ir acompañadas de estrategias que mejoren esfuerzos de calidad. La educación médica continua tradicional da buenos resultados, pero esta se potencializa si, además, se utilizan guías y protocolos de práctica. Sobre los equipos o grupos de trabajo, Ferlie & Shortell

indican, que estos trabajan como un microsistema replicable en las organizaciones, son responsable de los recursos humanos, financieros y tecnológicos incorporados en su trabajo. El concepto de microsistema adecuadamente manejado genera mejora de la calidad clínica. La mayoría de los servicios médicos y de salud se prestan en grupos de equipos. Los equipos representan una palanca potencialmente poderosa para el cambio. Los equipos son el componente básico de los microsistemas. Un microsistema es la unidad replicable más pequeña dentro de una organización. Responsable en el sentido de que contiene en sí mismo los recursos humanos, financieros y tecnológicos necesarios para realizar su trabajo. El concepto de microsistema está emergiendo como el foco del trabajo de mejora de la calidad clínica. El desafío consiste en desarrollar equipos efectivos que generen mejores resultados sobre los cuales se puedan generar mediciones de su práctica, intercambiar información o comunicación con gerentes de servicio y otros grupos de interés, que puedan manejar las necesidades de la población respecto al tratamiento de enfermedades crónicas entre otros aspectos (Ferlie & Shortell, 2001, p.285).

En cuanto al nivel de la organización, el interés en los enfoques de calidad total y mejoramiento continuo debe afectar favorablemente las funciones administrativas, financieras y de servicio, sin embargo, estos autores señalan que existen algunas barreras en su implementación, entre las que se cuentan: a) falta de una fuerza constante de tipo externa que impulse en las empresas la mejora continua, b) sistemas de información inadecuados, c) falta de participación del personal de la salud en los procesos, d) liderazgo y apoyo insuficiente a los grupos de trabajo desde la alta gerencia, e) dificultades para adaptar las prácticas de mejoramiento continuo y calidad porque estos provienen de la industria y deben ser adaptados al sector salud (Ferlie & Shortell, 2001, p.286). Las barreras descritas se constituyen en los componentes fundamentales de este modelo de gestión. Respecto al

sistema y el entorno más grande, Ferlie & Shortell, han señalado que las estrategias del cambio organizacional exigen que el cambio sea reforzado en la macroeconomía de la atención médica, en este sentido se debe financiar y pagar la atención con incentivos que sean rápidamente efectivos, además se necesita transparencia en la información y en las cuentas, especialmente para alcanzar el concepto de calidad desde el sector público (Ferlie & Shortell, 2001, p.288).

7.2.8.3 ¿Cómo influencia el modelo de gestión al trabajador de la salud y al usuario de atención?

En el modelo analizado por Ferlie & Shortell, se identifica que el trabajador de la salud es importante para aplicar sus conocimientos y actitudes a la consecución de los objetivos de la organización y del sistema de salud, en ese sentido el trabajador de la salud es quien dinamiza las actividades que correspondan para desarrollar la mejora continua a los procesos y alcanzar la gestión de la calidad total. En la tabla 16, se identifica factores individuales como las características académicas del trabajador de la salud y la puesta en marcha de pautas, protocolos y rutas de atención. Es este proveedor de salud quien pauta liderazgo individual, cumple con su función profesional, aplica la ética a sus acciones y se relaciona con los demás miembros del equipo de salud, generando actividades ahora grupales, puesto que los grupos o equipos de trabajo se constituyen en microsistemas que de su éxito dependerá su réplica en la organización. El microsistema es el que genera la calidad en las acciones corporativas en salud.

Los equipos de trabajo en las organizaciones de salud son potencialmente efectivos en los microsistemas y responden por los recursos dispuestos para desarrollar su trabajo (Ferlie &

Shortell, 2001, p.285). Finalmente, es la organización la que delega en el trabajador el cumplimiento de los objetivos corporativos y la consecución del enfoque de calidad acompañado del mejoramiento continuo, para que ello suceda se requiere en un ambiente ideal el que se cuente con una fuerza constante desde el ámbito administrativo para que se establezca la mejora continua, además, se requiere de sistemas de información complejos pero adecuados para que esté disponible y las actividades de cuidado fluyan (Ferlie & Shortell, 2001, p.286).

Tabla 17. Resumen Modelo de Calidad en la Atención Hospitalaria-Enfoque Multinivel-

| Modelos de Gestión Hospitalaria | Autor, título | Enfoque Estratégico, Muestra y Configuración | Atributos, Factores, Componentes | Influencia | |
|---|--|--|--|---|--|
| | | | | Al trabajador de la salud | Al usuario del servicio de salud |
| Modelo de Calidad en la Atención Hospitalaria -Enfoque Multinivel- | Ferlie, EB. Shortell, SM. (2001). Improving the Quality of health care in the United Kingdom and the United States: A Framework for change. The Milkbank Quarterly. 79(2):281-315. | El modelo se construye a partir de la revisión contextual de la literatura y de la experiencia de los autores. | <p>Factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Individual b) Grupal / equipos c) Organización d) Sistema / Entorno. <p>Atributos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Enfocado en la calidad total b) Enfocado en el mejoramiento continuo c) Enfocado en los equipos de trabajo del microsistema d) Enfocado en la información <p>Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fuerza que impulse la mejora continua y desarrollo de prácticas adaptativas. b) sistema de información adecuados c) participación del trabajador de la salud d) Liderazgo y apoyo de la alta gerencia e) practicas adaptativas para el mejoramiento. | <p>El trabajador de la salud es importante porque es quien aplica conocimientos y actitudes al servicio de cumplir los objetivos organizacionales.</p> <p>El trabajador de la salud cumple pautas, protocolos y rutas de atención, utiliza su liderazgo y aplica su función profesional a la necesidad del usuario.</p> <p>El trabajador cumple los objetivos corporativos delegados para obtener la calidad de la atención, bajo el enfoque de mejoramiento continuo</p> | <p>En este modelo lo que se espera es que el paciente obtenga un servicio de alta calidad y que se sienta satisfecho, además que califique muy bien el sistema de salud a partir de la experiencia en la atención.</p> |

Fuente: Elaboración propia, realizada a partir de la revisión de la literatura

7.2.9 Modelo de Atención Centrada en el Paciente.

7.2.9.1 ¿En qué consiste el modelo?

Según Chan (2018), el manejo de pacientes en cuidado paliativo merece un cambio de paradigma del modelo biomédico tradicional al modelo biopsicoespiritual. El cuidado paliativo es reconocido por la Organización Mundial de la Salud como parte de la cobertura universal en salud, lo cual desde 2014 se ha fortalecido como un componente de atención integral a lo largo de la vida.

En una revisión sistemática realizada por Cardona y colaboradores en 2016, identificó que, en los 38 estudios seleccionados en 10 países, hasta el 38% de los pacientes recibieron en los últimos seis meses de vida, tratamientos no beneficiosos en unidades de cuidado paliativo (Cardona, Kin, Turner & otros, 2016). En la medicina moderna el modelo biomédico predomina, pero en cuidados paliativos con el fin de aliviar el sufrimiento de pacientes y familiares, se hace indispensable modificar este modelo tradicional que se enfoca en la enfermedad para transitarlo a un modelo biopsicoespiritual enfocado en la atención centrada en la persona. Este modelo, está fundamentado en la Organización Mundial de la Salud (OMS), o, (WHO, por sus siglas en inglés) que define al cuidado paliativo como un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes con enfermedades potencialmente mortales, para prevenir y aliviar el sufrimiento identificando tratamientos dirigidos a problemas físicos, psicosociales o espirituales (WHO, 2014). El cuidado paliativo ofrecido en las siguientes 12 semanas al diagnóstico de cánceres incurables se constituye en un modelo de servicio para esta población (Haun, Stel, Rucker & otros, 2017). De igual forma, el cuidado ofrecido se asocia a la satisfacción del paciente y de su cuidador generando una menor utilización de la

atención médica (Kavalieratos, Corbelli, Zhang & otros, 2016). Las consultas de cuidado paliativo en el hogar reducen también el reingreso hospitalario (Diop, Rudolph, Zimmerman & otros, 2017).

En cuidados paliativos, la atención domiciliaria es un componente benéfico para el paciente y su familia comparado con la atención hospitalaria convencional, puesto que reduce la carga de los síntomas para el paciente y permite que la muerte llegue en compañía de la familia (Gomes, Calanzani, Curiale, McCrone & Higginson, 2013). En un estudio aleatorio controlado realizado por Wong y colaboradores (2016), en Hong Kong que estudiaba la transición de cuidados domiciliarios en pacientes con insuficiencia cardiaca terminal, identificaron que, las tasas de readmisión fueron bajas en el grupo intervención, a las 12 semanas del estudio, experimentando mejoría clínica en la depresión y la disnea. Las intervenciones consistieron en visitas domiciliarias semanales, llamadas telefónicas y seguimiento mensual por enfermería (Wong, Ng, Lee & otros, 2016). Algunos autores han comentado que aliviar el dolor es el principal objetivo de la atención domiciliaria, sin embargo, el alivio del sufrimiento queda en segundo plano, por ello, para el sistema de salud, es imperativo que los cuidados paliativos se centren en aliviar el sufrimiento grave, porque esta condición limita la vida y su calidad (Knaul, Farmer, Krakauer & otros, 2018). El sufrimiento psicoespiritual se expresa con alteración del estado de ánimo y deseos de acelerar la muerte. El sufrimiento es un proceso intrapersonal que “consiste en un pasado irrevocable, un presente insoportable y un futuro incomprensible que amenaza el sentido de sí mismo” (Sacks, 2013).

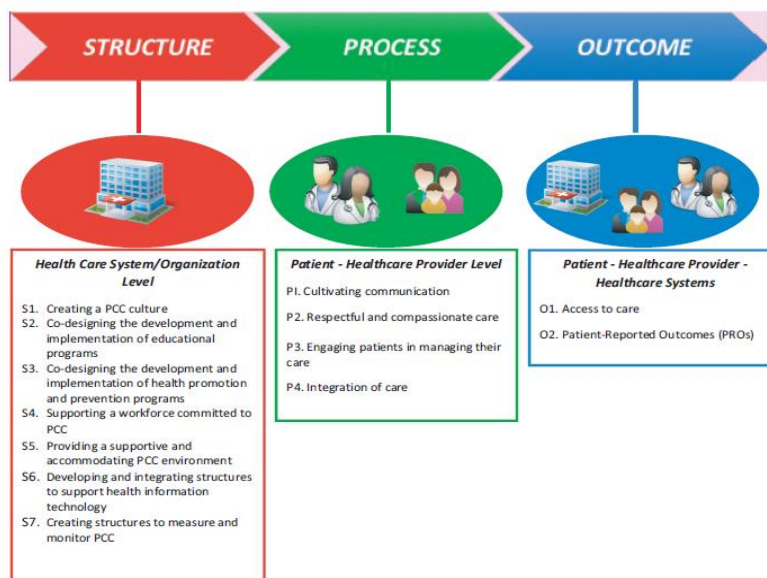
De acuerdo con Santana y colaboradores (2018), las organizaciones y los sistemas de salud, buscan mejorar el desempeño mediante la implementación de un Modelo de Atención Centrado en la

Persona (PCC por sus siglas en inglés). En su revisión narrativa de la literatura sintetizaron la evidencia y recomendaciones de las mejores prácticas para su implementación a partir del Modelo de Donabedian para mejorar la atención médica, los resultados fueron clasificados en categorías de Estructura, Proceso y Resultado para determinar la calidad en salud. El dominio estructura incluye: creación de una cultura para PCC, diseño de programas educativos y de promoción y prevención en salud, entorno de apoyo y complacencia, desarrollo de estructuras para apoyar la tecnología de información en salud, medición y monitoreo del desempeño del modelo.

El dominio proceso describe la importancia de manejar la comunicación, el cuidado respetuoso y compasivo, incluye al paciente en la gestión e integración de la gestión. El dominio resultado incluye el acceso a la atención y resultados notificados por el paciente. El modelo de atención centrado en la persona (paciente) se ha establecido para la calidad de la atención médica y para la seguridad del paciente. El concepto PCC originalmente fue descrito como un proceso que permite entender al paciente como un ser humano único (Balint, 1969). La PCC se ha descrito de muchas formas, reconociéndose con los siguientes nombres: atención centrada en el paciente / la familia, atención centrada en las relaciones, atención personalizada, atención centrada en el cliente / usuario. Para Santana y colaboradores el nombre del modelo presenta variaciones regionales, en Estados Unidos se le nombra como modelo médico de atención centrada en el paciente. En el Reino Unido se le conecta con Atención Primaria. En Escocia se denomina <Mutualidad>. Desde 2007, la Organización Mundial de la Salud, ha generado políticas para la atención en salud centrada en las personas (WHO, 2007), y para el trabajador (WHO, 2006) (WHO, 2008), con el fin de establecer una atención primaria en salud de alta calidad. El PCC es un modelo en el que los proveedores de la atención médica se asocian con el paciente para diseñar y brindar una atención

personalizada, hecha a la medida de la necesidad del paciente y tendiente a garantizar la calidad. Con el modelo se busca mejorar la eficiencia y eficacia del sistema de atención en salud. El modelo exige rediseño de servicios, identificación de roles y reestructuración de procesos de atención. En la figura 8, se representa desde la perspectiva de calidad en el modelo de atención en salud centrado en la persona, los elementos que constituyen en las categorías de Estructura, Proceso y Resultado.

Ilustración 8. Componentes del Modelo de Atención Centrada en la Persona (PCC)



Fuente: Tomado de Santana, Manalili, Jolley & otros, 2018, p.431.

7.2.9.2 ¿Cuáles son los atributos, factores, componentes y taxonomías del modelo?

Santana y colaboradores, presentan el PCC bajo la estructura de calidad de Donabedian. En la dimensión de la Estructura existen dos dominios y siete componentes para promover el PCC, (ver tabla 18). La dimensión de Proceso, se relacionan cuatro dominios y siete componentes (ver tabla 19). La dimensión de Resultado se relacionan dos dominios y seis componentes (ver tabla 20).

Tabla 18. Dominios y componentes de la Estructura en el Modelo PCC.

| Dominio | Componentes |
|--|--|
| Crear una cultura para el modelo PCC | 1. Filosofía y valores organizacionales |
| | 2. Establecimiento de una definición operativa para el PCC |
| Co- diseñar e implementar programas de educación | 3. Capacitación estandarizada en PCC en todos los profesionales de salud |
| Co- diseñar el desarrollo e implementación de programas de prevención y promoción | 4. Colaboración y empoderamiento de pacientes, comunidades y organizaciones en el diseño de programas |
| Apoyar a la fuerza laborar comprometida para el PCC | 5. Garantizar recursos para que el personal practique el PCC |
| Proporcionar un entorno PCC de apoyo y complaciente | 6. Diseño de instalaciones y servicios sanitarios que promuevan la PCC |
| | 7. Integrar los servicios de toda la organización para promover la PCC |
| Desarrollar e integrar estructuras para apoyar la tecnología de la información sanitaria | 8. Plataforma común de ciber-salud para el intercambio de información sanitaria entre proveedores y pacientes. |
| Creación de estructuras para medir y monitorear el desempeño del PCC | 9. Co- diseñar y desarrollar un marco de medición, seguimiento y evaluación |

Fuente: Santana, M. Manalili, K. Jolley, R & otros, 2017, p.434.

Tabla 19. Dominios y componentes del Proceso en el Modelo PCC.

| Dominio | Componentes |
|---|---|
| Cultivar la comunicación | 1. Escuchar al paciente |
| | 2. Ofrecer información |
| | 3. Discutir el cuidado y los planes con el paciente |
| Respeto y cuidado compasivo | 4. Siendo receptivo a las preferencia, necesidades y valores del paciente |
| | 5. Brindando cuidados de apoyo |
| Involucrar a los pacientes en el manejo de su cuidado | 6. Co- diseñando planes de cuidados con el paciente |
| Integrando el cuidado | 7. Comunicación e información que se intercambia para coordinar la continuidad de la atención |

Fuente: Santana, M. Manalili, K. Jolley, R & otros, 2017, p.434.

Tabla 20. Dominios y componentes de los Resultados en el Modelo PCC.

| Dominio | Componentes |
|----------------------|----------------------------------|
| Acceso a la atención | 1. Acceso oportuno a la atención |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | 2. Disponibilidad de cuidados |
| | 3. Carga financiera |
| Resultados informados por el paciente | 4. Medidas de resultado informadas por el paciente |
| | 5. Experiencia informada por el paciente |
| | 6. Resultados adversos informados por el paciente |

Fuente: Santana, M. Manalili, K. Jolley, R & otros, 2017, p.436.

7.2.9.3 ¿Cómo influencia el modelo de gestión al trabajador de la salud y al usuario de atención?

El compromiso del personal de salud con el PCC es importante para reducir errores, evitar eventos adversos y establecer mejor gestión clínica, así el paciente percibe mayor calidad en la atención y genera satisfacción con el servicio recibido (Coulter, 2007). Con el modelo, el profesional de la salud se siente comprometido a brindar un mejor servicio y alcanzar la excelencia; el acceso oportuno en la salud asegura una atención medica oportuna, reduciendo tiempos de espera, mejorando la operación del servicio, estableciendo derivaciones optimas a especialistas, reduciendo readmisiones hospitalarias y la morbilidad por falta de continuidad en el cuidado. Para las instituciones de salud el PCC genera ahorro en costos, sin embargo, inicialmente su implementación requiere de un proceso importante de inversión en términos de capacitación para crear una cultura de atención y de seguridad del paciente. La adopción de este modelo genera desafíos institucionales lo que significa una reestructuración a las políticas y los valores corporativos y una nueva forma de pensar como brindar una atención que represente mayor calidad y satisfacción.

Tabla 21. Resumen Modelos de Atención Centrada en el Paciente

| Modelos de Gestión Hospitalaria | Autor, título | Enfoque Estratégico, Muestra y Configuración | Atributos, Factores, Componentes | Influencia | |
|--|---|---|---|---|---|
| | | | | Al trabajador de la salud | Al usuario del servicio de salud |
| Modelo de Atención Centrada en el Paciente. | Santana, M.J. Manalili, K. Jolley, R. Zelinsky, S. Quan, H. Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual Framework. Health Expectations. 21: 429-440. | Revisión narrativa de la literatura, que desarrolla un marco conceptual genérico que trata el modelo de Donabedian para mejorar la atención médica clasificado en categorías (Estructura, Proceso, Resultado) | <p>Taxonomía: -Estructura, -Proceso, -Resultado</p> <p>Componentes: Componente de Estructura -Filosofía y valores organizacionales -definición operativa del modelo, capacitación estandarizada en el modelo a trabajadores de la salud -colaboración y empoderamiento de pacientes y garantizar recursos para el personal -diseño de instalaciones y servicios sanitarios que promuevan el modelo -integración de servicios en la organización para promover el modelo -plataforma de ciber salud para intercambio de información sanitaria con proveedores de salud. co- diseño y desarrollo de un marco de medición y evaluación</p> <p>Componente de Proceso -Escuchar al paciente, ofrecer información -discutir el cuidado y planes con el paciente -receptividad a las preferencias, necesidades y valores del paciente -brindar cuidados de apoyo -co- diseño de planes de cuidado con el paciente. -información intercambiable para coordinar continuidad de la atención.</p> <p>Componente de Resultado -Acceso oportuno a la atención, Disponibilidad de cuidados, Carga financiera -Medidas de resultado informadas por el paciente -experiencia informada por el paciente -resultados adversos informados por el paciente.</p> | <p>El personal de la salud logra compromiso con la calidad del cuidado y genera satisfacción de la labor.</p> <p>El trabajador de la salud brinda un mejor servicio y tiene en cuenta las necesidades del paciente.</p> | <p>El paciente se siente satisfecho y reconocido al realizar un plan de cuidado para su salud con acompañamiento del personal que le atiende.</p> <p>La satisfacción del paciente se incrementa en la medida que se le asegure resultados en salud y atención oportuna.</p> |

Fuente: Elaboración propia, realizada a partir de lo encontrado en la revisión de la literatura

8 Análisis y Discusión de Resultados

Cuando se revisa el concepto de modelo de atención en salud, se identifica que, este es una representación de una realidad entre un oferente y un receptor de servicios de salud, el modelo orienta a una organización a partir de principios, políticas, fundamentos, elementos, atributos, filosofías, características, campos de acción, lineamientos legales y sociales, procesos administrativos, entre otros, sin embargo, revisada la literatura científica en el periodo de estudio, se encuentra que este concepto se transforma y aparecen representaciones gráficas y símbolos, conexiones entre conceptos, y no hay uniformidad en su consolidación. Igualmente, se identificaron publicaciones que tenían algún modelo de atención, varios estaban representados simbólicamente con explicaciones contextuales en tanto que otros, señalaban algunos de sus componentes, características o atributos, clasificaciones o taxonomías, sin embargo, no se encontró homogeneidad ni en el significado y ni en su representación gráfica.

Los modelos de gestión hospitalaria influyen en la percepción de la calidad de la atención. En esta investigación se encontró 9 modelos de gestión hospitalaria, el contexto donde estos se desarrollan tienen diferenciación social, económica, cultural y política, algunos, presentan similitudes, otros, han sido apropiados de experiencias ajenas y se han remasterizado en el tiempo (es el caso del modelo asistencia de planificación del alta, y, modelo de la calidad). La mayoría de los estudios evidencia acciones realizadas por personal de la salud en ámbitos hospitalarios y ambulatorios, otros muestran efectividad de las intervenciones en hogares geriátricos. Una característica de la mayoría es hablar del proveedor de la salud, este concepto puede hacer referencia al servicio de

salud del país, una institución especializada o de atención básica en salud, o, referido como el médico, la enfermera, o cualquier otro profesional de la salud.

Sólo 5 modelos fueron representados con gráficas, figuras y relaciones: a) modelo de atención por pago alternativo de Kondo y colaboradores, b) Modelo de atención culturalmente apropiado de Suphanchaimat y colaboradores, c) Modelo de Atención centrado en centrado en la persona de Santana y colaboradores, d) Chronic Care Model de Wagner y colaboradores, e) Innovate Care for Chronic Conditios de la Organización Mundial de la Salud. En todos los modelos se identifican 3 actores principales sobre los que se establece algún tipo de comunicación para alcanzar los objetivos de la salud, estos son: a) el sistema de salud del país origen, b) el proveedor del servicio (un profesional solo o en interacción con otros; una institución especializada), c) el receptor del servicio, el cual siempre es el paciente, pero en algunos modelos también se incluye a la familia, especialmente en aquellos donde se ofrecen servicios de seguimiento ambulatorio o en hogares de atención al adulto mayor. No en todos los modelos aparecen estos tres actores, pero se conjugan como mínimo dos de estos (el proveedor y el receptor) (ver anexo 1). La aplicación práctica del modelo se establece por lo general, en un programa de salud y en acciones concretas dirigidas a una población diana, que tiene necesidades concretas para manejo, tratamiento y seguimiento patológico, que dinamizan la relación entre el proveedor y el receptor y es común encontrar algunas barreras o limitaciones para su aplicación, entre las que se identificaron:

a) falta de sostenibilidad presupuestal en el tiempo, dificultades en la contratación, afectación de la oferta a pesar de la demanda (modelo de atención rural por telesalud).

b) Dificultades en la implementación de una cultura de comunicación entre médicos especialistas y enfermeras de practica avanzada en geriatría con enfermeras y médicos hospitalarios, pues estos últimos valoran y evidencian las necesidades físicas y orgánicas, en tanto que los primeros, dinamizan en forma holística el manejo del adulto mayor (modelo de atención multidisciplinario/interdisciplinario; modelo <Equipo De Transición Interdisciplinario Flotante Geriátrico (Geri-FITT)>).

c) Dificultades para comprender al paciente por las características de su cultura y falta de formación sobre las necesidades culturales en salud (modelo de prestación culturalmente apropiado), lo cual se complementa con el choque cultural e idiomático que establece dificultad para comprender la necesidad del usuario, generando conflicto ético entre lo que se exige en el modelo y la responsabilidad deontológica de la profesión médica, ello, incrementa el estrés del trabajador de la salud y le obliga a establecer conductas adaptativas reactivas para evitar conflictos especialmente con la cultura musulmana, por ello, en la atención al migrante es común que las exigencias legales del país y del sistema de salud estén en contravía con la rutina profesional médica (modelo de prestación culturalmente apropiado dirigido a la población migrante legal e indocumentada).

d) Brechas y limitaciones en los tiempos de atención, disponibilidad del personal y la perspectiva de la calidad de vida del paciente, afecta la percepción de la calidad y entorpece la ruta de atención (modelo integrado de atención en el modelo de atención para la enfermedad inflamatoria intestinal).

e) La contención de costos para la atención de pacientes crónicos se constituye en una limitante, especialmente para implementar modelos que exigen el trabajo de un equipo multidisciplinario integrado (modelo de atención combinado).

f) Las políticas públicas pueden favorecer o no la implementación del compromiso de las instituciones en el sector salud, puesto que la carga presupuestal elevada dirigida a la salud de enfermedades crónicas por ejemplo, representan un alto costo de funcionamiento, esa limitante que afecta el presupuesto exige una mirada diferente a la tradicional, por lo que se hace necesario modificar los paradigmas de atención biomédica por nuevos enfoques biopsicosociales (Chronic Care Model; Innovate Care for Chronic Conditions).

g) Otras barreras pueden estar relacionadas con limitantes en la atención, especialmente para el adulto mayor cuando este requiere atención en cuidado intensivo, pues se maneja la patología y no al ser humano en condición de senectud. La falta de conocimiento del proveedor de salud en los centros de atención al adulto mayor, sobre cuidados paliativos, inducen a la aparición de eventos adversos relacionados con la no conciliación farmacológica, además del manejo subóptimo de síntomas de enfermedades asociados al envejecimiento. Los recursos en los centros de atención al adulto mayor es limitado y carecen estos, de un trabajo interdisciplinario o multidisciplinario, porque contratarlos genera una alta carga presupuestal, además en modelos como el *Innovate Care for Chronic Conditions*, *The Liverpool Care Pathway*, exigen se establezca una comunicación entre el proveedor de salud hospitalario y ambulatorio, lo que significa que es difícil generar cambios actitudinales en el recurso humano, no sólo por falta de disposición del proveedor sino porque el modelo carece de financiamiento.

h) En condiciones de enfermedad crónica de tipo salud mental, las limitantes se encuentran en la forma como los Estados regulan el financiamiento de la salud, puesto que el servicio de salud es el encargado de establecer elementos constitutivos para una atención óptima donde el receptor reciba

oportunamente atención, pero factores organizativos, la falta de red de apoyo social y familiar y la forma como se organiza y financia este tipo de fenómeno social afecta la atención (Modelo de atención en salud mental predictores de readmisión).

i) Las barreras en la implementación del modelo de calidad dependen de la fuerza como las instituciones promueven la mejora continua. Una situación que afecta la relación entre el proveedor de salud y el paciente es el inadecuado sistema de información y la falta de participación del equipo de trabajo en los procesos. Un aspecto importante en el modelo de calidad es que al trabajador de la salud se le pide el desarrollo de liderazgo, sin embargo, este aspecto depende más del apoyo en términos educativos de la organización y de las dificultades para adaptar prácticas de mejoramiento continuo y de la inclusión de una cultura de seguridad del paciente mediante el incremento en la calidad de los procesos de atención.

j) En el modelo de atención centrada en el paciente, la principal limitante referida en la literatura fue la infraestructura económica para la contratación de proveedores de salud capaces de ofrecer una atención de calidad. En este modelo el servicio de salud empodera al proveedor para garantizar la calidad en la atención dirigida al receptor, pero, es el paciente quien valora el servicio recibido y la calidad de acuerdo con su percepción.

k) En la revisión de la literatura se identificó que la seguridad del paciente está presente en los siguientes modelos de gestión: modelo multidisciplinar/ interdisciplinar, también denominado Modelo integrado de gestión (Fiorino & otros, 2019), (Smith & otros, 2017), (Weeks & otros, 2016), (Aitken & otros, 2018), especialmente en el modelo Geri- Fitt (Arbaje & otros, 2010),

modelo de planificación del alta (Mabire, Dwyer & otros, 2016), modelo de calidad de la atención hospitalaria (Ferlie & otros, 2001), y el modelo de atención centrada en el paciente (Santana & otros, 2018). La seguridad del paciente es una política orientada por la Organización Mundial de la Salud, que ha sido aceptada por la mayoría de países para reducir los eventos adversos en la atención hospitalaria, esta permite empoderar al trabajador de la salud, creando una cultura, rutinas e interacciones de comunicación y liderazgo para garantizar la calidad de la atención e incrementar la satisfacción del usuario; en Noruega, por ejemplo, la seguridad está inmersa en la atención primaria en salud en hogares del adulto mayor, al igual que a nivel hospitalario (Hammons, Piland, Small & otros, 2003) (Weingart, Wilson, Gibberd & Harrison, 2000) (Gandhi, Weingart, Borus & otros, 2000).

En el estudio de Bondevik y colaboradores (2017) ejecutado en cinco hogares geriátricos de la ciudad de Tonsberg (Noruega), identificó que los médicos realizaban cortas visitas a los pacientes, por lo que se percibió escasa colaboración de estos con las enfermeras, las asistentes de enfermería y los pacientes. Bondevik (2017), también indicó que las enfermeras más jóvenes identificaban con mayor facilidad los riesgos de seguridad debido a que su capacitación en este tema era reciente y lo incorporaban más fácilmente a su labor comparado con las enfermeras que tenían mayor apego al lugar de trabajo por el tiempo de labor en la organización (Bondevik, Hofoss, Husebo & Deilkas, 2017).

Sobre la administración de medicamentos se ha establecido que el uso de más de ocho fármacos en pacientes de hogares de ancianos en Noruega, incrementa la posibilidad de caídas y lesiones, aparentemente en estos hogares, se acostumbra a la prescripción por continuidad de tratamiento sin

una evaluación clínica (Bonner, Castle, Men & otros, 2009). La cultura de seguridad debe instaurarse en cualquier contexto de prestación de servicios de salud, sea hospitalaria, ambulatoria o lo que se reconoce como atención primaria, puesto que existe una importante asociación entre esta y los resultados clínicos positivos o desfavorables como lo indican las lesiones por caídas (Thomas, Hyer, Castle & otros, 2012).

Los modelos de atención para el manejo de las condiciones crónicas encontradas en la literatura señalan la importancia de la autogestión y el apoyo del sistema de salud para la toma de decisiones. El modelo Chronic Care Model (CMM) descrito desde 1996 por Wagner y colaboradores destaca que existen factores de la práctica asistencial que deben ser modificados para establecer un proceso educativo que prevenga alguna complicación respecto al manejo de su tratamiento y la adherencia a este, en ese sentido, al profesional de enfermería se le delega la gestión de casos, puesto que el seguimiento y control al paciente apoyado con acciones de promoción y prevención, reducen la morbilidad y los reingresos hospitalarios. Los eventos adversos también tienden a ser reducidos en este modelo siempre y cuando se haga conciliación farmacología.

La seguridad del paciente está implícita en los modelos de gestión encontrados y este concepto se aplica a entornos hospitalarios y ambulatorios, bajo el concepto de atención primaria. La cultura de seguridad implica establecer actitudes, rutinas y prácticas que reducen riesgos en la atención (Deilkas & Hofoss, 2010), (Bondevik, Hofoss, Husebo & Deilkas, 2019). En los hogares geriátricos la cultura de seguridad tiene implicaciones por la vulnerabilidad de esta población, las lesiones por caídas y errores en la medicación fueron encontradas en los reportes (Bonner, Castle, Perera &

Handler, 2008) (Bor, Matuz, Csator dai & otros, 2017), (Pfortmueller, Lindner & Exadaktylos, 2014).

Los modelos denominados Kaiser permanente (modelo económico americano) y el modelo Innovative Care for Chronic conditions (promovido por la OMS) están íntimamente relacionados, y modifican el paradigma tradicional de atención para el manejo de la cronicidad con un enfoque de necesidades de la población, en este sentido, la OMS indica la importancia de establecer una política acorde a una atención médica integral cuyo énfasis es la prevención y el manejo según los niveles de gestión en la administración. El involucrar al trabajador de la salud en procesos de cambio y en la integración de la atención promueve en este, la capacidad resolutoria, y en el paciente la reducción de las consultas. En los contextos en donde se aplican los modelos de atención a la cronicidad se denota la importancia de la atención primaria y la existencia del médico de cabecera quien se encarga de realizar el seguimiento a los pacientes. Se identificó que, en los contextos estudiados, el cuidado hospitalario, la atención primaria y el seguimiento ambulatorio tienen significados contradictorios, especialmente, en hogares de atención para el adulto mayor. El modelo Liverpool Care Pathway expuesto por Husebo y Colaboradores (2017) se utiliza comúnmente en el Reino Unido, Noruega y Países Bajos, aparentemente ha dado resultado en cuanto a que genera una ruta de atención en condiciones finales de vida, donde se empodera al paciente y se le acompaña ofreciéndole confort. A pesar de ello, pareciera contradictorio que este modelo incorporado en el cuidado en los centros del adulto mayor no pueda ser instaurado por problemas presupuestales y porque la dedicación del médico en estos centros de atención se reduce al mínimo, como se ha expuesto en párrafos anteriores.

La enfermedad crónica genera algunos procesos de discapacidad que se relacionan con el dolor. La osteoartritis, por ejemplo, deteriora la calidad de vida, y en la medida que se envejece la afectación en la movilidad es mayor (Bijlsma, Berenbaum & Lafeber, 2011). Para el sistema de salud, los costos se incrementan, no sólo por el valor del tratamiento, sino que se establecen pérdidas relacionadas con ausencias en el trabajo (Bitton, 2009). Algunas estrategias no farmacológicas para el manejo de enfermedades crónicas como la osteoartritis vinculan el ejercicio con la reducción de peso (National Clinical Guideline Centre, 2014), y esta parece ser una estrategia importante en los modelos de cronicidad y en el modelo asistencial planificación del alta que fueron reportados en la literatura consultada, la cual se acompaña de procesos educativos que algún gestor en salud debe ofrecer y que por lo regular recae en el profesional de enfermería.

El manejo del dolor crónico es un fenómeno de interés para la salud pública porque afecta la calidad de vida, interfiere en la vida cotidiana, genera inversión y gastos de recursos sanitarios, afecta el sueño, el trabajo y el funcionamiento físico, mental, emocional y social. El modelo que aparentemente sirve para atender a este tipo de pacientes tiene una orientación biopsicosocial y si se aplica correctamente reduce tiempos de espera (Guzman, 2001) (Scascighini, Toma, Dober & otros, 2008). En una investigación cualitativa, Hadi y Colaboradores (2017), detectaron barreras para el manejo efectivo de dolor en pacientes del servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS), las cuales fueron descritas como: a) relacionadas con los profesionales sanitarios, b) relacionadas con el servicio de salud. Las barreras relacionadas con los profesionales de la salud se constituyeron por la percepción del paciente sobre el médico tratante, a quienes consideraban faltos de interés y empatía, con fallos en conocimientos especializados para el manejo del dolor, además percibieron falta de comunicación entre los profesionales de salud. El dolor fue manejado

por médicos de atención primaria lo que indicó capacidad reducida de este grupo de profesionales para evaluar y controlar el dolor crónico.

Hadi informo que los pacientes sentían que los médicos de cabecera carecían de interés, no escuchaban sus problemas ni controlaban adecuadamente el dolor, como si no les interesara identificar la causa, por lo que los pacientes se decepcionaron del servicio y sintieron que estaban perdiendo tiempo explicando al médico sus necesidades (Hadi, Alldred, Briggs & otros, 2016). De igual forma, respecto a la atención de parte de los especialistas en reumatología, los pacientes percibieron que este le interesaba escuchar sus problemas iniciales para el manejo del dolor y otra sintomatología, pero no sentían que se interesaran por sus problemas que estaban en curso, lo que era muy importante para el paciente. Según estos resultados, los pacientes sintieron trato impersonal, sobre todo cuando pasaban de un médico a otro. Los pacientes informaron que el medico carecía de enfoque para manejar el dolor y sus recetas se limitaban a entregar analgésicos sin tener en cuenta otros requerimientos, además lo derivaban a otras consultas consideradas innecesarias por el paciente, generándose sensación de desperdicio de dinero y tiempo lo que incremento la frustración del usuario.

Respecto a las barreras, los pacientes evidenciaron consultas breves acompañados de tiempos de espera prolongados en la atención secundaria, faltaba un enfoque holístico. Según Hadi y colaboradores, las consultas breves indicaban que los médicos no podían realizar una anamnesis completa ni podían diseñar planes terapéuticos individualizados para satisfacer necesidades. Las prescripciones de medicamentos generaban riesgos de eventos adversos por falta de conciliación farmacológica. La insatisfacción del paciente se incrementó cuando sentían que existían muchos

pasos entre valoraciones, radiografías, pruebas diagnósticas y sentían que no se generaban progresos en su salud, luego eran derivados a servicios especializados para otros manejos. Los tiempos de espera para la atención hacia que el paciente decidiera consultar particularmente y allí si percibían que les daban el trato que estaban buscando concluyendo que el manejo del sector privado era mejor que el público (Lynch, Campbell, Clark & otros, 2007). La satisfacción del paciente durante una atención en salud está determinada por el cumplimiento de expectativas (Geurts, Willems, Lockwood & otros, 2016). Dada la alta carga de trabajo para los médicos de atención primaria, se propone que otros profesionales como enfermeras y farmacéuticos participen en el manejo del dolor en los entornos de atención primaria (Hadi, Alldred, Briggs & otros, 2016), (Hadi & Alldred, 2015). El dolor crónico es un problema de salud pública, por lo que se debe diseñar estrategias para mejorar la prestación de los servicios, incrementar la calidad percibida de la atención y establecer estrategias para reducir barreras de atención (Hadi, Alldred, Briggs & otros, 2016, p.6). En el Reino Unido, son las enfermeras quienes brindan algún tipo de consulta y seguimiento a pacientes con osteoartritis y realizan derivaciones multidisciplinarias (Dziedzic, Healey, Procheret & otros, 2014). Un programa de atención crónica específica para la osteoartritis en Nueva Gales del sur (Australia), probó un modelo de atención en el que un coordinador evalúa al paciente y lo vincula directamente con un proveedor de atención médica, lo que establece una oportuna atención, garantiza la calidad e incrementa la satisfacción (Brand, Amatya, Gordon & Tosti, 2010).

Los modelos de atención crónica no son perfectos, su funcionamiento depende de la legislación del país respecto a la prestación de los servicios de salud, existen facilitadores y barreras para su implementación, entre ellas el presupuesto asignado, las actitudes, conocimiento, motivación,

rutinas de comportamiento del paciente y del profesional de la salud. La implementación de estos modelos garantiza la provisión de un óptimo tratamiento y la calidad se establece con una comunicación coherente entre el proveedor de salud y el paciente, por ello, los mensajes ofrecidos deben ser coherentes. El identificar las barreras y facilitadores por parte de los administradores de los servicios proporciona la oportunidad de implementar pautas, y estrategias adaptativas para la modificación de la conducta y la obtención de mejores resultados.

La literatura reporta un modelo de atención integrada denominado SAMBA, dirigido a personas con artrosis de cadera y rodilla, que contiene acciones de atención primaria manejada por médicos de cabecera y fisioterapeutas (Brown & Lilford, 2006). Entre los determinantes de la atención se encuentra el uso de guías de atención, la disponibilidad del servicio, el acceso a la evidencia científica, el tiempo ofrecido durante la consulta médica y principalmente la conciencia y actitudes hacia la implementación y uso de guías de manejo. El modelo de atención integrado en el programa SAMBA, consistió en la realización de talleres interactivos entre médicos de cabecera y fisioterapeutas, quienes aprendieron sobre las recomendaciones internacionales basadas en la evidencia para el manejo de pacientes con osteoartritis, la educación que se le ofrece a los pacientes y la forma correcta de derivarlos a otros especialistas (Osteras, Bodegom, Dziedzic & otros, 2015). Al revisar los elementos que constituyen el modelo de atención centrada en el paciente y que algunos de estos fueron expuestos por Santana y colaboradores (2018), se identifica que su cimiento está en los conceptos de Avedis Donabedian sobre el enfoque de la calidad de la atención médica que se particulariza en -la estructura, los procesos y los resultados- de la atención en salud. Fue interesante identificar que en la taxonomía usada aparecen unos componentes, sin los cuales, el modelo no funcionaría, como, por ejemplo, el que, si una organización en salud no tiene una

filosofía y unos valores corporativos, afectará tanto los procesos como los resultados en términos de la satisfacción del paciente. La publicación de Santana y colaboradores proviene de Canadá el cual tiene un sistema de salud universal y es protector de los derechos humanos.

El concepto de calidad de la atención ha sido retomado como factor evolutivo en los servicios de salud, así, por ejemplo, autores como Ferlie & Shortell (2001) incorporaron al modelo el concepto de multinivel, indicando que la mejora de la calidad depende de niveles y factores. En el nivel individual se ubican algunos elementos de la teoría administrativa y del liderazgo; en el nivel de equipos o grupos de trabajo se señala la importancia que el trabajador colabore con sus pares y se implementen guías, protocolos y rutas de atención. En la organización estos autores destacan la importancia de establecer la mejora continua para gestionar y asegurar la calidad a partir de implementar la cultura y aprendizaje organizacional.

Los pacientes con trastornos y enfermedades mentales tienen necesidades diferentes a los que podría tener un paciente con algún padecimiento físico. Kalseht y colaboradores (2016), han planteado la importancia de reducir al máximo la readmisión hospitalaria consecuencia de fallos en los sistemas de salud. Encontraron que, la productividad hospitalaria es de mayor importancia que las necesidades individuales, se procede atender con prioridad a enfermos mentales en los hospitales sin ningún tipo de plan adecuado de seguimiento ambulatorio, por esta razón, estos autores han encontrado asociación importante entre las características del sistema de salud y las características ambientales para los reingresos hospitalarios. En esencia, un reingreso significa que una necesidad en salud no fue resuelta por completo, lo que afecta las finanzas hospitalarias, la salud mental del paciente y su familia quien tiene carga importante para el cuidado.

Al contrastar estos resultados con lo que sucede en Colombia, con el manejo del paciente en salud mental, se identifica que, aunque el servicio de hospitalización al paciente se ofrece, existen algunas falencias en la prestación de los servicios. Hernández (2018) informa que las falencias tienen que ver con tres elementos (estructurales, conceptuales y culturales). Los elementos estructurales se presentan en conflictos entre el derecho fundamental a la salud y el ánimo de lucro de Instituciones prestadoras de servicios de salud. En la categoría estructural hay problemas en la comunicación e información entre los proveedores de salud (Entidades promotoras de salud y trabajadores profesionales del sistema de salud), además el flujo y la administración de recursos y la escasa formación del recurso humano genera un talento humano insuficiente y poco formado; el mismo sistema es débil en desarrollar procesos de inspección, vigilancia y control. Con relación a las falencias conceptuales, el sistema de salud colombiano está centrado en la enfermedad y realiza pocas acciones para promover la salud a sabiendas que la enfermedad mental requiere atención especializada a nivel primario, secundario y terciario. Por último, el estigma y el olvido en el que se tienen a los pacientes con enfermedad mental se constituye en factores culturales que afecta la garantía de la calidad. Hernández (2018), ha indicado que para manejar la salud mental debería tenerse en cuenta la calidad de los servicios a partir de respetar el discurso de los derechos humanos.

Kalseth y colaboradores (2016), han identificado algunos componentes que predicen la readmisión hospitalaria en pacientes psiquiátricos, esos componentes fueron denominados como categorías. La primera categoría que afecta el reingreso tiene que ver con la regulación legal del sistema, el financiamiento y la estructura del gobierno, lo cual es similar a lo presentado en Colombia y reportado por Hernández (2018). la segunda categoría establece como variables las estructuras del

servicio y la forma como éste se organiza. En la tercera categoría específicamente se encuentra la variable ambiental y del entorno, la cual es la más difícil de controlar pues tiene en cuenta la distribución de los servicios de salud mental y su ubicación geográfica respecto al acceso de los servicios. El modelo de atención de salud mental, no es explícito sobre como la atención se mejora, tampoco informa los efectos del modelo sobre el trabajador, solo maneja el supuesto que, al aplicar el modelo, o sea, al cumplir perfectamente con las variables y componentes relacionados, las tasas de reingreso hospitalario se reducen. Sobre esto, aún falta ahondar mucho más, puesto que los servicios de salud mental difieren de una región y de un país a otro.

Desde 1996, Wagner y colaboradores han trabajado en el modelo de cuidado crónico reconocido como CMM por sus siglas en inglés, este, supone que existen factores que afectan la relación entre el proveedor de la salud y el paciente, más cuando se padece de una enfermedad crónica, así, los factores que resaltan son la educación que se le pueda brindar al paciente sobre su autocuidado, la información sobre el estado de salud y la comunicación con otros proveedores para procesos de remisión, y la experiencia del proveedor de la salud. La experiencia de asistencia remota en Australia muestra para el mundo una posibilidad que permite llegar a los rincones más apartados del país, sin embargo, contrastando este desarrollo para contextos latinoamericanos, se exige una gran inversión gubernamental para establecer la conectividad respectiva siendo esto una limitante para ofrecer este servicio. Por motivos de la actual pandemia del covid-19, al menos para Colombia, se ha identificado que los servicios médicos para pacientes con enfermedad crónica, se pueden seguir ofreciendo con teleasistencia. La experiencia ha demostrado que este proceso de atención en el sistema de salud colombiano ha sido efectivo, aunque tal efectividad empírica, aún no se ha

medido, siendo este un tema a investigar, sin embargo, la potencialidad de este modelo de atención es grande, pero exige una inversión importante para las EPS e IPS colombianas.

Este modelo de asistencia remota exige compromiso del Estado, pues reduce costos respecto al acceso del servicio de salud, y costos del paciente para su movilidad desde su hogar hasta la institución respectiva. Es importante que los Estados que deseen incorporar este modelo de atención, generen fuentes presupuestarias, implementen procesos de financiamiento y se instaure una nueva forma de valorar la salud humana. La telesalud, teleasistencia, atención virtual, atención remota, telemedicina, tele-enfermería, entre otros, podrían constituirse en variantes de un modelo de atención de competencia tecnológica, que exige interconectividad entre los servicios y los usuarios. La telesalud integra algunos elementos del servicio de salud, y hasta que la tecnología no se desarrolle, se seguirán contemplando la asistencia presencial que por esencia se debe utilizar para patologías agudas. En virtud de los costos de este modelo, es necesario que los Estados generen políticas para su implementación y se valoren las posibilidades de generarlos para zonas rurales y periféricas, tal como fue considerado en el estudio de Bradford y colaboradores (2016) para una población indígena australiana usando un modelo de asistencia remota rural mediada por el concepto de telesalud. Cualquier gobierno que se preocupe por llevar el servicio de salud a zonas remotas, podría utilizar la telesalud como posibilidad, y así se podría descongestionar los servicios que en grandes ciudades muestran dificultades respecto a tiempos de espera y calidad de la atención. Los trabajadores del sistema de salud al igual que los usuarios del servicio médico, deben pasar por una etapa de transición para reconocer la tecnología y establecer los protocolos de salud respectivo, especialmente para patologías que pueden ser manejadas en asistencia remota. Al menos para Colombia, la pandemia ha demostrado que la telesalud es posible a pesar de las

limitaciones que se relacionan con la conectividad, el manejo de las historias clínicas, la dependencia que se tiene en el área rural a establecer un contacto obligatorio personal y en forma directa, que no tiene en cuenta la falta de recursos, la escasa implementación rural de tecnologías de la comunicación. Es evidente que el comportamiento de la salud, la economía y la cultura es diferente para el área urbana y el área rural, pues las oportunidades, posibilidad y capacidades humanas requieren de estrategias para un funcionamiento óptimo.

Existen numerosas barreras y desafíos para que un país adopte el servicio de telesalud, dado que exige un incremento en la contratación de profesionales capacitados para manejar las TIC's. Aunque lo reportado en Australia es una muestra de los potenciales de este servicio, es decir llevar la salud desde el sistema al lugar de residencia del paciente y su familia, el éxito y la sostenibilidad van a depender de múltiples factores. La adaptabilidad y eficiencia del servicio está en función de la inversión que se realice para que el servicio genere respuesta adaptativa a las necesidades. Los posibles factores que afectarían su implementación son: tiempo de atención médica, compra y mantenimiento de equipos, manejo de comunicación óptima sistematizada entre proveedores de servicios, interconectividad, resolución de conflictos, cumplimiento de horarios, instauración de protocolos de manejo para la asistencia remota, asistencia y soporte técnica de redes y sistemas de telecomunicación entre otros.

Algunos sistemas de salud utilizan el modelo de atención por pago alternativo o modelo de pago por rendimiento (P4P), según Kondo y colaboradores (2016), este modelo difícilmente se puede incorporar en el sistema de salud a nivel mundial porque existen diferencias fundamentales en los países, además la población de pacientes donde se estableció la estrategia, requirió que existieran

programas dirigidas a procesos de atención o a la consecución de resultados clínicos programados y considerados como importantes. El modelo afecta positivamente la salud especialmente cuando se usan medidas que incrementan la productividad y la eficiencia. Los grandes incentivos son suficientes para motivar el comportamiento del proveedor del servicio de salud. Sin embargo, grandes incentivos podrían no ser rentables y resultar riesgosos, porque el comportamiento del proveedor del servicio es un factor al igual que las medidas tomadas para incentivar el cambio. Los incentivos generados en el modelo P4P, son diseñados según necesidades de la población, este modelo se implementa en forma de programa y debe ser continuamente valorado al igual que las características de los proveedores, puesto que los incentivos podrían estar dirigidos a áreas de menor o pobre rendimiento, por tanto, estos deberán ser retirados en áreas donde se establece un rendimiento superior al promedio. La evaluación del desempeño y los ajustes a las medidas incentivadas permite a las organizaciones del sector salud, modificar el enfoque hacia áreas que tienen mayor necesidad de mejora continua. El proveedor de salud presenta expectativas sobre la calidad clínica de sus acciones y sobre estructuras de incentivos, por lo que se deben considerar los factores para alcanzar los objetivos institucionales, los que se deben interpretar de acuerdo con la frecuencia y tamaño del incentivo, puesto que se ha evidenciado que grandes incentivos motivan comportamientos positivos en los proveedores de la salud.

En el modelo de planificación del alta, los autores Naylor (2004) y Coleman (2006) informan el incluir a la familia en el proceso, las intervenciones que proponen son variadas pero con escasa evidencia respecto a la efectividad del plan sobre el mejoramiento de la salud del paciente y efectos positivos mayores sobre el reingreso (Dedhia, Kravet, Bulger, Hinson & otros, 2009), (Naylor, Brooten, Campbell, Maislin & Schwartz, 2004) (Courtney, Edwards, Chang, Parker & otros, 2009),

(Yu, Lee, Stewart, Thompson & otros, 2015) . La planificación del alta por parte de enfermería parece ser más eficiente respecto a contribuir a reducir tasas de readmisión hospitalaria y manejo de algunos elementos de la calidad de vida. En este modelo, las intervenciones dirigidas al paciente, por un equipo multidisciplinario requiere la coordinación de un profesional de la salud, en este caso, las enfermeras parece que efectúan una atención efectiva y mejoran los procesos de comunicación.

En cuanto al modelo de atención culturalmente apropiado, especialmente dirigido a población migrante, Suphanchaimat y colaboradores (2015), identificaron gran variedad en la provisión de los servicios para los migrantes en Tailandia. Las percepciones prácticas y actitudes de los profesionales que prestaron su servicio estaban influenciada por factores culturales, diversidad lingüística y problemas de comunicación e interpretación. Las limitaciones institucionales en tiempo y recursos, establecen una prestación de cuidados a migrantes restringida y compleja. La ética profesional que protege al paciente contradice por lo general el mandato legal. Los responsables de generar las políticas para la atención en salud de los migrantes deben ser conscientes de los desafíos de la atención, situación que exige una prestación de cuidados culturales sensibles. La migración transfronteriza ahora es un problema mundial. En América Latina la migración está exigiendo implementar servicios de salud a esta población por lo que demanda políticas proteccionistas en salud, lo que afecta a los presupuestos nacionales y exige adaptar intervenciones de promoción y prevención hacia población migrante y minorías étnicas (Macpherson, Gushulak, & MacDonald. 2007).

9. Síntesis de la Revisión Sistemática Rápida de la Literatura

De acuerdo con los resultados de la presente investigación, se pudo identificar que, los modelos de gestión son construcciones que demuestran la forma como los servicios de salud organizan la atención a las personas, teniendo en cuenta requerimientos como: necesidades en salud, características poblacionales, diferenciación cultural, tipo de patología, entre otras.

Los modelos de gestión hospitalaria pueden ser extendidos a ámbitos extrahospitalarios para ofrecer continuidad en los servicios de atención y reducir eventos adversos y reingresos, que para el sistema tienen un costo económico que con el seguimiento puede reducirse para que no afecte el presupuesto instaurado para el sistema de salud.

Los modelos de gestión hospitalaria se construyen a partir de la revisión contextual y de la experiencia del mismo sistema de salud en cabeza del proveedor, el cual puede ser representado por una institución estatal o particular, o, por el profesional de salud que ofrece sus servicios. En la revisión de la literatura ejecutada en el presente informe, los modelos de gestión hospitalaria se construyen a partir de la necesidad poblacional y se establecen por el Estado, estos modelos pueden contener principios, componentes, atributos y factores que permiten su implementación. La mayoría reportó dificultades en su implementación especialmente por factores de presupuesto.

Algunos modelos se construyen para manejar en forma eficiente al paciente con alguna condición patológica. El mayor de los ejemplos son los modelos de atención para el manejo de enfermedades crónicas, el cual se construye con un alto componente económico para optimizar la atención, reducir costos y con la intención de generar menores hospitalizaciones y reingresos, para lo cual,

la principal estrategia es generar un plan de alta y de seguimiento desde el primer día de hospitalización, lo que exige tener una infraestructura específica de talento humano quienes son los que dinamizan las políticas institucionales para promover la salud y prevenir la enfermedad. Este tipo de modelo trata de manejar la necesidad del usuario mediante una ruta de atención protocolaria. El modelo “Chronic Care” por ejemplo, nació en 1996 y ha sido establecido a nivel mundial como un modelo que articula la atención en salud tradicional con la atención primaria dirigida al adulto en situación de enfermedad crónica, sin embargo, existen variantes que utilizan como en el caso del modelo “Kaiser” un enfoque poblacional, enfatiza en la educación y compromete al trabajador de la salud para que sea quien ofrezca su servicio garantizando la calidad en términos de resultados en salud.

El modelo de atención dirigidos a usuarios con enfermedad crónica puede ser instaurado combinando la atención hospitalaria con atención ambulatoria especialmente en centros de atención especializados donde varios profesionales de la salud integran sus labores interactuando en conjunto para definir conductas y realizar seguimiento, en este modelo, la principal característica es la presencia de protocolos de atención que garantiza por un lado la atención y por otro, la calidad del cuidado. La atención médica, por lo general, en este tipo de modelo, se delega a enfermeras mediante la integración colaborativa en los procesos de seguimiento y control extra institucional.

Son escasos los modelos de atención en salud que tienen presente no solo el tipo de enfermedad, sino el contexto de desarrollo propio de su hábitat, así, aparecen algunos modelos culturalmente apropiados que la literatura reporto para habitantes indígenas de Australia y para migrantes a nivel

de Europa, en ese sentido, el modelo de atención exige que la intervención en salud cumpla mínimos de calidad basado en el respeto de la diferencia y del reconocimiento del derecho humano, siendo ofrecidos por profesionales en un sistema de salud específico, el cual exige reconocer la diferencia entre un habitante local y un habitante que migra por situaciones como el conflicto, el desplazamiento o la necesidad en términos de conseguir recursos para la subsistencia.

A nivel de enfermedades crónicas que afectan la salud mental, la literatura reporto el modelo de atención en salud mental que se fundamenta en la predicción de la readmisión, este, tal vez es uno de los modelos menos desarrollados a nivel mundial, porque de acuerdo con lo reportado por la literatura, se maneja la situación aguda de salud, se hospitaliza para regular la sintomatología y se realiza seguimiento posterior, sin embargo, la principal dificultad en este modelo es precisamente el seguimiento, lo cual se ve afectada por la infraestructura de recurso humano contratado y capacitado en el área de la salud mental, situación que genera, altas tasas de reingreso. Para su adecuado funcionamiento, se requiere de: establecimiento de una política y regulación estatal, con asignación presupuestal y financiera para establecer capacidad instalada, organización e infraestructura, elementos que finalmente afectan su funcionamiento.

Los modelos de atención encontrados al ser variados en la aplicación contextual y en las necesidades poblacionales tienen como limitante, el que estos se construyen sin una orientación específica, es decir algunos incluyen atributos, componentes y factores, otros, solo toman uno de estos elementos o simplemente, solo tienen en cuenta aspectos como infraestructura, procesos y resultados. Todo ello implica que, los modelos de atención que los países construyen, generan,

crean o asumen, no solo depende de sus características poblacionales sino de sus posibilidades en términos económicos, culturales, políticos y sociales.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados de la revisión sistemática rápida de la literatura y de los análisis hechos por el investigador, se llegaron a las siguientes conclusiones:

a) Con los descriptores seleccionados se encontraron 1105 resultados en la base de datos consultada, al reducirse con criterios de inclusión se identificaron 342 publicaciones con potencial de elegibilidad para 216. Tras revisión de 26 textos completos se incluyen 22 estudios, de estos, 14 son revisiones sistemáticas de la literatura, 3 artículos generales de revisión y reflexión, 5 artículos científicos. La mayor cantidad de publicaciones provienen de Noruega, Australia, Canadá y Reino Unido. Se encontró un total de 9 modelos de gestión hospitalaria, aplicados en contextos específicos de desarrollo para el país, varios de estos, incluían modelos complementarios que fueron clasificados por sus características e información contenida, lo que exigió revisión de literatura adicional para comprender su procedencia y características relacionadas. La clasificación del modelo se ejecutó porque así los autores lo mencionaban y en algunos casos se desarrolló la clasificación por afinidad en los conceptos.

b) La consolidación de los datos en el presente estudio fue ejecutado teniendo en cuenta el modelo, los factores, atributos, componentes, y afectación al proveedor de la salud y al usuario o receptor de la salud, con lo que se identificó que no existe homogeneidad en los modelos reportados, puesto que estos elementos no fueron incorporados en todos los artículos incluidos, además, la mayoría de los modelos registraron dificultades y obstáculos a la hora de su implementación en el sistema de salud donde fueron aplicados o concebidos.

c) La mayoría de modelos de gestión en salud, revisados en esta investigación, tienen una connotación económica o social y presentan múltiples barreras que pueden ser detectadas por el profesional de la salud, el paciente y su familia, pero no reportadas por el mismo sistema, además, los modelos exigen para su implementación un recurso económico importante que afecta el presupuesto del país. La salud y la enfermedad al ser un continuo humano, exige identificar la necesidad en salud del paciente y su familia, para establecer un programa o un proceso de atención, por tanto, es valioso identificar en la mayoría de los modelos que la gestión, no sólo fue hospitalaria sino primaria y extendida al hogar del paciente, por lo que, al ser así concebida, pretende establecer una visión holística en salud, esto es, ver al paciente no como un ente que se enferma y consulta a un hospital, sino como un ser humano que tiene derechos y su dignidad se quebranta si una vez egresa del servicio de salud no se le realiza el seguimiento respectivo.

d) Pensar en un modelo único de atención para instaurar en los países en forma homogénea, por el momento no es posible, debido a la diversidad en términos de oportunidades y desarrollos, pues no todos los países cuentan con desarrollos tecnológicos que puedan apoyar los procesos asistenciales hospitalarios o ambulatorios, como lo presenta por ejemplo, aquellos modelos de asistencia remota para el manejo, seguimiento y control de enfermedades crónicas en poblaciones susceptibles y vulnerables, en ese sentido, las políticas públicas deben estar soportadas en los análisis sociales e impactos sobre la salud de la población teniendo en cuenta su pirámide poblacional, la incidencia y prevalencia de enfermedades agudas y crónicas, además de la posibilidad respecto a la conciencia de desarrollo en una sociedad.

e) Al hacer el inventario de los factores, atributos y componentes de los modelos de atención registrados en la literatura revisada, se pudo establecer que el modelo Kaiser Permanente y el modelo de pago alternativo o pargo por rendimiento, son modelos que han dado resultado en Estados Unidos, un país que no tiene seguridad en salud universal, sino que su esquema económico le permite el aseguramiento. Esta figura ha resultado ser adecuada bajo la visión de productividad y economía, pero, pensar en implementar este modelo en Latinoamérica consideraría es imposible por la variabilidad de los desarrollos y las múltiples visiones políticas, es imposible por los factores sociales y culturales que afectan e impactan la forma como los gobiernos afrontan su propia realidad. Parece que el resultado más eficiente se podría lograr aplicando modelos de atención para el manejo de la enfermedad crónica en virtud de las características de la población. Los desarrollos del modelo de planificación de alta y de atención multidisciplinar pueden estar inmersos en los modelos de calidad y en el modelo de atención centrada en el usuario.

f) El modelo de planificación de alta hospitalaria reportó ser eficiente para garantizar el cuidado continuo y reducir eventos adversos relacionados específicamente con factores farmacológicos, sin embargo, la literatura revisada no muestra evidencia real y profunda respecto a su desarrollo, pues, la explicación ofrecida por los autores, expresan tan sólo la experiencia y potencialidad del modelo, lo que implica en este caso, la identificación de un vacío en el conocimiento en este aspecto.

g) Todos los modelos encontrados se orientan a garantizar de alguna manera la atención en salud para satisfacer al usuario, pero, algunos modelos mostraron dificultades en términos de factores del propio sistema de salud para su implementación, especialmente con relación al manejo y priorización de presupuestos estatales, para la contratación del trabajador, además al proveedor del

servicio de salud se le trata de empoderar en los modelos de calidad para que sea éste quien asegure una atención completa, Sopena de fallos como falta de protocolos, procesos y procedimientos bien establecidos, además de las políticas de seguridad del paciente instauradas, pues la mayoría informan ser modelos ajustados a un contexto, a una realidad, donde el factor humano es importante, pero están supeditados a la consecución de recurso y financiamiento por parte del Estado.

h) Los modelos de gestión hospitalaria influyen positiva o negativamente la satisfacción del usuario y la calidad percibida depende de múltiples factores como la rapidez en la atención, la reducción o incremento en los trámites administrativos, la preparación académica del profesional de salud que le atiende, y la distribución presupuestal para la contratación de los servicios en los sistemas de salud. La mayoría de modelos de gestión encontrados tienen una alta implicación económica y su funcionalidad depende de la manera como el sistema de salud articula los servicios dirigidos a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

RECOMENDACIONES:

1. Convendría ampliar el espectro de esta investigación identificando los modelos de gestión en salud a nivel de las organizaciones que en Colombia trabajan con la salud de los adultos mayores para identificar cómo se relaciona el modelo de atención ofrecido con la percepción del adulto y de su red de apoyo más cercana, además se deben incluir a todos los actores y prestadores del servicio de atención.
2. A partir de la revisión de los resultados de esta investigación se sugiere para Colombia, implementar el modelo de atención centrado en el paciente, combinándolo con los elementos constitutivos del modelo de atención para la garantía de la calidad, para ello, conviene establecer una política pública que permita fortalecer ofrecer al sistema de salud mayores recursos tanto técnicos, científicos y humanos.
3. Convendría para Colombia, realizar una investigación y/o encuesta nacional a los profesionales de salud para determinar su grado y/o nivel de satisfacción, respecto a los modelos de gestión hospitalaria, con ella, se podrían identificar fortalezas, amenazas, oportunidades y riesgos en la atención en salud, y conectar estos elementos con el concepto de calidad de vida para los actores del sistema (paciente y su red de apoyo, profesionales de la salud).
4. La investigación reportó vacío en el conocimiento respecto a la falta de evidencia sobre el modelo de planificación de alta hospitalaria y su efectividad para reducir eventos adversos relacionados con factores farmacológicos, por tal razón, se sugiere que se realice una

investigación multicéntrica de cohorte mixta para encontrar esa evidencia faltante que pueda describir este modelo en el contexto colombiano y/o latinoamericano.

5. Se sugiere realizar una investigación en Colombia que refiera la identificación del modelo de gestión hospitalaria mayormente utilizado tanto en el ámbito público como privado, para hacer una comparación de este, respecto a la satisfacción del cliente (interno y externo), con el fin de identificar los atributos, características y componentes, que son los elementos que afectan su aplicabilidad y consecución de la efectividad en la atención en salud.

Referencias

- Abad, E. Royo, T. Iniesta, J. Carrillo, A. Rodríguez, JJ. Saez, AR. et al. (2013). *Evaluation of the effectiveness of hospital discharge planning and follow-up in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease*. J Clin Nurs. 22 (5-6): 669-680.
- Abbott, S. Riga, M. (2007). *Delivering services to the Bangladeshi community: the views of healthcare professionals in East London*. Public Health. 121(12): 935-941.
- Amado, J. (2009). *Patients' satisfaction with information on disease and morbidity*. Rev Latino-American Enfermagem. 17(3): 335-340.
- Aitken, LM. Bucknall, T. Kent, B. Mitchell, M. Burmeister, E. Keogh, SJ. (2018). *Protocol-directed sedation versus non-protocol-directed sedation in mechanically ventilated intensive care adults and children (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 11. Art. No: CD009771.
- Akhavan, S. (2012). *Midwives views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study*. Int J Equity Health. 11(1):47.
- Allen, J. Ottmann, G. Roberts G. (2012). *Multi-professional communication of older people in transitional care: a review of the literature*. Int J Older People Nurs. 8 (4): 253-269.

- Altman, L. Fernando S. Holt S. Maeder A. Margelis G. Morgan G. Roche S. (2014). *One in four lives: The Future of Telehealth in Australia*. Consultado de: https://www.adma.org.au/clearinghouse/doc_download/158-one_in_four_lives_white_paper_v7.html
- Almeida, LM. Caldas, J. Ayres-de-Campos, D. Salcedo, D. Dias, S. (2013). *Maternal healthcare in migrants: a systematic review*. *Matern Child Health J.* 17(8):1346-1354.
- Allepuz, A. Piñeiro, P. Molina, JC. Jou, V. Gabarró, L. (2015). *Evaluación económica de un programa de coordinación entre niveles para el manejo de pacientes crónicos complejos*. *Aten Primaria.* 47(3): 134-140.
- Andreas, X. (2007). *What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review*. *Int J Nurs Stud.* 45(1): 140-153.
- Anttila, SK. Huhtala, HS. Pekurinen, MJ. Pitka “ja” rvi TK. (2000). *Costeffectiveness of an innovative four- year post-discharge programme for elderly patients*. *Scand J Public Health.* 28 (1): 41-141.
- Akbas, M (2019). *Patient satisfaction on nursing care: the case of Gynecology and obstetric clinics*. *Acta Bioethica.* 25(1): 127-136.

Armfield NR. Edirippulige SK. Bradford N. Smith AC. (2014). *Telemedicine – is the cart being put before the horse*. The Medical Journal of Australia. 200 (9): 530-533.

Arbaje, AI. Maron, DD. Yu, Q. Wender VI, Tanner, E. Boulton, C & otros. (2010). *The geriatric floating interdisciplinary transition team*. J Am Geriatr Soc. 58 (2); 364 – 370.

Arbaje, AI. Wolff, JL. Yu, Q. et al. (2008). *Postdischarge environmental and socioeconomic factors and the likelihood of early hospital readmission among community-dwelling medicare beneficiaries*. Gerontologist. 48: 495-504.

Ariza, C. Daza R. (2008). *Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado*. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. 15-21.

Arbeláez, J. Serna, H. Díaz, A (2014). *Modelos Gerenciales Un Marco Conceptual*. Fundación Universitaria María Cano. Centro de Investigación y Desarrollo Empresarial CIDE. Medellín. 300 p.

Atun, R. Jaffar, S. Nishtar, S. Knaul, FM. Barretto, ML. Nyirenda, M. et al. (2013). Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases. The Lancet. 381: 690-397.

- Avendaño, J (2010). *Análisis de la nueva gerencia hospitalaria un nuevo enfoque de gestión administrativa dentro del sector hospitalarios “estudio de Caso”*. Tesis de Maestría. Consultado de <http://bdigital.unal.edu.co/2339/1/jennylissethavendanolopez.2010.pdf>
- Balint, E. (1969). *The possibilities of patient-centered medicine*. J R Coll Gen Pract. 17: 269-276.
- Bartels, SJ. (2014). *Why collaborative care matters for older adults in China*. The Lancet. 2(4): 286-287.
- Bauer, UE. Briss, PA. Goodman, R. Bowman, BA. (2014). *Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA*. Lancet. 384: 45-52.
- Beaulieu, M. (2000). *What do patients want from their GP? Common expectations beyond cultural differences*. British Journal of General Practice. 50 (460): 860-861.
- Benítez, M (2012). *Evolución del concepto de Competitividad. Ingeniería Industrial. Actualidad y Nuevas Tendencias*. 3 (8); 75-82. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=215025114007>
- Benzer, JK. Young GJ. Burgess JF Jr, et al. (2013). *Sustainability of quality improvement following removal of pay-for-performance incentives*. J Gen Intern Med. 29 (1): 127-132.

Brewin, P. Jones, A. Kelly, M. McDonald, M. Beasley, E. Sturdy, P. et al. (2006). *Is screening for tuberculosis acceptable to immigrants? A qualitative study*. Journal of Public Health. 28(3):256-260.

Bijlsma, JW. Berenbaum, F. Lafeber, FP. (2011). *Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice*. Lancet. 377:2115-2126.

Bitton, R. (2009). *The economic burdem of osteoarthritis*. Am J Manag Care. 15: S230- S5.

Biswas, D. Kristiansen, M. Krasnik, A. Norredam, M. (2011). *Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark*. BMC Public Health. 11(1): 560.

Braithwaite J, Shaw C, Moldovan M, Greenfield D, Hinchcliff R, Mumford V, et al. *Comparison of health service accreditation programs in low -and middle-income countries with those in higher income countries: a cross-sectional study*. Int J Qual Heal Care. 2012;24(6):568-77. [https:// doi.org/10.1093/intqhc/mzs064](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs064)

Bradford NK, Caffery LJ, Smith AC. (2016). *Telehealth services in rural and remote Australia: A Systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability*. Rural Remote Health. 16(4): 3808.

- Brand, CA. Amatya, B. Gordon, B. Tosti, T. Gorelik, A. (2010). *Redesigning care for chronic conditions: improving hospital-based ambulatory care for people with osteoarthritis of the hip and knee*. Intern Med J. 40:427-436.
- Bonner, AF. Castle, NG. Men, A. Handler, SM. (2009). *Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes?* J Am Med Dir Assoc. 10 (1): 11-20.
- Bonner, AF. Castle, NG. Perera, S. Handler, SM. (2008). *Patient safety culture: a review of the nursing home literature and recommendations for practice*. Ann Longterm Care. 16: 18-22.
- Bondevik, GT. Hofoss, D. Husebo, BS. Deilkas, ECT. (2017). *Patient safety culture in Norwegian nursing homes*. BMC Health Services Research.19:423.
- Bondevik, GT. Hofoss, D. Husebo, BS. Deilkas, ECT. (2019). *The safety attitudes questionnaire-ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian version for nursing homes*. BMC Health Services Research. 19:423.
- Bor, A. Matuz, M. Csator dai, M. Szalai, G. Balint, A. Benko, R. et al. (2017). *Medication use and risk of falls among nursing home residents: a retrospective cohort study*. Int J Clin Pharm. 39: 408-415.

Bradley, EH. Curry, L. Horwitz LI. Sipsma, H. Thompson, JW. Elma, M. et al (2012).

Comtemporary evidence about hospital strategies for reducing 30-day readmissions: a national study. J Am Coll Cardiol. 60: 607-614.

Brook, AD. Ahrens, TS. Schaif, R. Prentice, D. Sherman, G. Shannon, W. et al. (1999). *Effect of a*

nursing-implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation. Critical Care Medicine. 27 (12): 2609-2615.

Brotons, C. Falces, C. Alegre, J. Ballarín, E. Casanovas, J. Catá, T. et al. (2009). *Randomized*

clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based Intervention in Patients with Heart Failure: The IC-DOM Study. Rev Esp Cardiol. 62(4): 400-408.

Brown, CA. Lilford, RJ. (2006). *The stepped wedge trial design: a systematic review.* BMC Med

Res Methodol. 6: 54.

Bulut, H. Tashan, S. (2017). *Satisfaction of nursing care of Caucasian women determination of*

levels. Inonu University Journal of Health Sciences. 6(1): 1-6.

Bull, MJ. Hansen, HE. Gross, CR. (2000). *A professional-patient partnership model of discharge*

planning with elders hospitalized with heart failure. Appl Nurs Res. 13 (1); 19-28.

- Burgess, CP. Sinclair, G. Ramian, M. Coffey, PJ. Connors, CM. Katekar, LV. (2015). *Strengthening cardiovascular disease prevention in remote indigenous communities in Australia`s Northern Territory*. Heart Lung Circ. 24(5); 450-457.
- Burgess, CP. Baile, RS. Connors, CM. Chenhall, RD, McDermott, RA. O`Dea, K & otros. (2011). *Early identification and preventive care for elevated cardiovascular disease risk within a remote Australian Aboriginal primary health care service*. BMC Health Serv. 11; 24.
- Cardona, M. Kim, J. Turner, RM. Anstey, M. Mitchell, IA. Hillman, K. (2016). *Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem*. Int J. Qual Health Care. 28; 456-469.
- Chan, KS. (2018). *Palliative care: the need of the modern era*. Hong Kong Med J. 24: 391-399.
- Casellas, F. Ginard, D. Vera, I. Torrejón, A. (2013). *Satisfaction of health care professionals managing patients with inflammatory bowel disease*. J Crohns Colitis. 7: e249-e255.
- Canuto, KJ. Cargo, M. Li, M. D`Onise, K. Esterman, A. McDermott, RA. (2012). *Pragmatic randomised trial of a 12 week exercise and nutrition program for aboriginal and Torres Strait women: clinical results immediate post and 3 months follow-up*. BMC Public Health, 12(933).

- Choi, BC. Pak, AW. (2006). *Multidisciplinary, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: Definitions, objectives, and evidence of effectiveness*. Clin Invest Med. 29: 351-364.
- Clark, NM. Becker, MH. Janz, NK. Lorig, K. Rakowski, W. Anderson, L. (1991). *Self-Management of Chronic Disease by Older Adults: A Review and Questions for Research*. Journal of Aging Health. 3:3-27.
- Cramton, CD. (2001). *The mutual knowledge problem and its consequences for dispersed collaboration*. Organ Sci. 12(3); 346-371.
- Cuesta, A. (2012). *Evaluando desempeños: alineamiento estratégico y productividad*. Forum Empresarial. 17 (1); 1-30.
- Curley, MA. Harris, SK. Fraser, KA. Johnson, RA. Arnold, JH. (2006). *State Behavioral Scale: a sedation assessment instrument for infants and young children supported on mechanical ventilation*. Pediatric Critical Care Medicine. 7(2): 107-114.
- Courtney M. Edwards H. Chang A. Parker A. Finlayson K. Hamilton K. (2009). *Fewer emergency readmissions and better quality of life for older adults at risk of hospital readmission: a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a 24 week exercise and telephone follow-up program*. J Am Geriat Soc. 57(3): 395-402).

- Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. (2006). *The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial*. Arch Intern Med. 166 (17): 1822-1828.
- Coulter, A. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. BMJ. 335:24
- Covinsky, KE, Pierluissi, E, Johnston, CB. (2011). *Hospitalization associated disability. She was probably able to ambulate, but I'm not sure*. JAMA. 306 (16): 1782-1793.
- Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la teoría general de la administración*. Séptima edición. México. McGraw- Hill, Interamericana.
- Dauvrin, M, Lorant, V, Sandhu, S, Deville, W, Dia, H, Dias, S, et al. (2012). *Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe: a qualitative Study*. BMC Res Notes. 5:99.
- Davidson, PM, DiGiacomo, M, Abbott, P, Zecchin, R, Heal, PE, Mieni, L & otros. (2008). *A partnership model in the development and implementation of a collaborative, cardiovascular education program for Aboriginal health workers*. Aust. Health Rev. 32 (1): 139-146.
- Davey, M, Moore, W, Walters, J. (2014). *Tasmanian aborigines' step to health: evaluation of a cardiopulmonary rehabilitation and secondary prevention program*. BMC Health Serv Res. 14 (349).

Daws, K. Punch, A. Winters, M. Posenelli, S. Willis, J. Maclsaac, A & et al. (2014). *Implementing a working together model for Aboriginal patients with acute coronary syndrome: An Aboriginal Hospital Liaison Officer and a specialist cardiac nurse working together to improve hospital care*. Aust. Health Rev. 38 (5); 552-556.

Decreto 1011 de 2006. *Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Presidencia de la República de Colombia. Diario Oficial 46.230 (abril 3, 2006).

Dedhia P. Kravet S. Bulger J. Hinson T. Sridharan A. Kolodner K- et al. (2009). *A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from three hospitals back to their homes*. J Am Geriat Soc. 57 (9); 1540 – 1546.

Del Barrio, M. Reverte, M. (2010). *Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios*. Enfermería Intensiva. Consultado de: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.03.003>

Delgado, JA. Manresa, E. Martínez, C. Calle, J. Ibarra, M. Beltrán, T. et al. (2012). *Análisis de la demanda asistencial al servicio de urgencias hospitalaria de los pacientes crónicos atendidos por enfermeras de gestión domiciliaria*. Investigación & Cuidados. 10 (22-23); 10-13.

Deilkas, ET. Hofoss, D. (2010). *Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture*. BMC Health Serv Res. 10:85.

De Maio, F. (2010). *Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada*. Int J Equity Health. 9(1):27.

Dening, KH. Jones, L. Sampson, EL. (2011). *Advance care planning for people with dementia: a review*. Int Psychogeriatr. 23 (10): 1535-1551.

Departamento Nacional de Planeación. (2002). Documento Compes3402.

Decreto 1011 de 2006. *Diario Oficial número 46.230 de la República de Colombia*. Bogotá, Colombia. Abril 3 de 2006.

Dziedzic, KS. Healey, EL. Porcheret, M. Ong, B. Main, CJ. Jordan, KP. et al. (2014). *Implementing the NICE osteoarthritis guidelines: a mixed methods study and cluster randomised trial of a model osteoarthritis consultation in primary care- The management of osteoarthritis in consultations (MOSAICS) study protocol*. Implement Sci. 9:95.

Diops, MS. Rudolph, JL. Zimmerman, KM. Richter, MA. Skarf LM. (2017). *Palliative care interventions for patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis*. J Palliat Med. 20: 84-92.

Dimer, L. Dowling, T. Jones, J. Cheetham, C. Thomas, T. Smith, J. et al. (2013). *Build it and they will come: outcomes from a successful cardiac rehabilitation program at an Aboriginal Medical Service*. Aust. Health. Rev. 37 (1): 79-82.

Douglas, C. Murtagh, FEM. Chambers, EJ. Howse, M. Ellershaw, J. (2009). *Symptom management for the adult patient dying with advanced chronic kidney disease: a review of the literature and development of evidence-based guidelines by a United Kingdom Expert Consensus Group*. Pall Med. 23(2): 103-110.

Donnelly, TT. McKellin, W. (2007). *Keeping healthy; Whose responsibility is it anyway? Vietnamese Canadian women and their healthcare providers' perspectives*. Nurs Inq. 14(1):2-12.

Durbin, J. Lin, E. Layne, C. Teed, M. (2007). *Is readmission a valid indicator or the quality of inpatient psychiatric care?* J Behav Health Serv Res. 34: 137-150.

Duffy, A. Woodland, C. (2006). *Introducing the Liverpool Care Pathway into nursing homes*. Nurs Older People. 18 (9): 33-36.

Eklof, N. Hupli, M. Leino, H. (2015). *Nurse's perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland*. Public Health Nurs. 32 (2): 143-150.

- Elliot, R. Mckinley, S. Aitken, LM. Hendrikz, J. (2006). *The effect of an algorithm-based sedation guideline on the duration of mechanical ventilation in an Australian Intensive care unit.* Intensive Care Medicine. 32(10): 1506-1514.
- Ellershaw, J. Smith, C. Overill, S. Walker, SE. Aldridge, J. (2001). *Care of the dying: setting standards for symptom control in the last 48 hours of life.* J Pain Symptom Manag. 21 (1): 12-17.
- Ellershaw, J. Ward, C. (2003). *Care of the dying patient: the last hours or days of life.* BMJ. 326 (7379): 30-34.
- Englund, ACD. Rydström, I. (2012). *"I have to turn myself inside out": Carin for immigrant families of children with asthma.* Clin Nurs Res. 21(2):224-242.
- Ely, EW. Truman, B. Shintani, A. Thomason, JW. Wheeler, AP. Gordon, S. et al. (2003). *Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-sedation Scale (RASS).* JAMA. 289 (22): 2983-2991.
- Farley, R. Askew, D. Kay, M. (2014). *Caring for refugees in general practice: Perspectives from the coalface.* Australian Journal of Primary Health. 20 (1): 85-91.
- Ferlie, EB. Shortell, SM. (2001). *Improving the Quality of health care in the United Kingdom and the United States: A Framework for change.* The Milkbank Quarterly. 79(2):281-315.

- Fernández, HM. Callahan, KE. Likourezos, A. et al. (2008). *House staff member awareness of older inpatients' risks for hazards of hospitalization*. Arch Intern Med. 168: 390-396.
- Fiorino, G. Allocca, M. Chaparro, M. Coenen, S. Fidalgo, C. Younge, L. Gisbert, J. (2019). *"Quality of Care" Standard in inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review*. Journal of Crohn's and Colitis. 127-137.
- Flo, E. Husebo, BS. Bruusgaard, P. Gjerberg, E. Thoresen, L. Lillemoen, L. Pedersen, R. (2016). *A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes*. BMC Geriatr. 21:16. DOI: 10.1186/s12877-016-0179-4.
- Foley, EE. (2005). *HIV/AIDS and African immigrant women in Philadelphia: Structural and cultural barriers to care*. AIDS Care Psychol Socio-Med Asp AIDS HIV. 17(8): 1030-1043.
- Foss, C. Askautrud, M. (2010). *Measuring the participation of elderly patients in the discharge process from hospital: a critical review of existing instruments*. Scand J Caring Sci. 24 (Suppl 1); 46-55.
- Fowler, N. Redwood, L. Molinaro, E. Howard, M. Kaczorowski, J. Jafarpour, M. et al. (2005). *The 1999 international emergency humanitarian evacuation of the Kosovars to Canada: A*

qualitative study of service providers' perspectives at the international, national and local levels. Int J Equity Health. 4(1):1.

Frampton, S. Guastello, S. Brady, C. Horowitz, S. Bennett, S. & Stone, S. (2008). *Patient- Centered Care Improvement Guide.* Planetree, Inc. and Picker Institute.

Franco, E. Giuliani, A. Kassouf, N. Alves, D (2006). *Benchmarking como instrumento dirigido al cliente.* INVENIO. 9 (17): 77-94.

Gandhi, TK. Wwingart, SN. Borus, J. Seger, AC. et al. (2003). *Adverse drug events in ambulatory care.* N Engl J Med. 348:1556-1564.

Galván, A. Vértiz, J. Sánchez, M. Saucedo, A. Rueda, C. Poblano, O. (2019). *Atención médica en México: Análisis de los incentivos para su continuidad.* Salud Pública de México. 61(4).524-532.

Garland, L. Fraser, K. (2018). *Conceptualization of the chronic care model. Implications for home care case manager practice.* Home Health Now. 36(6): 379-385.

Geurts, JW. Willems, PC. Lockwood, C. Kleef, MV. Kleijnen, J. Dirksen, C. (2017). *Patient expectations for management of chronic non-cancer pain: a systematic review.* Health Expect. 20(6): 1201-1207.

- Gillis, LS. Koch, A. Joyi, M. (1990). *The value and cost-effectiveness of a home-visiting programme for psychiatric patients*. S Afr Med J. 77: 309-310.
- Goldade, K. Okuyemi, KS. (2012). Deservingness to State health services for South-South migrants: a preliminary study of Costa Rican providers' views. Soc Sci Med. 74(6): 882-886.
- Gomes, B. Calanzani, N. Curiale, V. McCrone, P. Higginson, IJ. (2013). *Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregiver*. Cochrane Database Syst Rev. (6): CD007760.
- González, A. (2014). *La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo*. Enferm Clin. 24(1): 67-73.
- Gonçalves-Bradley, DC. Lanning, NA. Clemson, LM. Cameron, ID. Shepperd, S. (2016). *Discharge planning from hospital*. Cochrane Database Syst Rev. (1): CD000313.
- Gordon, H. Langholz, E. (2017). *The EpiCom Survey-Registries across Europe, Epidemiological research and beyond*. J Crohns Colitis. 11:1019-1021.
- Gutiérrez, H (2020). *Calidad y Productividad*. McGraw- Hill Interamericana. 5 ed. Ebooks 7-24
Disponible base de datos universidad EAN.

- Grover, E., Porter, J. E., & Morphet, J. (2017). *An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department*. Australasian Emergency Nursing Journal. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.01.003>
- Guzman J. (2001). *Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review*. BMJ. 322:1511– 1516.
- Greene, L. Sapir, T. Moreo, K, Carter, JD. Patel, B. Higgins, PD. (2015). *Impact of quality improvement educational interventions on documented adherence to quality measures for adults with Crohn's disease*. Inflamm Bowel Dis. 21: 2165-2171.
- Grinshpoon, A. Abramowitz, MZ. Lerner, Y. Zilber, N. (2007). *Re-hospitalization of first in -life admitted schizophrenic patients before and after rehabilitation legislation: a comparison of two national cohorts*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 42: 355-359.
- Hammons, T. Piland, NF. Small, SD. Hatlie, MJ. Burstin, HR. (2003). *Ambulatory patient safety. What we know and need to know*. J Ambul Care Manage. 26: 63-82.
- Hadi, M. Alldred, DP. Briggs, M. Marczewski, K. Closs, SJ. (2017). *“Treated as a number, not treated as a person”*: a qualitative exploration of the perceived barriers to effective pain management of patients with chronic pain. BMJ Open. 7: e016454. Doi:10.1136/bmjopen-2017-016454.

Haun, MW. Estel, S. Rucker, G. et.al. (2017). *Early palliative care for adults with advanced cancer. Cochrane Database Syst Rev.* 6; CD011129.

Hakonsen, H. Lees, K. Toverud, EL: (2014). *Cultural barriers encountered by Norwegian community pharmacists in providing service to non-Western immigrant patients. Int J Clin Pharm.* 36 (6): 1144-1151.

Hemington. SJ. Clover, AJ. MacDonald, C. Harriott, J. Richardson, P. Philp, B. et al (2011). *Comfort care in burns: the burn modified Liverpool Care Pathway (BM-LCP). Burns.* 37 (6): 981-985.

Hernández, O. Moreno, C. Sánchez, A. López, MJ. Ortiz, E. Balboa, E. (2007). *Evaluación de la atención del programa de personas mayores en los ancianos débiles con EPOC en los centros de atención primaria en Sabadell (España). Enferm Clin.* 17 (3): 109-116.

Hernández, D.M. (2018). *La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. Revista Gerencia y Políticas de salud.* 17(35): 43-56.

Hernández, P. Martínez, D. Cardona, D. (2015). Enfoque basado en procesos como estrategia de dirección para las empresas en transformación. *Revista Saber, Ciencia y Libertad.* 11 (1): 141-150. Disponible en:
<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/saber/article/view/499/391>

Health Workforce, Australia. (2013). *Health Professionals Prescribing Pathway (HPPP) Project.*

Final Report. Disponible en: www.healthinonet.ecu.edu.au/key-resources/bibliography/?

Heggestad, T. (2001). *Operating conditions of psychiatric hospitals and early readmission effects of high patient turnover.* Acta Psychiat Scand. 103: 196-202.

Hidalgo, N. León, S. Pabón, M (2013). *La gestión de la innovación y la tecnología en las organizaciones.* España: Larousse- Ediciones Pirámide. Disponible en base de datos e-libro.

Hickman, M. Drummond, N. Grimshaw, J. (1994). *A Taxonomy of shared care of chronic disease.* Journal of Public Health Medicine. 16 (4): 447-454.

Holman, H. Lorig, K. (2000). *Patients as partners in managing chronic disease.* BMJ. 320: 526-527.

Holland, DE. Bowles, KH. (2012). *Standardized discharge planning assessments impact on patient outcomes.* J Nurs Care Qual. 27 (3): 200-208.

Hoskins, PL. Fowler, PM. Constantino, M. Forrest, J. Yue, DK, Turtle, JR. (1993). *Sharing the care of diabetic patients between hospital and general practitioners: does it work?* Diabetic Medicine. 10 (1): 81-86.

Hoye, S. Severinsson, E. (2008). *Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study*. Intensive Crit Care Nurs. 24 (6): 338-348.

Husebo, B. Flo, E. Engedal, K. (2017). *The Liverpool Care Pathway: A systematic review discarded in cancer patients but good enough for dying nursing home patients?* BMC Medical Ethics. 18:48.

Hultsjö, S. Hjelm, K. (2005). *Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences*. Int Nurs Rev. 52(4):276-285.

Hysong SJ, Khan MM, Petersen LA. (2011). *Passive monitoring versus active assessment of clinical performance: impact on measured quality of care*. Med. Care. 49 (10); 883-890.

International Organization for Migration (IOM). (2010). *World migration report. The Future of migration: building capacities for change*. Geneva.

Kalseth, J. Lassemo, E. Wahlbeck, K. Haaramo, P. Magnussen, J. (2016). *Psychiatric readmission and their association with environmental and health System Characteristics: a systematic review the Literature*. BMC Psychiatry. 16: 376. DOI: 10.1186/s12888-016-1099-8.

Knaul, FM. Farmer, PE. Krakauer, EL et al. (2018). *Alleviating the Access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission Report*. Lancet 391: 1391-1454.

Kaplan H, Froehle C, Cassedy A, Provost L, Margolis P. (2013). *An exploratory analysis of the Model for Understanding Success in Quality. Health Care Manage Rev.*38(4):325-38.
<https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3182689772>.

Kaplan H, Provost L, Froehle C, Margolis P. (2012). *The Model for Understanding Success in: quality (MUSIQ): building a theory of context in healthcare quality improvement. BMJ Qual Saf.* 21:13-20. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000010>.

Karl, U. Novak, S. Metzler, B. (2010). *Access to health care for undocumented migrants in the EU: A first landscape of Now Hereland. Eurohealth.* 16 (1): 13-16.

Kavalieratos, D. Corbelli, J. Zhang, D. et. al. (2016). *Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. JAMA.* 316: 2104-2114.

Kinley, J. Stone, L. Dewey, M. Levy, J. Stewart, R. McCrone, P. et al. (2014). *The effect of using high facilitation when implementing the Gold Standards Framework in Care Homes Programme: a cluster randomized controlled trial. Pall Med.* 28 (9): 1099-1109.

Kizer KW, Kirsh SR. (2006). *The Double Edged Sword of Performance Measurement. J Gen Intern Med.* 27 (4); 395-397.

- Kontopantelis, E. Springate, D. Reeves, D. Ashcroft, DM. Valderas, JM. Doran, T. (2014). *Withdrawing performance indicators: retrospective analysis of general practice performance under UK quality and outcomes framework*. BMJ (Clin Res ed). 348: g330.
- Kolbasovsky, A. (2009). *Reducing 30-day inpatient psychiatric recidivism and associated costs through intensive case management*. Prof Case Manag. 14: 96-105.
- Kondo KK. Damberg ChL. Mendelson A. Motu`apuaka M. Freeman M. O`Neil M. Relevo R. Low A. Kansagara D. (2016). *Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review*. J Gen Intern Med. 31 Suppl 1 (suppl 1): 61-69.
- Koontz, H. Weihrich, H. Cannice, N. (2012). *Administración una perspectiva global y empresarial*. MacGraw- Hill. 14 Ed. México.
- Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J., & Greer-Williams, N. (2015). *Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel*. Journal of Nursing Scholarship, 47(3), 275–284.
Consultado de: <https://doi.org/10.1111/jnu.12130>.
- Larson, E. Sharma, J. Bohren, M. Tuncalp, O. (2019). *When the patient is the expert: Masuring patint experience and satisfaction with care*. Policy & Practice. Bull World Health Organ. 97; 563-569.

- Laugaland, K. Aase, K. Barach, P. (2012). *Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence*. Work. 41 (Suppl.1); 2915-2924. DOI: 10.3233/WOR-2012-0544-2915.
- Lenis, V. Manrique, F. (2015). *Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla (Colombia)*. Revista Aquichan.15(3); 413-425.
- Lin, CH. Chen, WL. Lin, CM. Lee, MD. Ko, MC. Li, CY. (2010). *Predictors of psychiatric readmissions in the short-and long-term: a population-based study in Taiwan*. Chin (Sao Paulo). 65; 481-489.
- Lindsay, S. King, G. Klassen, AF. Esses, V. Stachel, M. (2012). *Working with immigrant families raising a child with a disability: challenges and recommendations for healthcare and community service providers*. Disabil Rehabil. 34(23):2007-2017.
- Lluch MT. Checa, F. García, JU. Márquez, MI. Camarena, Z. et al. (2014). *Atención Domiciliaria de Enfermería en Salud Mental. Evaluación de la efectividad de la atención domiciliaria de Enfermería a pacientes afectados de TMS mediante la aplicación del método de intervención basado en la gestión de casos*. Disponible en: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/06/pinv2005.pdf>.

Lynch, ME. Campbell, FA. Clark, AJ. et al. (2007). *Waiting for treatment for chronic pain – a survey of existing benchmarks: toward establishing evidence-based benchmarks for medically acceptable waiting times*. Pain Res Manag. 12: 245-248.

Lyberg, A. Viken, B. Haruna, M. Severinsson, E. (2012). *Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women*. J Nurs Manag. 20 (2): 287-295.

Leppin, AL. Gionfriddo, MR. Kessler, M. Brito, JP. Mair, FS. Gallacher, K. et al. (2014). *Preventing 30-day hospital readmissions: a Systematic Review and meta-analysis of randomized trials*. JAMA Intern Med. 174 (7): 1095-1107.

Levine C. Halper D. Peist A. Gould DA. (2010). *Bridging troubled waters: family caregivers, transitions, and long-term care*. Health Aff. 29 (1): 116-124.

Lin, H. Lee, H. (2009). *Psychiatrists' caseload volume, length of stay and mental healthcare readmission rates: A three- year population-based study*. Psychiatry Res. 166: 15-23.

Lin, CH. Chen, WL. Lin, CM. Lee, MD. Ko, MC. Li, CY. (2010). *Predictors of psychiatric readmissions in the short-and long-term: a population-based study in Taiwan*. Clin (Sao Paulo). 65:481-489.

- Lim, F. Foust, J. Van Cleave, J. (2012). *Transitional care*. In: Boltz M. Capezuti, E. Fulmer, T. Zwicker, D, editors. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Lönnfors, S. Vermerire, S. Greco, M. Hommes, D. Bell, C. Avedano, L. (2014). *IBD and health-related quality of life – discovering the true impact*. *J Crohns Colitis*. 8: 1281-1286.
- Louis, E. Dotan, I. Ghosh, S. Mlynarsky, L. Reenaers, C. Schreiber, S. (2015). *Optimising the inflammatory bowel disease unit to improve quality of care: expert recommendations*. *J Crohns colitis*. 9: 685-691.
- Ley 100 de 1993. *Diario Oficial número 41.148 de la República de Colombia*. Bogotá. Diciembre 23 de 1993.
- Ley 1122 de 2007. *Diario Oficial número 46.506 de la República de Colombia*. Bogotá. Enero 9 de 2007.
- Ley 1751 de 2015. *Diario Oficial número 49.559 de la República de Colombia*. Bogotá. Junio 30 de 2015.
- Ley 1438 de 2011. *Diario Oficial 47.957 de la República de Colombia*. Bogotá. Enero 19 de 2011.

Ley 1122 de 2007. *Diario Oficial número 46.506 de la República de Colombia. Bogotá. Enero 9 de 2007.*

Lenz, K. McRae, A. Wang, D. Higgins, B. Innes, G. Cook, T. Lang, E. (2017). *Slow or swift, your patients' experience won't drift: absence of correlation between physician productivity and the patient experience.* CJEM. 19 (5): 372-380.

Mabire C. Dwyer A. Garnier A. Pellet J. (2016). *Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review.* JBI Database System Rev Implement. 14 (9); 217-260.

Machado, V. Leonidas, C. Santos, MA. Sousa, J. (2012). *Psychiatric readmission: an integrative review of the literature.* Int Nurs Rev. 59: 447-457.

Macpherson, DW. Gushulak, BD. MacDonald, L. (2007). *Health and foreign policy: influences of migration and population mobility.* Bull World Health Organ. 85(3): 200-206.

Malvárez, S. (2006). *La regulación de la práctica y la educación en enfermería. Nuevos determinantes.* En: *Actas del XIII Curso P/MS-CIESS. Legislación de salud: La regulación de la práctica profesional en salud.* México D.F. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/hp-xiii-taller06-pres-malvarez.pdf>

- Malmusi, D. Borrell, C. Benach, J. (2010). *Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin*. Soc Sci Med. 71(9):1610-1619.
- Manirankunda, L. Loos, J. Debackaere, P. Nöstlinger, C. (2012). *“It is not easy”: Challenges for provider-initiated HIV testing and counseling in Flanders, Belgium*. AIDS Educ Prev. 24(5): 456-468.
- Mark, T. Tomic, KS. Kowlessar, N. Chu, BC. Vandivort, R. Smith, S. (2013). *Hospital readmission among Medicaid patients with an index hospitalization for mental and/or substance use disorder*. J Behav Health Serv Res. 40: 207-221.
- Martín, I. Orruño, E. Bayón, JC, Bilbao, A. Vergara, I. Cairo, MC. et al. (2013). *Evaluación e impacto de una intervención de tele monitorización en pacientes domiciliarios con insuficiencia cardiaca o broncopatía crónica controlada desde la atención primaria. Informes de Evaluación de tecnologías sanitarias. Estudio TELBIL*. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2013_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/INTER-VENCION%20DE%20TELEMONITORIZACION.pdf.
- Marmol, M. Miguel, I. Montejano, R. Escribano, A. Gea, V. Ruiz, A. (2018). *Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión Sistemática*. Rev Esp Salud Pública. 92 (27): 2 -15.

- Mawdsley, JE. Irving, PM. Makins, RJ. Rampton, DS. (2006). *Optimizing quality of outpatient care for patients with inflammatory bowel disease: the importance of specialist clinics*. Eur J Gastroenterol Hepatol. 18: 249-253.
- Mbuzi, V. Fulbrook, P. Jessup, M. (2018). *Effectiveness of programs to promote cardiovascular health of Indigenous Australians: a systematic Review*. International Journal for Equity in Health. 17; 153. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0867-0>
- Mehta, S. McCullagh, I. Burry, L. (2009). *Current sedation practices: lessons learned from international surveys*. Critical Care Clinics. 25(3): 471-488.
- Mendes Dal Sasso, K. Silveria, R. Galvao, C. (2008). *Revisión integrativa: método de revisión para la incorporación de evidencia en salud y en enfermería*. Contexto Enfer. 17 (4); 758-764.
- Méndez, V. Monge, J (2006), “*Las TIC en un entorno latinoamericano de educación a distancia: la experiencia de la UNED de Costa Rica*”, RED. Revista de Educación a Distancia, Vol. 15. En línea en: <http://www.um.es/ead/red/15/>.
- Miller SC. Looze J. Shield R. et al. (2014). *Culture change practice in U.S. Nursing homes: prevalence and variation by state medicaid reimbursement policies*. The Gerontologist. 54 (3): 434-445.

Mikocka, AA. Andrews, JM. Bernstein, CN et al. (2012). *Integrated models of care in managing inflammatory bowel disease: a discussion*. *Inflamm Bowel Dis*. 18: 1582-1587.

Mikocka, AA. Andrews, JM. Rampton, D. Goodhand, J. Vander Woude, J. Bernstein, CN. (2014). *How can we improve models of care in inflammatory bowel disease? An international survey of IBD health professionals*. *J Crohn's Colitis*. 8: 1668-1674.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá.

Ministerio de la Protección Social (MPS), Universidad CES, & Gesaworld, S. A. (2008). *Promoción de la cultura de seguridad del paciente*. Consultado de: [http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/descargables/linea8_Promocion de la cultura de seguridad del paciente EDITADO.pdf](http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/descargables/linea8_Promocion%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20EDITADO.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Sistema Único de Habilitación*. Consultado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Sistema Único de Habilitación*. Consultado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>

Miloni, D (1995). *Analyzing Outsourcing*. McGraw- Hill. Estados Unidos.

Morales, JM. Gonzalo, E. Martín, FJ. Morilla, JC. Celdrán, M. Millán, A et al. (2008).

Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. BMC Health Services Research. 8:193.

Moos, RH. Mertens, JR. Brennan, PL. (1995). *Program characteristics and readmission among*

older substance abuse patients: comparison with middle-aged and younger patients. J Ment Health Adm. 22: 332-345.

Munro, K. Jarvis, C. Kong, LY. D' Souza, V. Graves, L. (2013). *Perspectives of family Physicians*

on the care of uninsured pregnant women. J Obstet Gynaecol Can. 35(7): 599-605.

National Prescribing Centre. National Institute for Health and Clinical Excellence (NPC). (2012).

A single competency framework for all prescribers. Disponible en: [www.associationforprescribers.org.uk/images/Single`Competency`Framework.pdf](http://www.associationforprescribers.org.uk/images/Single%20Competency%20Framework.pdf)

National Clinical Guideline Centre. *Osteoarthritis. In: Care and Management in adults. London*

(UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Clinical guideline n. 177.

Naylor MD, Broton D. Campbell RL. Maislin G. Schwartz JS. (2004). *Transitional care of older*

adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. J Am Geriat Soc. 52 (5): 675-684).

Naylor, MD. (2002). *Transitional care of older adults.* Annu Rev Nurs Res. 20; 127-247.

Naylor, MD. Feldman, PH. Keating, S. Koren, MJ. Kurtzman, ET. Maccoy, MC. & otros. (2009).

Translating research into practice: transitional care for older adults. J Eval Clin Pract. 15 (6); 1164-1170.

Naylor MD. Kurtzman ET. Pauly MV. (2009). *Transitions of elders between long-term care and hospitals.* Policy Polit Nurs Pract. 10 (3): 187-194.

Naylor, MD. Brooten, D. Campbell, RL. Maisling, G. Schwartz JS. (2004). *Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled Trial.* J Am Geriatr Soc. 52 (5): 675-684.

Naylor, C. Alderwick, H. Honeyman, M. (2015). *Acute hospital and integrated care: from hospitals to health systems.* King's Fund. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/acute-hospitals-and-integrated-care-march-2015.pdf

Neuberger, J. (2013). *More Care Less Pathway: A review of the Liverpool Care Pathway.* Disponible en: www.gov.uk/government/publications/review-of-liverpool-care-pathway-for-dying-patients.

Niehaus, DJ. Koen, L. Galal, U, Dhansay, K. Oosthuizen, PP. Emsley, RA. et al. (2008). *Crisis discharges and readmission risk in acute psychiatric male inpatients.* BMC Psychiatry. 8:44.

Nicholas, DB. Hendson, L. Reis, MD. (2014). *Connection versus disconnection: examining culturally competent care in the neonatal intensive care unit*. Soc Work Health Care. 53 (2): 135-155.

Nuño, R. (2015). *Kaiser Permanente: ¿Qué se puede aprender de su experiencia en integración asistencial?* RISAI. 7(1):1-7. Disponible en: <http://www.risai.org/index.php/risai/article/view/11>.

Nuño, R. Rodríguez, C. Pinera, K, Zaballa, I. Bikandi, J. (2013). *Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España*. Gac Sanit. 27 (4): 332-337.

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2014). *Making Mental Health Count*. Disponible en: <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264208445-en>.

Oddone, EZ. Weinberger, M. Horner, M. et al. (1996). *Classifying general medical readmissions: Are they preventable?* J Gen Intern Med. 11: 597-607.

O'Mahony, JM. Donnelly, TT. (2007). *The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers*. Issues Men Health Nurs. 28(5): 453-471.

Oisvold, T. Saarento, O. Sytema, S. Vinding, H. Gostas, G. Lonnerberg, O. et al. (2000). *Predictors*

for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry.
Acta Psychiatr Scand. 101: 367-373.

Ospina, M. (noviembre 26, 2012). *Sistema único de información en salud, al servicio del país.* [Boletín de prensa N°389]. Ministerio de salud y protección social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Sistema-unico-de-Informaci%C3%B3n-en-Salud-al-servicio-del-pa%C3%ADs.aspx>

Osteras, N. Bodegom, L. Dzedzic, K. Moseng, T. Aas, E. Andreassen, O. Mdala, I. Natvig, B. et al. (2015). *Implementing international osteoarthritis treatment guidelines in primary health care: study protocol for the SAMBA stepped wedge cluster randomized controlled trial.* Implementation Science. 10:165. DOI: 10.1186/s13012-015-0353-7.

Otero, L. Goicolea, I. Gea, M. Sanz, B. (2013). *Access to and use of sexual and reproductive health services provided by midwives among rural immigrant women in Spain: Midwives' perspectives.* Glob Health Action. 6: 22645.

Ozsaker, E. Kayrakci, F. (2014). *Determination of satisfaction levels of nursing care of surgical patients.* Florence Nightingale Journal of Nursing. 22(2): 105-113.

Paris, V. Devaux, M. Wei, L. (2010). *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries.* OECD Health Working Papers, OECD Publishing no. 50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxfq9qbnr-en>

Payne, TH. Galvin, MS. Taplin, SH. Austin, B. Savarino, J. Wagner, EH. (1995). *Practicing Population-Based Care in a Health Main-Tenance Organization: Evaluation after 18 Months*. HMO Practice 9(3):101-106. PIMD: 10151092.

Pfortmueller, CA. Lindner, G. Exadaktylos, AK. (2014). *Reducing fall risk in the elderly: risk factors and fall prevention, a systematic Review*. Minerva Med. 105: 275-281.

Peterson, KA. Swindle, RW, Phibbs, CS. Recine, B, Moos, RH. (1994). *Determinants of readmission following inpatient substance abuse treatment: a national study of VA programs*. Med Care. 32: 535-550.

Peiris D. Usherwood, T. Panaretto, K. Harris, M. Hunt, J. Redfern J & otros. (2015). *Effect of a computer-guided, quality improvement program for cardiovascular disease risk management in primary health care the treatment of cardiovascular risk using electronic decision support cluster randomized trial*. Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes. 8(1); 87-95.

Pergert, P. Ekblad, S. Enskär, K. Björk, O. (2008). *Bridging obstacles to transcultural caring relationships-Tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care*. Eur J Oncol Nurs. 12 (1): 35-43.

Phillips, CO. Wright, SM. Kern, DE. Singa, RM. Shepperd, S. Rubin HR. (2004). *Comprehensive discharge planning with post discharge support for older patients with congestive heart*

failure: a meta-analysis. J Am Med Assoc. 291 (11): 1358-1367.

Prado, M. Morillas, A. Morán, L (2014). *La Metodología de la revisión de literatura en investigación de enfermería*. Cap. 16. En libro “*Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y Didáctica*”. Serie PALTEX. OPS. Washington.

Popejoy LL. Moylan K. Galambos C. (2009). *A review of discharge planning research of older adults 1990-2008*. West J Nurs Res. 31 (7); 923-947.

Porter, M (2015). *Ventaja Competitiva: Creación y sostenimiento de un desempeño superior*. Grupo Editorial Patria. México.

Porter, M. E. (1980) *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors*. Free Press, New York.

Puig, MN. Lladó, MM. Seco, MC. Gómez, A. Medina, M. Riera, R. et al. (2011). *Evaluación de una intervención educativa grupal en el control de pacientes con riesgo cardiovascular*. Enferm Clin. 21 (5): 238-247.

Quenot, JP. Ladoire, S. Devoucoux, F. Doise, JM. Cailliod, R. Cunin, N. et al. (2007). *Effect of a nurse-implemented sedation protocol on the incidence of ventilator-associated pneumonia*. Critical Care Medicine. 35(9): 2031-2036.

Raez, CJ. (2015). *Gestión de Casos en Enfermería. Efectividad en la atención del paciente crónico complejo y sus cuidadores*. Universidad Jaén. Facultad Ciencias de la Salud. Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1734/1/TFG%20RaezRuizCarlosJavier.pdf>.

Reboredo, S. González, C. Casal, C. (2014). *Implantación de un programa de polimedicados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la cronicidad*. Aten Primaria. 46 (supl. 3): 33-40.

Ricci, C. Lanzarotto, F. Lanzini, A. (2008). *The multidisciplinary team for management of inflammatory bowel diseases*. Dig Liver Dis. 40 (S2): s285-s288.

Rumbal, J. Hider, P. (2009). *The validity of readmission rate as a marker of the quality of hospital care, and a recommendation for its definition*. NZ Med j. 122: 63-70.

Rosenberg, E. Richard, C. Lussier, MT. Abdool, SN. (2006). *Intercultural communication competence in family medicine: lessons from the field*. Patient Educ Couns. 61(2): 236-245.

Saénez L. (2001). *Modernización de la Gestión Hospitalaria colombiana: lecciones aprendidas de la transformación de los hospitales en empresas sociales del Estado*. LACRSS Iniciativa Reforma Sector Salud. Consultado de: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/46-Gestion_Hospitalaria_Colombiana-Lecc_Apre_Hospitales_Empresas_Soc_Edo.pdf

Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, et al. (2008). *Multidisciplinary treatment for chronic*

pain: a systematic review of interventions and outcomes. Rheumatology 447:670–678.

Sacks, JL. (2013). *Suffering at end of life: a systematic review of the literature. J Hosp Palliat Nurs.* 15; 286-297.

Sandhu, S. Bjerre, NV. Dauvrin, M. Dias, S. Gaddini, A. Greacen, T. et al. (2013). *Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 48(1): 105-116.

Santos, B. Karmaniola, A. Seematter, L. Spagnoli, J. Bula, C. Cornuz, J. et al. (2008). *The Lausanne cohort Lc65p: a population-based prospective study of the manifestations, determinants and outcomes of frailty. BMC Geriatrics.* 8 (1): 20.

Smith, SM. Cousins, G. Clyne, B. Allwright, S. O'Dowd, T. (2017). *Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long-term conditions. (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 2. Art. No.:CD004910.*

Smith, SM. O'Leary, M. Bury, G. Staines, A. Tynan, A. Shannon, W. et al. (2003). *The North Dublin Diabetes shared care (DiSC) Project: a qualitative investigation of the views and health beliefs of patients with type 2 diabetes. Diabetic Medicine.* 20:853-857.

Santana, J. Bauer, A. Minamisava, R. Queiroz, A. Gomes, M (2014). *Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. revista Latino*

Americana de Enfermagem. 22(3); 454-460. ISSN: 1518-8345.

Santana, MJ. Manalili, K. Jolley, R. Zelinsky, S. Quan, H. Lu, H. (2008). *How to practice person-centered care: A conceptual Framework. Health Expectations.* 21: 429-440.

Sánchez, CM. (2014). *Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Practica avanzada y paciente crónico.* Enferm Clin. 24(1): 79-89.

Starfield, B. (2003). *Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity.* British Journal of General Practice. 53: 723-729.

Strabmayr, C. Matanov, A. Priebe, S. Barros, H. Canavan, R. Diaz, JM. et al. (2012). *Mental health care for irregular migrants in Europe: Barriers and how they are overcome.* BMC Public Health. 12(1): 367.

Schilling, L. Dearing, JW. Staley, P. Harvey, P. Fahey, L. Kuruppu, F. (2011). *Kaiser Permanente's performance improvement system. Part 4: creating a learning organization.* JT Comm J Qual Patient Saf. 37(12): 532-543. Doi:10.1016/S1553-7250(11)37069-9.

Shaw CD, Kutryba B, Braithwaite J, Bedlicki M, Warunek A. *Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009.* Int J Qual Heal Care. 2010;22(5):341-50.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq043>

Shehabi, Y. Chan, L. Kadiman, S. Alias, A. Ismail, WM. Tan, MA. Et al. (2013). *Sedation practice in Intensive Care Evaluation (SPICE). Study Group Investigators. Sedation depth and long-term mortality in mechanically ventilated critically ill adults: a prospective longitudinal multicentre cohort study*. Intensive Care Med. 39 (5): 910-918.

Stalher, GJ. Mennis, J. Cotlar, R. Baron, DA. (2009). *The influence of neighborhood environment on treatment continuity and rehospitalization in dually diagnosed patients discharged for acute inpatient care*. Am J Psychiatry. 166: 1258-1268.

Suarez, C. (2012). *Medicina Centrada en el Paciente*. Rev. Méd. La Paz. 18(1):67-72.

Suryanto, M. Plummer, V. & Copnell, B. (2016). *Collaboration between nurses and physicians in an Indonesian Emergency Department*. Australasian Emergency Nursing Journal, 19(2), 82–89. Consultado de: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2016.04.001>

Suurmond, J. Rupp, I. Seeleman, C. Goosen, S. Stronks, K. (2013). *The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers: A qualitative study about which issues need to be addressed*. Public Health. 127(7): 668-673.

Suphanchaimat, R. Kantamaturapoj, K. Putthasri, W. Prakongsai, P. (2015). *Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens*. BMC Health Services Research. 15:390.

- Spallek, J. Zeeb, H. Razum, O. (2011). *What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach*. Emerg Themes Epidemiol. 8(1):6.
- Terraza, R. Vázquez, LM. Vargas, I. Lizana, T. (2011). *Health professional perceptions regarding healthcare provision to immigrants in Catalonia*. Int J Public Health. 56(5): 549-557.
- Thomas, KS. Hyer, K. Castle NG. Branch, LG. Andel, R. Weech-Maldonado, R. (2012). *Patient safety culture and the association with safe resident care in Nursing Homes*. The Gerontologist. 52: 802-811.
- Thompson, AG. (2007). *The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy*. Soc. sci Med. 64 (6): 1297 – 1310.
- United Nations Programme on HIV/AIDS. (2009). *Background paper: People on the move-forced displacement and migrant populations*. In 24th Programme Coordinating Board- Thematic segment. Geneva: UNAIDS, p. 31.
- Trummer, U, Zezula S, Metzler B. (2010). *Access to health care for undocumented migrants in the EU: A first landscape of Now Hereland*. Eurohealth. 16(1):13–16.
- Vangen, S. Johansen, REB. Sundby, J. Traeen, B. Stray, B. (2004). *Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 112(1): 29-35.

Vargas, V. Hernández, C. (2019). *Historia médica: su potencialidad en la gestión de costos hospitalarios*. *Económicas CUC*. 10(1); 157-170. DOI: <https://doi.org/10.17981/econcuc.40.1.2019.10>

Vargas, V. y Hernández, E. (2007). *Indicadores de Gestión Hospitalaria*. *Revista de Ciencias Sociales*, 13 (3). 444–454.

Vega, Y. (2012). *La administración que se enseña en el pregrado de enfermería*. *Avances en Enfermería*. 3(1); 95-106.

Weingart, SN. Wilson, RM. Gibberd, RW. Harrison, B. (2000). *Epidemiology of medical error*. *BMJ*. 320:774-777.

Vinson, J. Rich, M. Sperry, J. (1990). *Early readmission of elderly patients with congestive heart failure*. *J Am Geriatr Soc*. 38: 1290-1295.

Wade V. Elliott J. (2012). *The role of the champion in telehealth service development: a qualitative analysis*. *Journal of Telemedicine and telecare*. 18(8): 490-492.

Wan, TT. Ozcan, YA. (1991). *Determinants of psychiatric rehospitalization: a social area analysis*. *Community Ment Health J*. 27: 3-16.

- Wagner, EH. Austin, BT. Connie, D. Hindmarsh, M. Schaefer, J. Bonomi, A. (2001). *Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence into Action*. Health Affairs. 20 (6): 64-78.
- Wagner, EH. Austin, BT. Von Korff, M. (1996). *Organizing care for patients with chronic illness*. *The Milbank Quarterly*. 74 (4): 511-544. Doi: 10.2307/3350391.
- Wagner, EH. Austin, BT. Davis, C. Hindmarsh, M. Schaefer, J. Bonomi, A. (2001). *Improving chronic illness care: Translating evidence into action*. Health Affairs. 20 (6): 64-78.
- Wagner, EH. Groves, T. (2002). *Care for chronic diseases*. BMJ. 325: 913-914.
- Watson, J. Hockley, J. Dewar, D. (2006). *Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes*. Int J Palliat Nurs. 12 (5): 234-240.
- Weeks, GR. Marriott, JL. (2008). *Collaborative prescribing: Views of SHPA pharmacist members*. Journal of Pharmacy Practice and Research. 38: 271-275.
- Weeks, GR. George, J. Maclure, K. Stewart, D. (2016). *Non- medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 11. Art. No: CDO11227.
- Wickizer, TM. Lessler, D. (1998). *Do treatment restrictions imposed by utilization management increase the likelihood of readmission for psychiatric patients?* Med Care. 36: 844-850.

Wheeler, A. Crump, K. Lee, M. Li, L. Patel, A. Yang, R. (2012). *Collaborative prescribing: a qualitative exploration of a role for pharmacists in mental health*. Research in Social and Administrative Pharmacy. 8(3): 179-192.

Wong, FK. Ng, AY. Lee, PH. (2016). *Effects of a transitional palliative care model on patients with end – stage heart failure: a randomized controlled trial*. Heart. 102: 1100-1108.

World Health Organization (WHO). (2014). *Worldwide Palliative Care Alliance and World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life*. Disponible en: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.

World Health Organization (WHO). (2002). *Innovate care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: Global report WHO/NMC/CCH*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/1/WHO_NMC_CCH_02.01.pdf.

World Health Organization (WHO). (2002). *Report: Innovative Care for Chronic Conditions. Building blocks for action. Noncommunicable Diseases and Mental Health*, Disponible en: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccc_exec_summary_eng.pdf?ua=1

World Health Organization. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*.

World Health Organization. (2007). *People-centred health care: A policy framework*. ISBN 9789290613176.

World Health Organization. (2008). *The world health report: primary health care now more than ever: introduction and overview*.

World Health Organization (WHO). (2008). *61ST Assembly. Resolution WHA61.17 – Health of migrants*. Geneva, p.3.

World Health Organization (WHO). (2007). *60th Assembly. Resolution WHA60.26 -Workers' health: global plan of action. In: Resolution WHA60.26*. Geneva, p.8.

World Health Organization (WHO). (2015). *Public Health Aspects of Migration in Europe. Migration and health at the 2014 European Public Health (EPH) Conference*. Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/269452/Public-Health-and-Migration-Newsletter-4th-Issue_NEWS_220115.pdf?ua=1.

Worth, A. Irshad, T. Bhopal, R. Brown, D. Lawton, J. Grant, E. et al. (2009). *Vulnerability and access to care for South Asian Sikh and Muslim patients with life limiting illness in Scotland: prospective longitudinal qualitative study*. BMJ. 338: b183.

Wilkinson, C. Hite, K. (2001). *Nurse-physician collaborative relationship on nurses self-perceived job satisfaction in ambulatory care*. Lippincotts Case Manag. 6: 68-78.

Yu DSF, Lee DTF, Stewart S, Thompson DR, Choi KC, Yu CM. (2015). *Effect of nurse – implemented transitional care of Chinese individuals with chronic heart failure in Hong Kong: a randomized controlled trial*. J Am Geriat Soc. 63(8): 1583 -1593.

Zanaboni P, Wootton R. (2012). *Adoption of Telemedicine: from pilot stage to routine delivery*. BMC Medical informatics and Decision Making. 12 (1): 1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6947-12-1>

Anexo 1. Identificación de los factores, atributos, componentes y efectos- limitaciones de los modelos de atención registrados en la revisión de la literatura 2015-2020.

| Modelo de Gestión | Actores del sistema y elementos que se articulan | Factores | Atributos | Componentes | Efectos del modelo y/o Limitaciones |
|--|--|---|--|--|---|
| Modelo de Atención Rural por Telesalud | Receptor de servicio que se <u>comunica</u> con proveedor de servicio | a) asociados a la oferta/sostenibilidad (visión, propiedad, adaptabilidad, economía, eficiencia, equipamiento) b) asociados al éxito (costos-financiamiento) | No informa | No informa | -falta de sostenibilidad en el tiempo -problemas de contratación del personal -afectación de la oferta a pesar de la demanda |
| Modelo de pago Alternativo o, pago por desempeño P4P. | Servicio de salud controla la prestación del servicio estimulando al proveedor para atender necesidades del Receptor | Factores: cultura organizacional y necesidades del paciente Entorno: hospital, hogar geriátrico, comunidad | Atributos: recompensa y sanción | Componentes: medidas incentivadas e incentivo a proveedores. | No informa |
| Modelo asistencial planificación del alta (Multidisciplinario) | Modelo de atención multidisciplinario/interdisciplinario Proveedores de salud (asistencial y especializados) atendiendo necesidades de un Receptor desde el primer día de hospitalización hasta días después del alta. Elemento central: el plan de alta. | No informa | No informa, solo plantea objetivos para mejorar calidad de la atención y la seguridad del paciente | Componentes: -Seguimiento hospitalario y ambulatorio. -el plan de cuidados -mediación por comunicación escrita y telefónica -educación al paciente y su familia -educación al personal de salud hospitalario. | -requiere la implementación de cultura de comunicación entre especialistas, enfermeras especializadas en geriatría con médicos tratantes y enfermeras de servicios asistenciales hospitalarios. Los efectos sobre el usuario son positivos, reduce riesgos, eventos adversos, reingresos y estancia hospitalaria |
| | Modelo programa transiciones de cuidado de Coleman Mecanismos: -registro salud personal -visitas y seguimiento telefónico con un entrenador de transición. | No informa | No informa | No informa, sin embargo, presentan pilares del modelo que pueden ser asemejados a sus componentes. Pilares: -Autogestión de la medicación. -Registro centrado en el paciente. -Seguimiento -Indicadores de empeoramiento | No informa |
| | Modelo de atención de transición de cuidados de Naylor | No informa | No informa | Componentes: -Evaluación intra hospitalaria por enfermera de práctica avanzada. -preparación del alta por equipo multidisciplinario -inclusión del paciente en el proceso de transición. | |

| | | | | | |
|--|--|------------|------------|--|--|
| | | | | -continuidad de la atención. -evaluación del paciente, previa al alta y seguimiento posterior al alta hospitalaria | |
| Modelo de Prestación culturalmente apropiados. | <p>Dirigido a la comunidad indígena de Australia</p> <p>Servicio de salud ofrece la prestación del servicio exige al proveedor para atender necesidades a partir de comprender la cultura del Receptor</p> | No informa | No informa | <p>Componentes:</p> <p>-Intervenciones en salud para la prevención de la enfermedad y rehabilitación de la enfermedad como aspecto importante de la estrategia.</p> | El modelo exige comprensión a partir de formación y educación para entender al usuario desde sus necesidades culturales en salud. |
| | <p>Dirigido a la población migrante legal e indocumentada</p> <p>Servicio de salud controla la prestación del servicio exige al proveedor atender necesidades de salud del Receptor, la comunicación entre estos no es adecuada y el proveedor presenta dilemas respecto a la atención.</p> | No informa | No informa | <p>Componentes o niveles:</p> <p>-nivel individual -nivel del equipo de atención -nivel organizacional (infraestructura, recursos complementarios, incluye el lugar de la atención). -nivel social (marcos legales, económicos y culturales del país receptor).</p> <p>Componente interacción con el proveedor de la atención médica:</p> <p>a) Característica del migrante b) Contexto lugar de trabajo del proveedor de salud c) Influencia de factores externos (legal, regulación del derecho)</p> | Se puede presentar un choque cultural e idiomático que establece dificultad para comprender la necesidad del paciente, existe conflicto ético entre lo que exige el modelo de atención y la responsabilidad médica. El objeto del modelo de atención es contradictorio con el modelo deontológico profesional. La atención de la población migrante genera estrés en el trabajador de la salud, el cual busca autoprotegerse de agresiones y de exigencias legales que van en contra de su rutina profesional. |
| Modelo de Atención multidisciplinar o, Modelo Integrado de Atención. | <p>Modelo de Atención para la enfermedad inflamatoria intestinal</p> <p>El modelo exige que los proveedores se comuniquen entre si para atender necesidades del Receptor. Se requiere de un Gestor que acompañe el seguimiento y comunicación por lo general una enfermera asistencial.</p> | No informa | No informa | <p>Componentes:</p> <p>- de estructura -de proceso clínico. - de Resultados.</p> | Existen limitaciones relacionadas con las brechas de la atención afectada por los tiempos cortos de consulta, la disponibilidad de personal y la calidad de vida del paciente. La satisfacción del paciente se logra con una ruta específica de atención. |
| Modelo de atención combinado, atención especializada y atención primaria | <p>Servicio de salud controla la prestación del servicio estimula al proveedor para atender necesidades del Receptor. Los proveedores son médicos, especialistas y enfermeras, estas últimas sirven de enlace entre el</p> | No informa | No informa | <p>Componentes:</p> <p>-protocolos clínicos -pautas y rutas de derivación para la atención -educación continua para el proveedor de la salud</p> | La limitante se presenta por la contención de costos de algunas instituciones durante la atención del usuario |

Modelos de Gestión Hospitalaria y su influencia en la Calidad de la Atención al Usuario del Servicio de Salud

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| | sistema de prestación de servicios y el paciente | | | -seguimiento al paciente por auditoria, evaluación de servicios prestados realizados por un gestor de servicio. Taxonomía General , según Hickman (1994): -Clínicas comunitarias -Modelo básico de comunicación entre atención primaria y atención especializada. -Enlace -Registro de atención compartida -Sistema de información. | |
| Modelos de Atención para la manejo de condiciones crónicas | Chronic Care Model (CMM) <u>Servicio de salud controla la prestación del servicio</u> exige al proveedor atender necesidades del Receptor . Se requiere apoyo de muchas instancias para la consecución de objetivos primarios en salud. | Factores: a) Rediseño de la Práctica b) Educación al Paciente c) Experiencia clínica (sistema experto) d) Información | No informa | Componentes: (elementos esenciales) a) Comunidad b) Sistema de Salud c) Apoyo a la autogestión d) Diseño del sistema de prestación e) Apoyo toma de decisiones f) Sistema de información clínica. | El modelo es eficaz, pero requiere políticas públicas para su implementación y compromiso de las instituciones del sector salud por la alta carga presupuestal que significa manejar las condiciones de cronicidad. |
| | Innovate Care for Chronic Conditions <u>Servicio de salud controla la prestación del servicio</u> exige al proveedor atender necesidades del Receptor . Se requiere apoyo de muchas instancias para la consecución de objetivos primarios en salud | Factores: 1) cambio al paradigma 2) Gestión del entorno político 3) Atención medica integrada 4) Alineación políticas sectoriales en salud 5) Atención medica eficaz 6) Atención centrada en el paciente y la familia 7) Apoyo al paciente en su comunidad 8) Énfasis en la prevención. | No informa | Componentes: a) Política ambiental positiva b) Comunidad c) Organización sistema de salud d) Niveles de gestión (macro, meso, micro). | El limitante principal es el manejo presupuestal por parte de los gestores del Estado y el cambio de las políticas públicas que exige una mirada diferente a la tradicional a partir de un nuevo paradigma de atención. |
| | Kaiser Permanente: <u>Servicio de salud empodera al proveedor</u> y le da la oportunidad de ser accionista para que tome sus propias decisiones sobre el manejo del Receptor según sus necesidades en salud. | Factores: -Atención primaria en salud integrada -Capacidad resolutive -Reducción de hospitalización -Equipo médico de expertos -planificación de alta coordinada por equipos y reincorporación rápida al contexto. -uso de vías o rutas clínicas -optimización de quirófanos | Atributos (características): -enfoque poblacional -liderazgo clínico -práctica profesional en equipos -contratación medica de exclusividad -profesionales comprometidos con la gestión de la organización -énfasis atención primaria y educación en salud -gestión de la enfermedad crónica -generación de investigación clínica basada en la evidencia. | Componentes: -oferta de un plan de salud con alternativa individual y colectiva -Grupo medico permanente -red hospitalaria financiada por plan de salud. | No presenta limitantes, sin embargo, las barreras de atención se relacionan con la capacidad instalada. |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | | | -énfasis en calidad clínica. -manejo de ventaja competitiva | | |
| | <p>The Liverpool Care Pathway Servicio de salud empodera al proveedor y le da la oportunidad de ser accionista para que tome sus propias decisiones sobre el manejo del Receptor según sus necesidades en salud.</p> | No informa | No informa | <p>Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -comunicación abierta y oportuna entre el médico, el paciente en estadio terminal y su familia. -planificación anticipada de la atención (ACP, por sus siglas en inglés). -seguimiento a la planificación anticipada de la atención. | <p>Las limitantes se relacionan con las barreras en la atención, estas se presentan esencialmente por falta de conocimiento en cuidados paliativos de los proveedores de salud, quienes en los centros de atención al adulto mayor carecen de la experticia para proveer fármacos acordes a las necesidades del usuario, por lo que existe un manejo subóptimo sintomático.</p> <p>Los recursos en los centros de atención al adulto mayor son limitados, por lo tanto, no existe un equipo multidisciplinario contratado para tomar decisiones compartidas de manejo, presentándose una falta de comunicación entre las enfermeras, sus asistentes y el medio de cabecera quien retrasa tiene tiempos cortos de atención y solo visita la institución semanalmente o según llamado corporativo.</p> <p>En este modelo las limitaciones de comunicación entre los proveedores de salud son altas, y la capacidad de cambio en el recurso humano se establece por falta de disposición.</p> |
| Modelo de Atención en Salud Mental - Predictores de Readmisión- | <p>Servicio de salud se encarga de establecer los elementos constitutivos para una atención en salud mental de calidad para que el Receptor sea atendido oportunamente</p> | <p>Factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Organización y financiamiento del servicio de salud -Características del sistema sanitarios. -Red de apoyo social y familiar. | No informa | <p>Componentes: (Categorías de predictores de readmisión)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Primera categoría <ul style="list-style-type: none"> a) Regulación legal b) Sistema de Financiamiento c) Estructura de gobierno -Segunda Categoría <ul style="list-style-type: none"> a) Variable Capacidad b) Variable organización c) Variable Estructura. -Tercera Categoría <ul style="list-style-type: none"> a) Variable ambiental y del entorno <ul style="list-style-type: none"> * geográfica * demográfica * Socioeconómica | Las limitaciones tienen que ver con la regulación del Estado para el financiamiento de la atención en salud. |
| Modelo de Calidad en la | <p>El Servicio de salud entrega en manos del proveedor la</p> | <p>Factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Individual | <p>Atributos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Enfocado en la calidad total | <p>Componentes:</p> | Las barreras en la implementación del modelo dependen de la fuerza como la |

Modelos de Gestión Hospitalaria y su influencia en la Calidad de la Atención al Usuario del Servicio de Salud

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| Atención Hospitalaria- Enfoque Multinivel- | responsabilidad de generar calidad en la atención para el Receptor . Los proveedores deben trabajar en equipos consolidados o microsistemas. | b) Grupal / equipos c) Organización d) Sistema / Entorno. | b) Enfocado en el mejoramiento continuo c) Enfocado en los equipos de trabajo del microsistema d) Enfocado en la información | a) Fuerza que impulse la mejora continua y desarrollo de prácticas adaptativas. b) sistema de información adecuados c) participación del trabajador de la salud d) Liderazgo y apoyo de la alta gerencia e) practicas adaptativas para el mejoramiento. | institución promueva la mejora continua. Una situación que afecta la relación entre el proveedor de salud y el paciente es el sistema de información inadecuado y la participación del equipo de trabajo en los procesos. Un aspecto que se le solicita al trabajador de la salud es que desarrolle liderazgo, pero este depende el apoyo organizacional Las dificultades para adaptar las practica de mejoramiento continuo y de calidad dependen de la organización respecto a la incorporación de una cultura organizacional dirigida exclusivamente a la calidad en los procesos de atención. |
| Modelo de Atención Centrada en el Paciente | El Servicio de salud empodera al proveedor para garantizar la calidad de la atención dirigida al Receptor . Es este último quien valora el servicio recibido y califica la calidad de acuerdo con su percepción. | Taxonomía: -Estructura -Proceso -Resultado | No informa | Componentes: Componente de Estructura -Filosofía y valores organizacionales -definición operativa del modelo -capacitación estandarizada en el modelo a trabajadores de la salud -colaboración y empoderamiento de pacientes -garantizar recursos para el personal -diseño de instalaciones y servicios sanitarios que promuevan el modelo -integración de servicios en la organización para promover el modelo -plataforma de ciber salud para intercambio de información sanitaria con proveedores e salud. - codiseño y desarrollo de un marco de medición, seguimiento y evaluación Componente de Proceso: -Escuchar al paciente -ofrecer información -discutir el cuidado y planes con el paciente -receptividad a las preferencias, necesidades y valores del paciente -brindar cuidados de apoyo -codiseño de planes de cuidado con el paciente. -comunicación e información intercambiable para coordinar continuidad de la atención. | La principal limitación es de infraestructura y económica para contratar con proveedores de salud capaces de ofrecer una atención de calidad. |



Modelos de Gestión Hospitalaria y su influencia en la Calidad de la Atención al Usuario del Servicio de Salud. Revisión Sistemática Rápida de la Literatura

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | Componente de Resultado: <ul style="list-style-type: none">-Acceso oportuno a la atención-Disponibilidad de cuidados-Carga financiera-Medidas de resultado informadas por el paciente-experiencia informada por el paciente-resultados adversos informados por el paciente. | |
|--|--|--|--|---|--|

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de la literatura