

Manuel Millet Sampedro

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

Correo electrónico: manuel.millet@osakidetza.net

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

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



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

Sr. Director:

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

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

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

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

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

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

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

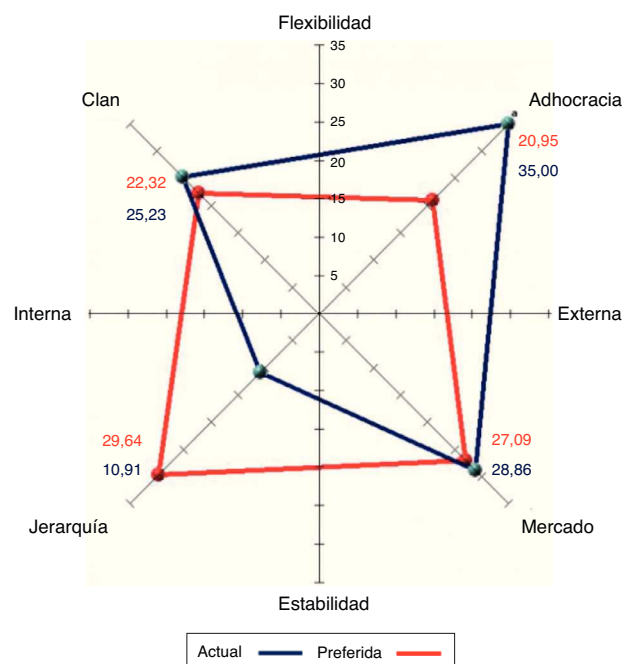


Figura 1 Cultura organizacional dominante actual y preferida en el SNS según la encuesta a los participantes del Foro Gerendia.

control y el funcionamiento eficaz de la organización. Es especialmente relevante el deseo de los profesionales de reducción de la jerarquía, de la organización formal, pero sin perder las vinculaciones informales y la cohesión entre ellos.

Financiación y conflicto de intereses

El Foro Gerencia cuenta con el Patrocinio de la División de Diabetes de Abbott Laboratories, S.A. El contenido del cuestionario y de la carta responde exclusivamente a la opinión de los autores.

Bibliografía

1. Schein EH. Organizational Culture. *Am Psychol.* 1990;45:109–19.

2. Cameron KS, Quinn RE. Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework. San Francisco, California: Ed. Jossey-Bass; 2006.
3. Leone C, Dussault G, Lapão LV. Primary health care reform and implications for the organizational culture of Health Center Groups in Portugal. *Cadernos de Saúde Pública.* 2014;30:149–60.

Sonia García-Pérez^{a,b,*} y Antonio Sarría-Santamera^{a,b}

^a *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación, Madrid, España*

^b *REDISSEC, Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: soniagarcia@isciii.es (S. García-Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.06.001>

Standardized nursing care plans in patients with type 2 diabetes mellitus: Are they effective in the long-term?



Planes de Atención de Enfermería estandarizados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: ¿Son eficaces a largo plazo?

Dear Editor,

The implementation of a standardized language in Nursing Care Plans (SNCP) allows for increased efficiency in nursing data management, and from our experience, its short-term effectiveness in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) has been established.¹ Nevertheless, up-to-date data on the relationship between SNCP and patients' long-term health outcomes remain unclear. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of implementing SNCP with NANDA-International (NANDA-I) nursing diagnoses² and interventions (NIC³) in the Computerized Clinical Records registration, in the improvement of metabolic, weight, and blood pressure control in patients with T2DM after 4-year follow-up.

This study was conducted as part of a broader project with its methodology being described elsewhere;¹ consisting in a 4-year prospective follow-up study carried out between March 2008 and February 2012. For the purposes of this paper we analyze only to the baseline and after 4-year of follow-up data. 30 primary health care centers (Madrid, Spain) consented to participate (23,488 T2DM outpatients), and data were collected from Computerized Clinical Records under routine clinical practice conditions.

18,320 patients were identified in the Usual Nursing Care Plans (UNCP) group, and 5168 in the SNCP group. However, the number of patients in the SNCP group with at least one HbA1c over the 4-year of follow-up was 2105, and for

this reason we decided to select a random sample of an equal size in the UNCP group. Ensuring that patients in both groups were more likely to have collected all the necessary variables for them.

The study was approved by the research ethics committee of the Ramón y Cajal Hospital (Madrid), and it was determined that no informed consent was necessary in this type of study.

The two groups were homogeneous in gender, but not in age, diabetes evolution time and sedentary life style (Table 1, first part). Patients in the SNCP group had a higher prevalence of dyslipidemia; received more treatment for diabetes (oral antidiabetics and insulin) and for cardiovascular disease, had poorer HbA1c (7.13% vs. 7.01%; $p < 0.001$), and better Diastolic Blood Pressure (DBP) (75.9 mmHg vs. 76.5 mmHg; $p < 0.01$), and LDL-Cholesterol (114.05 mg/dl vs. 116.5 mg/dl; $p < 0.01$) than patients in the UNCP group.

At the 4-year follow-up, both groups experienced a modest decline in their parameter values (Table 1, second part). The unadjusted effect of SNCP improved health outcomes, except for LDL cholesterol and BMI. After adjusting for baseline parameter values and age, duration of T2DM, type of treatment, physical inactivity and dyslipidemia, a lowering effect on all health outcomes was observed, except for BMI. DBP showed a significant and relevant reduction (decrease of 3.60 mmHg); however, Systolic Blood Pressure (SBP) showed a relevant but not significant reduction (decrease of 4.59 mmHg). Finally, those in the SNCP group saw a relative risk reduction of 32.3% (95%CI=0.4–64.1%) and a absolute risk reduction of 1% (2% vs. 2.9%; $p = 0.047$) for stroke; however, increased incidence of Myocardial Infarction was seen, but not significant (1.3% vs. 1%; $p = 0.39$).

Therefore, after 4-year follow-up, patients in the SNCP group reached a persistent and significant reduction in DBP, but not significant in SBP, compared to patients in the UNCP group. Moreover, SNCP appears to be helpful in reducing the incidence of stroke. As reported in the VALUE study,⁴ reductions in SBP of between 2 and 4 mmHg, during follow-up (4.2