

POLICY

Centre for
Mental Health



Realising a better future

Implementando la recuperación

Una metodología para el
cambio organizativo

Geoff Shepherd, Jed Boardman
y Maurice Burns

Edición en castellano

“Si se adopta de forma correcta y global, el concepto de recuperación podría transformar los servicios de salud mental y desbloquear el potencial de miles de personas que sufren una enfermedad mental. Los servicios deberían estar diseñados para ofrecer un soporte directo y los profesionales deberían estar formados para ayudar a las personas a conseguir una mejor calidad de vida. Esto supondría un cambio sustancial para muchas organizaciones e individuos.”

Future Vision Coalition (Julio de 2009)

Introducción

“Recuperación” es una de las palabras que las personas con problemas de salud mental utilizan habitualmente para describir sus esfuerzos por llevar una vida con sentido y satisfactoria. Los principios de la recuperación nos proporcionan hoy un marco conceptual para respaldar los desarrollos en los servicios de salud mental en una serie de países (Australia, Nueva Zelanda, Irlanda y EE.UU.). En Inglaterra tienen una presencia destacada en el reciente documento político *New Horizons* (Department of Health, 2009) y han recibido un amplio respaldo por parte de los principales cuerpos profesionales. Aunque estos principios no constituyen una nueva forma de *tratamiento* que se pueda aplicar a las personas para que se “recuperen”, consideramos que los servicios de salud mental seguirán jugando un papel esencial apoyando o, por el contrario, obstaculizando las trayectorias de recuperación personal. Este documento presenta una metodología práctica para ayudar a los servicios de salud mental y sus colaboradores locales a estar más “orientados a la recuperación” en su organización y en sus prácticas, y respaldar, por tanto, estos procesos de forma más efectiva.

Este documento es el tercero de una serie producida por el proyecto de recuperación del Sainsbury Centre for Mental Health. El primer documento, *Hacer de la recuperación una realidad* (Shepherd *et al.*, 2008) proporcionaba un resumen de los principios clave y sus implicaciones para los profesionales. El siguiente documento de síntesis, *Implementando la recuperación: Un nuevo marco para el cambio organizativo* (Sainsbury Centre, 2009) presentaba un marco para el cambio organizativo que aportaba 10 retos clave que deben afrontar los

servicios de salud mental si quieren avanzar con un enfoque más orientado a la recuperación (véase el Cuadro 1). Se ha desarrollado a partir de una serie de talleres realizados en cinco fundaciones de salud mental que identificaron las formas en las que los principios de recuperación podrían incorporarse mejor a la práctica rutinaria. A los talleres asistieron más de 300 profesionales socio-sanitarios, directivos y representantes de las organizaciones independientes locales. Cuentan también con extensas aportaciones de usuarios y personas cuidadoras.

Cuadro 1: Diez retos organizativos clave

- 1) Cambiar la naturaleza de las interacciones diarias y la calidad percibida
- 2) Impartir programas formativos integrales liderados por las personas usuarias
- 3) Constituir un "centro de formación en recuperación" que impulse los programas
- 4) Garantizar el compromiso organizativo, creando "cultura" de recuperación. La importancia del liderazgo
- 5) Aumentar la “personalización” y la toma de decisiones
- 6) Cambiar el modo en que enfocamos la evaluación y la gestión de riesgos
- 7) Redefinir la participación de las personas usuarias
- 8) Transformar al colectivo de profesionales
- 9) Apoyar a las y los profesionales durante su propia recuperación
- 10) Aumentar las posibilidades de construir una vida “más allá de la enfermedad”

(de *Implementando la recuperación: Un nuevo marco para el cambio organizativo*, Sainsbury Centre, 2009).

Todas las fundaciones del National Health System (NHS) participantes en los talleres habían realizado importantes esfuerzos por desarrollar más servicios orientados a la recuperación y contaban con el compromiso de sus directivos, incluso hasta del consejo de administración, para hacerlo. Sin embargo, estaba claro que no había un único enfoque global ni un solo modelo de servicio integral orientado a la recuperación. Los retos organizativos clave identificados en los talleres proporcionan así un punto de inicio para

contribuir al desarrollo de servicios amplios y sistemáticos: pero no son un “plan de acción” para lograr el éxito. La tarea consiste ahora en explorar exactamente cómo se puede enfocar este proceso de cambio organizativo.

Este documento presenta un enfoque metodológico para enfrentarse a estos retos. Puede ser utilizado tanto por los profesionales de salud mental locales (sanitarios y no sanitarios) como por los gestores de servicios sanitarios y sociales. Las fundaciones de salud mental (y otro personal sanitario) pueden utilizarlo como parte de un proceso de autoevaluación focalizado; alternatively, puede utilizarse para facilitar los debates entre los profesionales de servicios locales y los gestores en el esfuerzo conjunto por realizar progresos hacia unos servicios más orientados a la recuperación. Creemos que proporciona un punto de partida innovador para un enfoque del servicio realmente “centrado en la persona”.

Aunque reconocemos que a lo que nos enfrentamos aquí son asuntos complejos de cambio organizativo, pretendemos describir los retos y procesos implicados de una forma clara y fácil de comprender. Con ello, esperamos también aportar un lenguaje común que ayudará a los profesionales sanitarios a evaluar su progreso hacia servicios más orientados a la recuperación y ayudará a los gestores y profesionales a trabajar juntos para “coproducir” el cambio del sistema. Este es el núcleo de las directrices recientemente publicadas por la Unidad nacional de desarrollo de salud mental, (NMH DU/NHS Commissioning Support for London, 2009).

Desarrollo de la metodología

La metodología fue desarrollada por un grupo de gestores y profesionales sanitarios, incluyendo representantes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y con las contribuciones del Recovery Centre de la University of Hertfordshire. El trabajo inicial se llevó a cabo con un grupo más amplio de gestores regionales en el Este de Inglaterra. El proyecto se centró en resultados a “nivel de servicio”, y no en los resultados a “nivel individual” que se pueden utilizar para evaluar la

recuperación personal, como la Recovery Star (Mental Health Providers Forum, 2008).

A nivel organizativo ya hay disponible una serie de instrumentos y enfoques que intentan medir la “orientación a la recuperación”. Entre ellos se incluyen la DREEM – Instrumento de medida del desarrollo de entornos que impulsan la recuperación (Developing Recovery Enhancing Environments Measure) (Ridgeway & Press, 2004); la herramienta RSA – Autoevaluación de la recuperación (Recovery Self Assessment) (O’Connell et al., 2005); el Indicador escocés de recuperación (Scottish Recovery Network, 2009); y la RPFS – Escala de fidelidad de promoción de la recuperación (Recovery Promotion Fidelity Scale) (Armstrong & Steffen, 2009). Todos estos instrumentos son útiles de uno u otro modo, pero a menudo son complicados de utilizar y requieren mucho tiempo (Dinniss et al., 2007). Algunos simplemente describen buenas prácticas generales en lugar de hacer referencia específica a principios de recuperación; otros tienen problemas para la generalización transcultural de ítems. Ninguno de ellos ha sido específicamente diseñado y desarrollado para su uso en el contexto inglés (la red escocesa de recuperación es la que más se acerca). Por ello es necesario un nuevo instrumento que se pueda utilizar como herramienta de autoevaluación, o como parte del diálogo entre administrador/profesionales.

Opiniones de los gestores

En nuestras conversaciones con gestores ha quedado patente que muchos estaban interesados en medidas sencillas que podrían utilizar para “puntuar” la orientación de la recuperación de un servicio local y como “patrón de referencia” frente a servicios comparables. Aunque esto es comprensible, plantea considerables problemas para un conjunto de principios que son difíciles de definir sin ambigüedades y tiene complicadas implicaciones para los procesos y las prácticas. Por tanto, las descripciones demasiado simplificadas no son solamente difíciles, sino que además pueden inducir a error e incluso obstaculizar la innovación y el desarrollo.

Algunos gestores revisaron toda la literatura internacional y la gran variedad de instrumentos existentes para evaluar el progreso organizativo e individual hacia la recuperación, así como las barreras para el cambio organizativo. Otros querían adoptar un enfoque “elige y mezcla”,

seleccionando indicadores de resultados y medidas que parecían encajar con las circunstancias locales y la viabilidad. De nuevo, esto subrayaba la necesidad de desarrollar un enfoque integral, pero tan simple como fuera posible, y relevante para los servicios locales.

En el clima actual de incertidumbre económica y financiera, los gestores (y los profesionales sanitarios) estaban también comprensiblemente preocupados con la perspectiva de enfrentarse a una futura reducción de presupuestos y la necesidad de mejorar la efectividad sin aumentar el coste (Royal College of Psychiatrists, NHS Confederation Mental Health Network & London School of Economics and Political Science, 2009). Por consiguiente deseábamos asegurarnos de que los servicios orientados a la recuperación no se consideraran relevantes únicamente en los “buenos tiempos” ya que la mayoría de las implicaciones del cambio en el servicio que supone el enfoque no tienen repercusiones en coste. Consisten en cambiar el modo en que se hacen las cosas, en lugar de en una inyección de nuevos recursos. Algunos tienen incluso el potencial de dar como resultado ahorros de costes a largo plazo; por ejemplo, a través de un uso menor de los servicios de salud mental provocado por tasas más altas de empleo, o presupuestos más reducidos de personal derivados de los cambios que se sugieren en los perfiles profesionales.

Muchos gestores manifestaron además interés en utilizar algunas de las iniciativas de la reciente reforma del sistema sanitario para impulsar la actuación de los profesionales hacia un servicio más orientado a la recuperación. Entre ellos se incluían:

- El nuevo, estandarizado, Contrato de Salud Mental nacional (Department of Health, 2010);
- Cómo calcular los costes de la práctica orientada a la recuperación e incentivarla dentro del desarrollo de un sistema nacional basado en el pago por resultados en salud (PbR) del servicio de salud mental;
- Combinación de resultados de recuperación a nivel individual junto con resultados de puesta en marcha de mejoras en los servicios (como el NMH DU/ NHS Commissioning Support for London, 2009);

- Incorporación de indicadores clave utilizados en herramientas/medidas como el Conjunto de Indicadores del Programa Nacional de Inclusión Social (National Social Inclusion Programme, 2009);
- Utilización de Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) para aportar mejoras de la calidad orientadas a la recuperación (Department of Health, 2008).

Muchas de estas iniciativas pueden ser útiles a largo plazo, aunque se tardará un tiempo antes de que la mayoría de ellas se establezcan y queden bien asentadas (por ejemplo, la nueva tarifa para los servicios de salud mental no se espera hasta el 2013/14). Entre tanto, la variedad de problemas aquí destacados demuestra claramente que la demanda realizada a los servicios de salud mental en este país se encuentra actualmente en un estado complejo y rápidamente cambiante. Por tanto queremos desarrollar una herramienta que supusiera un valor práctico inmediato para los profesionales sanitarios y los gestores y otras partes interesadas a nivel local incluyendo a las personas usuarias y sus familias y que pudiera facilitar el que se ofrezcan servicios más orientados a la recuperación ya.

Una vez modificado y revisado el enfoque a través de experiencias en proyectos reales, esperamos que pueda dar soporte al desarrollo de un conjunto de estándares para las entidades normativas como la Comisión de Calidad de la Asistencia para clarificar sus expectativas sobre el desarrollo de servicios orientados a la recuperación. Esto proporcionaría los necesarios incentivos “de arriba a abajo” para el cambio organizativo, además del enfoque fundamentalmente “de abajo hacia arriba” descrito aquí. Ambos son necesarios para conseguir efectos amplios y consistentes.

Cómo utilizar la metodología

La metodología es específicamente relevante para el contexto de los servicios de salud mental de Inglaterra, aunque creemos que será interesante para los responsables de planificación y gestión de servicios en otros países. Nuestra intención es que debe ser clara, sistemática y no ser demasiado burocrática ni llevar demasiado

tiempo. Hemos optado por un “enfoque sistémico” orientado hacia un cambio del servicio para incluir a todas las partes interesadas en el “sistema” de salud mental en el ámbito local: el administrador principal del NHS, los profesionales sanitarios del sector independiente local, los gestores, las personas usuarias y las personas cuidadoras. El valor resultante de los sistemas locales que apoyan a personas con problemas de salud mental para que se “recuperen” y vivan sus vidas como deseen dependerá, en último término, de la calidad de la colaboración entre estos implicados.

La metodología ayuda a quienes la utilizan para comprender las ideas clave (la “visión”) que están detrás de lo que constituyen los servicios orientados a la recuperación para el área local, antes de avanzar en el desarrollo de una estrategia para crear el cambio necesario para implementar estos servicios y acordar objetivos específicos y medidas precisas. A continuación se supervisa y se revisa el progreso, se modifican los planes, se formulan planes nuevos, se implementan y supervisan de nuevo, se revisan y modifican. Esta forma de bucle de auditoría interna (o ciclo de mejora continua “Plan-Do-Study-Act”) se recomienda como el proceso más efectivo para producir un cambio organizativo sostenido (Iles & Sutherland, 2001).

Evaluación de servicios desde el principio

Sugerimos que la metodología se utilice en un proceso de dos fases desarrollado de forma conjunta entre el sector sanitario (profesionales y gestores) y las partes interesadas a nivel local. En la primera parte del proceso, las partes interesadas intentan llegar a entender las complejidades de las ideas subyacentes a cada reto. Posteriormente evalúan el nivel de avance de los principales profesionales sanitarios de salud mental utilizando una sencilla clasificación de tres puntos: “Etapa 1 = Compromiso”, “Etapa 2 = Desarrollo” y “Etapa 3 = Transformación” (véase el Cuadro 2 y la metodología en las páginas 9-20). Esta evaluación proporciona un resumen de la situación actual y podría utilizarse para fines de “referencia”, aunque su objetivo principal es desarrollar una comprensión conjunta de los conceptos y sus implicaciones para el cambio organizativo. Los profesionales sanitarios y otras partes interesadas locales deberían recurrir a sus diferentes perspectivas para alcanzar un consenso compartido sobre la etapa de desarrollo que han conseguido. Esto se puede registrar en la Plantilla A (véase la página 19).

Cuadro 2: Definiciones para la clasificación en tres etapas

Etapa 1: Compromiso

La organización se compromete claramente en su esfuerzo por ofrecer servicios orientados a la recuperación. A nivel directivo se reconoce que la organización tiene que cambiar hacia servicios más orientados a la recuperación. Se sabe que existen áreas de buenas prácticas y el compromiso de trabajar a partir de ellas. Se han acordado planes para prestar servicios orientados a la recuperación y un cronograma para su implementación, pero aún se han realizado muy pocos progresos. Prevemos que la mayoría de las fundaciones empezarán a este nivel en la mayoría de las dimensiones.

Etapa 2: Desarrollo

Se están emprendiendo acciones, con algunas pruebas o evidencias de cambios significativos en la práctica, la política sanitaria y la cultura de la organización. Se están realizando buenos avances en la prestación de servicios orientados a la recuperación en algunas áreas, pero no de forma uniforme en toda la organización. Calculamos que algunas de las organizaciones más avanzadas conseguirán una calificación a este nivel en algunas de las dimensiones.

Etapa 3: Transformación

Se ha implementado por completo la visión para conseguir un cambio significativo. La política sanitaria, los procesos y la práctica necesarios para prestar un servicio orientado a la recuperación se asientan en cada nivel de la organización desde consejos directivos hasta los equipos y los trabajadores de primera línea. Hay procesos instaurados para conseguir mejoras continuas basados en el aprendizaje a partir de la revisión constante. La organización trabaja proactivamente con diversos colaboradores para apoyar la salud mental positiva y el bienestar. Pensamos que este nivel es al que deben aspirar la mayoría de las organizaciones en la mayor parte de las dimensiones.

Tras haber completado esta evaluación general, las partes interesadas pasarán a la segunda parte del proceso. Aquí acordarán conjuntamente las prioridades del cambio organizativo. Deberán asignar prioridades a la acción en un reducido número de áreas y acordar un pequeño número de metas **SMART** (eS específicas, Medibles, Acordadas, Realistas y basadas en el Tiempo) para definir los objetivos y supervisar el progreso. Una vez definidas, se implementarán las metas, se supervisará el progreso y se establecerán de nuevo las metas y se supervisarán con más detalle, repitiéndose el ciclo.

Acuerdo de prioridades de acción

Es evidente que cada uno de los 10 retos organizativos clave presenta una lista de acciones potencialmente valiosas para el cambio. Juntas abren posibilidades de transformar los servicios de forma que sean mucho más coherentes con las prioridades de las personas usuarias y sus familias, pero suponen mucho trabajo. Aceptamos que es improbable (y poco realista) que se puedan conseguir los 10 retos inmediatamente. Será necesario implementar una estrategia de cambio organizativo durante una serie de años y el número de prioridades acordadas en cualquier momento debe limitarse a un número realista (digamos que no más de cinco cada vez). Los 10 retos clave no se listan en orden de prioridad y no tenemos una opinión concreta sobre por dónde empezar. Claramente todos los servicios locales son diferentes y todos deseamos empezar por un punto diferente. No obstante, parece sensato reconocer los puntos fuertes existentes y trabajar en las áreas de relativa debilidad.

Basándonos en nuestra experiencia en el trabajo con fundaciones y otras agencias comprometidas con el desarrollo de servicios orientados a la recuperación, nuestra impresión es que deben considerarse en una etapa temprana dos retos particularmente importantes. Son los Retos “3” y “4”. Sin tratar el Reto organizativo 3 (*Constituir una Unidad de Formación para la recuperación*) no habrá enfoque para impartir los programas de formación a los profesionales y las personas usuarias que son necesarios para impulsar la organización hacia adelante. Sin tratar el Reto organizativo 4 (*Garantizar el compromiso organizativo*) es probable que las iniciativas de formación tengan sólo un impacto limitado. El liderazgo y el compromiso organizativo son siempre importantes para cualquier tipo de proceso de cambio organizativo y el avance hacia servicios más orientados a la recuperación no es una excepción (Whitley *et al.*, 2009).

Seguimiento del progreso

Una vez que se llega a un acuerdo sobre las metas que se desean conseguir a nivel de servicio y se tiene una descripción clara de las acciones, los plazos y las responsabilidades para conseguirla, se puede realizar un seguimiento del progreso utilizando un formulario sencillo como el sugerido en la Plantilla B (véase la página 20).

Para ayudar con el establecimiento y la supervisión de metas específicas, hemos mostrado ejemplos de indicadores a nivel de servicio y posibles fuentes de datos para cada uno de los retos organizativos. Estos ejemplos tienen una intención más ilustrativa que prescriptiva y otros indicadores se pueden sustituir o añadir si reflejan mejor los objetivos elegidos. Los profesionales sanitarios y los gestores deberían determinar localmente qué indicadores van a utilizar así como el grado de ambición de las metas. Esto les ofrece máxima flexibilidad, dentro de un marco claro e integral. Otras publicaciones recientes como los indicadores y resultados del servicio del Programa Nacional de Inclusión Social (National Social Inclusion Programme, 2009) también pueden ser útiles.

Futuros avances

El perfil de la recuperación y los debates sobre el modo de implementar ideas de recuperación dentro de los servicios de salud mental han ganado un considerable impulso en los últimos años. Una serie de cambios positivos están teniendo lugar en muchas áreas de la práctica organizativa y la prestación de servicios. En este contexto de continuos avances, no esperamos que los “patrones de oro” de las buenas prácticas identificados a principios de 2010 sigan siendo necesariamente relevantes dentro de cinco años. De hecho, si este trabajo contribuye a conseguir un auténtico proceso de transformación, sería un resultado positivo si se alcanzara buena parte de él para 2015.

En el desarrollo de la metodología, algunas personas han sugerido que deberíamos especificar los estándares mínimos con un nivel de detalle muy superior y desarrollar una herramienta del tipo de los programas de acreditación de la Organización Internacional para Estandarización (ISO) (www.iso.org) por el que los estándares pueden ser validados externamente y comparados entre organizaciones. Aunque esta sigue siendo una opción para el futuro, creemos que no es el mejor

modo de proceder en este momento, ya que el desarrollo de este tipo de estándares puede ser demasiado limitado y sujeto a una fórmula. Corre además el riesgo de “encerrar” a los profesionales y gestores en una mirada rígida en lo que debe ser esencialmente un desarrollo innovador.

La metodología intenta describir un proceso constructivo de “coproducción” entre profesionales sanitarios locales y gestores, en colaboración con las personas usuarias y las personas cuidadoras, orientado a transformar los servicios a través del desarrollo de prácticas clave orientadas a la recuperación, acordadas de forma conjunta. El elemento clave que impulsa esta transformación será por tanto el trabajo conjunto de sistemas locales, estableciendo prioridades, metas y acuerdos y haciendo que avance el proceso. Esto es lo que debemos mantener si se quiere conseguir una *Organización de primera categoría (World Class Commissioning)* de la salud mental.

El Centre for Mental Health, el NMH DU y la NHS Confederation pilotarán en situaciones reales la metodología con una serie de gestores y profesionales sanitarios como parte de las acciones contenidas en el programa *New Horizons* (Department of Health, 2009, p.56, Action 79). Revisaremos y modificaremos la metodología a la luz de esa experiencia. Los futuros avances y actualizaciones se publicarán en la página Web del Centre for Mental Health www.centreformentalhealth.org.uk.

Marcos y plantillas

En las siguientes páginas se presenta el marco para cada uno de los 10 retos organizativos clave. A continuación se proporcionan plantillas para ayudar a las organizaciones a identificar sus prioridades.

Reconocimientos

Este documento fue encargado por el Centre for Mental Health y redactado por Geoff Shepherd, Jed Boardman y Maurice Burns (National Mental Health Development Unit). Deseamos dar las gracias a los siguientes colaboradores:

Dr Glenn Roberts, Devon Partnership NHS Trust

Tony Pethick, Home Group

Jess Lievesley, NHS East of England

Mark Jordan, Hertfordshire PCT/County Council

Linda Seymour, Sainsbury Centre for Mental Health

Jan Woodward, Hertfordshire Partnership NHS Foundation Trust

Christopher Munt, Recovery Centre University of Hertfordshire

Anne Markwick, Hertfordshire Partnership NHS Foundation Trust

Jim Symington, National Mental Health Development Unit

Referencias

Armstrong, N.P. & Steffen, J.J. (2009) The Recovery Promotion Fidelity Scale: Assessing the organisational promotion of recovery. *Community Mental Health Journal*, 45, 163-170.

Department of Health (2008) *Using the Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) Payment Framework: For the NHS in England 2009/10*. London: Department of Health.

Department of Health (2009) *New Horizons: A shared vision for mental health*. London: Mental Health Division, Department of Health.

Department of Health (2010) *Guidance on the NHS Standard Contract for Mental Health and Learning Disability Services 2010/2011*. Gateway Reference 13323. London: Department of Health.

Dinnis, S., Roberts, G., Hubbard, C, Hounsell, J. & Webb, R. (2007) User-led assessment of a recovery service using DREEM. *Psychiatric Bulletin*, 31, 124-127.

Future Vision Coalition (2009) *A Future Vision for Mental Health*. London: NHS Confederation.

Iles, V. & Sutherland, K. (2001) *Organisational Change: A review for health care managers, professionals and researchers*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO), London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Mental Health Providers Forum (2008) *The Mental Health Recovery Star Tool*. (<http://www.mhpf.org.uk/recoveryStar.asp>)

National Mental Health Development Unit/NHS Commissioning Support for London (2009) *Mental Health World Class Commissioning*. London: Commissioning Support for London. (<http://www.csl.nhs.uk>)

National Social Inclusion Programme (2009) Appendix C. Service Outcome Indicators, in *Outcomes Framework for Mental Health Services*. London: National Social Inclusion Programme. (<http://www.socialinclusion.org.uk/publications>)

O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A. & Davidson, L. (2005) From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 378-386.

Ridgeway, PA. & Press, A. (2004) *Assessing the Recovery Commitment of your Mental Health Services: A user's guide for the Developing Recovery Enhancing Environments Measure (DREEM) - UK version 1 December, 2004*. Allott, P. & Higginson, P. (eds.) (mentalhealthrecovery@blueyonder.co.uk)

Royal College of Psychiatrists, NHS Confederation Mental Health Network & London School of Economics and Political Science (2009) *Mental Health and the Economic Downturn: National priorities and NHS solutions*. Occasional Paper OP70. London: Royal College of Psychiatrists.

Sainsbury Centre (2009) *Implementing Recovery: A new framework for organisational change*. Position paper. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Scottish Recovery Network (2009) *Scottish Recovery Indicator*. <http://www.csl.nhs.uk/scottishrecoveryindicator.net>.

Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2008) *Making Recovery a Reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Whitley, R., Gingerich, S., Lutz, W.J. & Mueser, K.T. (2009) Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. *Psychiatric Services*, 60, 202-209.

Acerca de la traducción

Este documento ha sido traducido con el permiso del Centre for Mental Health, a iniciativa del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública, de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.

RETO ORGANIZATIVO 1: Cambiar la naturaleza de las interacciones diarias y la calidad percibida

“¡Nosotros no somos casos y ustedes no son nuestros jefes!” Persona usuaria

Etapa 1: Compromiso

Se ha establecido el compromiso para implementar la recuperación, con algunos planes acordados sobre cómo hacerlo

Se reconoce que los valores y principios de recuperación son importantes, pero se han hecho pocos intentos sistemáticos por implementarlos cambiando el comportamiento de los profesionales. Los profesionales (y las personas usuarias y las personas cuidadoras) están familiarizados con los principios generales, pero no están claras cuáles son las implicaciones para la práctica. Generalmente no se consulta a las personas usuarias sobre la calidad de los servicios que se les prestan o sobre la actuación del personal.

Etapa 2: Desarrollo

Se están emprendiendo acciones, con algunas evidencias de cambios significativos en la práctica, la política sanitaria y la cultura de la organización

Existen evidencias claras de que cada encuentro significativo de cada profesional con el paciente, debe reflejar principios de recuperación y promover valores de recuperación, orientados a aumentar el auto-control (“capacidad de acción”), incrementar las oportunidades de disfrutar de la vida “más allá de la enfermedad” y poner en valor la esperanza. Se han realizado algunos intentos para garantizar que estos principios se reflejan en la práctica, (por ej., programas piloto para implicar a las personas usuarias en la selección y/o evaluación del personal) pero no se ven reflejados en la supervisión rutinaria que se realiza. Hay cierta implicación de las personas usuarias en la selección del personal, pero no de forma rutinaria.

Etapa 3: Transformación

El cambio significativo se consigue completamente; importante rediseño del servicio; radicalmente diferente

Toda interacción, de todo profesional del servicio, debería reflejar los principios de la recuperación y promover los valores de recuperación, aumentar el auto-control (“capacidad de acción”) incrementar las oportunidades de disfrutar de la vida “más allá de la enfermedad mental” y poner en valor la esperanza. Cada interacción reconoce a la persona usuaria la cualidad de “experto por su experiencia” e intenta reducir las diferencias de poder. Se han realizado intentos sistemáticos por garantizar que estos principios se ven reflejados en la práctica cotidiana (por ej., auditorías internas, uso de los datos del Estudio nacional de pacientes, etc.). La calidad de las interacciones entre el personal y las personas usuarias se ha incorporado como criterio de evaluación de la carrera profesional.

Las personas usuarias participan de forma habitual en la selección del personal. Las políticas de recursos humanos certifican la formación para la recuperación y las vinculan a oportunidades de progreso de los profesionales.

Ejemplos de indicadores de resultados (a nivel de servicio)

- Proporción de personal formado en las prácticas básicas orientadas a la recuperación;
- Adopción de los “10 consejos clave para las prácticas orientadas a la recuperación” del Centre for Mental Health en la política operativa y la práctica;
- Estudios sistemáticos sobre la percepción de las personas usuarias (y las personas cuidadoras) sobre la actuación de los profesionales en relación con los principios de recuperación (por ej., utilizando preguntas modificadas del Estudio nacional de pacientes);
- Los sistemas de evaluación y supervisión se revisan para promover las interacciones de los profesionales que impliquen la colaboración con las personas usuarias;
- Proporción de casos en que las personas usuarias participan en la selección del personal.

Posibles fuentes de datos

- Datos del Estudio nacional de pacientes o proyectos locales similares;
- Estudio sistemático para conocer las opiniones de las personas usuarias (y las personas cuidadoras) sobre la calidad de las interacciones cotidianas con el personal y hasta qué punto éstas reflejan los principios de recuperación y sus valores;
- Registros de la composición de los comités que realizan entrevistas;
- Auditoría de las evaluaciones/supervisión del personal.

RETO ORGANIZATIVO 2: Impartir programas formativos integrales liderados por las personas usuarias

“He participado en varios grupos, como defensor y representante de las personas usuarias, y me ha parecido extremadamente beneficioso... te hace sentirte menos aislado y sientes que puedes ayudar a otros. La mejor ayuda la recibí de otras personas que habían vivido experiencias similares.” Persona usuaria

Etapa 1: Compromiso

Se ha establecido el compromiso para implementar la recuperación, con algunos planes acordados sobre cómo hacerlo

Existe el compromiso de aumentar la cobertura de la formación sobre la recuperación liderada por las personas usuarias, pero sigue siendo incompleta. Se han llevado a cabo algunos planes de formación, pero ha participado menos del 25% del personal. Ha habido pocos intentos de incorporar el aprendizaje obtenido de las historias reales de recuperación.

Etapa 2: Desarrollo

Se están emprendiendo acciones, con algunas evidencias de cambios significativos en la práctica, la política sanitaria y la cultura de la organización

Diversas evidencias confirman un incremento de la formación sobre recuperación liderada por personas usuarias y cuidadoras, respaldada por una estrategia y una política conjunta. Aproximadamente el 50% del personal ha recibido formación sobre los principios de recuperación formulados y liderados por las personas usuarias (y las personas cuidadoras). Se ha realizado cierta evaluación de los efectos de la formación, pero no de forma sistemática. La siguiente etapa de desarrollo de la formación liderada por las personas usuarias (y las personas cuidadoras) cuenta con la aprobación del nivel directivo, y se está buscando financiación.

Etapa 3: Transformación

El cambio significativo se consigue completamente; importante rediseño del servicio; radicalmente diferente

Dentro de la organización hay un equipo de personas usuarias formadas que actúan como “defensores del cambio” para la recuperación. Las personas usuarias se reconocen como colaboradoras capaces en una amplia gama de programas de formación para la recuperación, y uno de los programas formativos liderado por usuarios cuenta con financiación segura. Las personas usuarias y las personas cuidadoras están comprometidas contractualmente con la organización para impartir formación sobre los principios de la recuperación al personal. Más del 75% de la plantilla ha recibido formación. Hay un programa continuo de evaluación y auditoría para medir el impacto de estos estándares de formación y aprendizaje. Los cambios positivos en la práctica se implementan de forma rutinaria como resultado de la formación.

Ejemplos de indicadores de resultados (a nivel de servicio)

- Existe un equipo de personas usuarias y personas cuidadoras que formulan e imparten los programas;
- Se ha elaborado un directorio de personas usuarias y personas cuidadoras que actúan como formadoras acreditadas;
- Se ha conseguido financiación para la realización de programas de formación liderados por las personas usuarias;
- Se ha planificado formación modular para garantizar la sostenibilidad.

Posibles fuentes de datos

- Auditoría y evaluación sistemáticas para establecer el impacto de la formación impartida por personas usuarias y personas cuidadoras;
- Evaluación recogida de forma rutinaria en eventos de formación, cuyo análisis se encuentra disponible en un informe;
- Un directorio de personas usuarias y personas cuidadoras que actúan como formadoras;
- Protocolos para demostrar la implicación en todas las fases de la formación y la enseñanza.

RETO ORGANIZATIVO 3: Constituir un "centro de formación en recuperación" que impulse los programas

"El programa de entrenamiento me ha ayudado a identificar mis aspiraciones, establecer las prioridades de mis objetivos y ser realista sobre lo que puedo conseguir. Antes nunca había estado tan animada ni había sido tan optimista sobre el futuro." Persona usuaria

Etapa 1: Compromiso

Se ha establecido el compromiso para implementar la recuperación, con algunos planes acordados sobre cómo hacerlo

Se reconoce que los intentos actuales por implicar y respaldar a las personas usuarias para que impartan formación sobre la recuperación se han llevado a cabo sobre una base ad hoc. Existe el acuerdo de que es necesario realizar un enfoque más estratégico, pero se han realizado muy pocos avances en el desarrollo de este planteamiento o en la consideración sobre el modo de llevarlo a la práctica. Se ha debatido sobre la centralización de la formación y el trabajo en colaboración con grupos de formación liderados por personas usuarias, pero aún no se han llevado a cabo.

Etapa 2: Desarrollo

Se están emprendiendo acciones, con algunas evidencias de cambios significativos en la práctica, la política sanitaria y la cultura de la organización

Existen planes para adoptar un enfoque más sistemático para respaldar a las personas usuarias cuando imparten la formación sobre la recuperación al personal. Se está considerando la posibilidad de contratar a profesionales (por ejemplo, de algún sector independiente local) para que desempeñen esta función y existen planes para avanzar en el desarrollo de este modelo. Se ha emprendido la revisión de los programas existentes liderados por las personas usuarias, con el objeto de convertirlos en el núcleo central para fomentar la práctica orientada a la recuperación en toda la organización.

Etapa 3: Transformación

El cambio significativo se consigue completamente; importante rediseño del servicio; radicalmente diferente

Se ha establecido un "centro de formación en recuperación" dentro de la organización. El personal y la directiva están constituidos por "personas usuarias que imparten la formación" y ofrecen apoyo y formación a personas usuarias que forman al personal de los equipos y de las unidades en los principios de la recuperación. (Esta formación puede ser impartida o no por una persona usuaria de un sector/organización externa independiente de formadores. El Centro lleva a cabo además programas para formar a personas usuarias como "profesionales de ayuda mutua" para trabajar, codo con codo con profesionales tradicionales de la salud mental, como profesionales asistenciales. La organización necesaria para la gestión, supervisión y asistencia de este personal es coordinada por el personal del Centro. El Centro ofrece cursos sobre recuperación y sobre las posibilidades de autogestión a las personas usuarias, sus familias y las personas cuidadoras. Existen enlaces con la formación general que se oferta en la comunidad y vías de acceso a cursos, y otras oportunidades de aprendizaje.

Ejemplos de indicadores de resultados (a nivel de servicio)

- Establecimiento del "Centro de formación en recuperación" que cuenta con financiación estable y proporciona empleo al menos a 3-4 personas usuarias formadoras;
- Las competencias, estándares y apoyos están identificados para los "profesionales de ayuda mutua";
- Existencia de un "Centro de formación en recuperación" activo en la formación y el apoyo formado por 50 personas usuarias cada año como "profesionales de ayuda mutua" dentro del servicio (y otros servicios locales, oficiales e independientes);
- Haber empleado a múltiples "profesionales de ayuda mutua" en los servicios existentes (incluyendo las unidades de hospitalización).

Posibles fuentes de datos

- Registros de programas de formación impartidos por el "Centro de formación en recuperación", curriculum, número del personal/personas usuarias que han recibido formación o apoyo;
- Auditoría a las personas usuarias y profesionales sobre su satisfacción con los programas ofertados por el centro;
- Evidencias de los acuerdos de colaboración con organismos externos como departamentos de universidad, colegios profesionales, etc.;
- Número de cursos realizados liderados por "profesionales de ayuda mutua";
- Número de "profesionales de ayuda mutua" formados según las competencias y los estándares acordados.

RETO ORGANIZATIVO 4: Garantizar el compromiso organizativo, creando “cultura” de recuperación. La importancia del liderazgo

“Tenemos el compromiso de prestar los servicios que se basan en la capacidad de recuperación interna de los individuos y en sus estrategias personales de afrontamiento y no en las intervenciones que socavan o reprimen estas cualidades innatas de esperanza y potencialidades.” Declaración de la misión de la fundación

Etapa 1: Compromiso

Se ha establecido el compromiso para implementar la recuperación, con algunos planes acordados sobre cómo hacerlo

La organización reconoce que es necesario cambiar la cultura de un enfoque “basado en el problema” (centrado en la enfermedad y los síntomas) a un enfoque “basado en los puntos fuertes”. Existen planes para revisar las “vías” internas (sistemas de derivación, valoraciones, abordajes como planes asistenciales integrados -Care programme approach-, planificación de altas hospitalarias, etc.) para que estén más orientados a la recuperación, pero se han realizado muy pocos progresos. Existen individuos comprometidos que dirigen la implementación de los principios de recuperación, pero están aislados y sólo actúan a nivel de equipo, o a nivel directivo, pero no en ambos.

Etapa 2: Desarrollo

Se están emprendiendo acciones, con algunas evidencias de cambios significativos en la práctica, la política sanitaria y la cultura de la organización

A nivel Directivo se ha recomendado una estrategia de recuperación, incluyendo los valores y los principios clave que la sustentan. Esto se refleja en la existencia de publicaciones internas y externas. La organización es activa a todos los niveles comunicando su enfoque sobre la recuperación. Hay evidencia de talleres a nivel directivo y actividades de información y formación a profesionales. Se han establecido foros para la recuperación en colaboración con personas usuarias. Se han reorganizado algunas “vías” internas (sistemas de derivación, evaluaciones, enfoque del programa de asistencia, planificación de altas hospitalarias, etc.), con la participación de las personas usuarias, a fin de respaldar los procesos de recuperación. Aunque haya una serie de iniciativas de recuperación, se reconoce que el cambio cultural aún no se ha producido a todos los niveles en todas las partes de la organización. La monitorización y seguimiento del enfoque de la recuperación no aparece en la supervisión del personal.

Etapa 3: Transformación

El cambio significativo se consigue completamente; importante rediseño del servicio; radicalmente diferente

Los conceptos de recuperación son evidentes a todos los niveles de la organización. Existe un fuerte liderazgo y acción a nivel directivo para asegurar que esto se refleje en todos los niveles de la gestión y por el personal de primera línea. Se reconoce la necesidad de desarrollar el trabajo en colaboración con las personas usuarias de modo que la experiencia profesional no predomine sobre la sabiduría obtenida a través de la “experiencia vivida”. El servicio promueve un entorno de esperanza y optimismo que reconoce la singularidad y los puntos fuertes de cada individuo. Los valores de la recuperación se insertan en cada política operativa y proceso de gestión que incluyen la contratación, la supervisión, la evaluación y la auditoría. Se han reorganizado todas las “vías” internas clave (sistemas de derivación, evaluaciones, enfoque del programa de asistencia, planificación de altas hospitalarias, etc.), con la colaboración de las personas usuarias, a fin de ofrecer mayor respaldo a los procesos de recuperación.

Ejemplos de indicadores de resultados (a nivel de servicio)

- Las políticas y los procedimientos demuestran el compromiso de la organización;
- Existe evidencia de que se han revisado las “vías” internas, en colaboración con las personas usuarias, y de que se han rediseñado para ofrecer un mayor respaldo a los procesos de recuperación;
- Los planes de cuidados reflejan el cambio en el enfoque cultural hacia un acercamiento basado en los puntos fuertes;
- La organización audita habitualmente la satisfacción y la experiencia de los usuarios (calidad percibida) y hace un seguimiento del feedback recibido al respecto;
- Uso habitual de indicadores de resultados individuales de recuperación.

Posibles fuentes de datos

- Encuestas a usuarios en estudios nacionales y locales;
- Auditoría de competencias profesionales acordadas a nivel local para conseguir resultados en salud satisfactorios, identificados por usuarios y cuidadores;
- Las prácticas de contratación de la organización reflejan la voluntad de contratar como trabajadores a profesionales expertos por la experiencia; (véase el Reto organizativo 8);
- Modificación de políticas para la evaluación y la gestión de riesgos;
- Las comunicaciones internas y externas reflejan valores de recuperación;
- Registros de casos (para medir los resultados de recuperación).

RETO ORGANIZATIVO 5: Aumentar la “personalización” y la toma de decisiones

“Ahora siento que estoy al mando de mi vida y de mi bienestar.” Persona usuaria

Etapa 1: Compromiso

Se ha establecido el compromiso para implementar la recuperación, con algunos planes acordados sobre cómo hacerlo

Se reconoce que la planificación de la asistencia tradicional debe cambiar para poner mucho más el énfasis en las personas usuarias, las prioridades y la consecución de “objetivos vitales”, pero esto no se supervisa de forma activa. Se hace cierto uso de los instrumentos, como el Plan de Acción para la Recuperación y el Bienestar. (Wellness Recovery Action Plan, WRAP), pero no de forma generalizada. Se han realizado algunos intentos por aumentar el uso de “presupuestos personales” (programas de autogestión del presupuesto asignado a una persona), pero no es algo muy común.

Etapa 2: Desarrollo

Se están emprendiendo acciones, con algunas evidencias de cambios significativos en la práctica, la política sanitaria y la cultura de la organización

Existe un movimiento creciente hacia una mayor personalización y elección en cuanto a opciones de tratamiento y gestión. Las nuevas políticas reflejan un enfoque revisado acerca de la toma de decisiones compartida y la planificación conjunta. Hay evidencia de que más del 50% de las personas usuarias se sienten activamente implicadas en la dirección de su propio proceso de recuperación y en determinar el contenido de su plan de tratamiento. La organización ha elaborado diferentes modos de información e intervenciones para respaldar las estrategias de autogestión. Se ha producido un importante incremento en la implementación de pagos directos y el uso de presupuestos personales. Ha habido además una notable expansión en el uso de “instrucciones o voluntades anticipadas” (por ej., planes de crisis). Se están realizando intentos por incorporar los objetivos de WRAP en los planes de tratamiento.

Etapa 3: Transformación

El cambio significativo se consigue completamente; importante rediseño del servicio; radicalmente diferente

La planificación y la prestación de todos los servicios están diseñadas para adecuarse a las circunstancias específicas, el historial, las necesidades, preferencias declaradas y capacidades de cada persona usuaria. Se hace énfasis claramente en los “objetivos vitales” de forma preferente sobre los objetivos de tratamiento de los síntomas. Las personas usuarias son rutinariamente apoyadas para controlar y dirigir sus propios planes de tratamiento, a un nivel con el que se sienten cómodas. Más del 75% perciben que son tomados en cuenta y se sienten implicados. Las políticas organizativas afirman que las personas usuarias deben dirigir su propio proceso asistencial. Si es necesario se les ofrece respaldo para hacerlo (por ej., apoyo). WRAP y los planes de crisis conjuntos se utilizan habitualmente. Se realiza una evaluación continua para medir el compromiso organizativo con la personalización y el respaldo con la toma de decisiones individual.

Ejemplos de indicadores de resultados (a nivel de servicio)

- Evidencia de que se han revisado todos los planes asistenciales para identificar puntos críticos para ejercer la capacidad de elección y para la toma de decisiones compartida, por ej., sobre opciones de tratamiento, medicación, elección de médico;
- Disponibilidad de los servicios de apoyo;
- Progreso hacia los objetivos acordados para “presupuestos personales”;
- Se establecen puestos destinados a ayudar con el “proceso de personalización”, por ej., “agentes” para apoyar la puesta en marcha de los “presupuestos personales”, apoyos, etc.;
- La información publicada está disponible para ayudar a las personas usuarias en la toma de decisiones informadas sobre las opciones de tratamiento (médico, psicológico y social);
- Las políticas se revisan para enfatizar la personalización en la planificación de la asistencia y la estimulación de la autogestión;
- Las estructuras de la dirección clínica incluyen la promoción de la personalización y la toma de decisiones por parte de la persona usuaria como elementos permanentes.

Posibles fuentes de datos

- Datos sobre la implementación de “presupuestos personales” (número y porcentaje de variación);
- Número de personas que reciben servicios de apoyo;
- Políticas y procedimientos organizativos relevantes para la toma de decisiones por parte de la persona usuaria y la personalización;
- Encuestas a las personas usuarias (por ej., el Estudio nacional de pacientes) centrados en hasta que punto se experimentan la elección, la capacidad de acción y el control.
- Folletos informativos;
- Contenido de los cursos de formación que demuestra el enfoque en la personalización.

RETO ORGANIZATIVO 6: Cambiar el modo en que enfocamos la evaluación y la gestión de riesgos

“La posibilidad de aparición de riesgos es una consecuencia inevitable de que las personas empoderadas tomen decisiones sobre su propia vida.” Department of Health

Etapa 1: Compromiso

Se ha establecido el compromiso para implementar la recuperación, con algunos planes acordados sobre cómo hacerlo

La organización es consciente del valor de los sistemas y procedimientos que respaldan políticas de evaluación y de gestión de riesgos, abiertas y transparentes, dentro de un marco de recuperación. Algunos miembros del personal están familiarizados con este enfoque y se han realizado algunos intentos para implicar a las personas usuarias en el proceso, pero son parciales (se ha implicado menos del 25% de los profesionales). Existe una cierta ambivalencia sobre el valor de la asunción “positiva” de riesgos y esto no se ha tratado a nivel directivo. El personal sigue preocupado con el riesgo como si fuera un problema sólo de los profesionales.

Etapa 2: Desarrollo

Se están emprendiendo acciones, con algunas evidencias de cambios significativos en la práctica, la política sanitaria y la cultura de la organización

Se reconoce la necesidad de la seguridad a la vez que se promueve la asunción “positiva” de riesgos. La organización ha introducido procedimientos formales que sustentan políticas de evaluación y gestión de riesgos, abiertas y transparentes, dentro de un marco de recuperación, pero no se han implementado en toda la organización. Estos problemas se han tratado a nivel directivo, pero no han dado como resultado políticas claras. Se ha emprendido cierta formación del personal y aproximadamente un 50% del personal está implementando políticas para implicar a las personas usuarias en su propia evaluación de riesgos.

Etapa 3: Transformación

El cambio significativo se consigue completamente; importante rediseño del servicio; radicalmente diferente

La organización ha implantado sistemas y procedimientos que respaldan políticas de evaluación y gestión de riesgos, abiertas y transparentes, dentro de un marco de recuperación. El proceso implica de forma rutinaria a las personas usuarias y el conocimiento que tienen de sí mismos para formular planes de gestión seguros y efectivos. Todo el personal está completamente familiarizado con este enfoque de la evaluación y la gestión de riesgos y se siente cómodo con él. Existe un compromiso claro por parte de la organización como conjunto para valorar la asunción “positiva” de riesgos y la voluntad de examinar y aprender de los incidentes y respaldar al personal, en lugar de “culparlos” si se producen incidentes adversos. Los gestores han dejado este tema claro al personal y se ha reflejado en acciones. La organización ha reconocido con éxito la necesidad de equilibrar su obligación de proporcionar servicios seguros y promover a la vez un enfoque positivo a la evaluación y la gestión de riesgos.

Ejemplos de indicadores de resultados (a nivel de servicio)

- El personal ha recibido formación sobre la aplicación de principios de recuperación a la evaluación y la gestión de riesgos y esto se incorpora en todas las orientaciones;
- Los procedimientos de evaluación y gestión de riesgos (por ej., los procesos asistenciales) contienen la clara expectativa de que las personas usuarias se impliquen de forma rutinaria en estos procesos y esto se audita sistemáticamente;
- Se ha impartido formación en el uso de “Planes de bienestar conjuntos” y estos planes se han incorporado a la práctica rutinaria;
- La organización examina rutinariamente los informes de incidentes graves con la intención de “aprender de los errores” en lugar de dedicarse a decidir quién es el culpable;
- Las políticas de gestión de riesgos reflejan un cambio hacia la asunción de riesgos positiva, a la vez que garantizan la dirección adecuada y la adhesión a la normativa de práctica segura.

Posibles fuentes de datos

- Registros de actividades de formación;
- Resultados de la auditoría de los procesos asistenciales;
- Registros de gestión clínica;
- Políticas del consejo de dirección.

RETO ORGANIZATIVO 7: Redefinir la participación de las personas usuarias

“Nada sobre nosotros sin nosotros” Persona usuaria

Etapa 1: Compromiso

Se ha establecido el compromiso para implementar la recuperación, con algunos planes acordados sobre cómo hacerlo

La organización ha aceptado que las personas usuarias (y personas cuidadoras) deberían jugar un papel fundamental en la planificación y la prestación de asistencia sanitaria, aunque todavía es evidente que las decisiones finales están en manos de los “profesionales”. Existen evidencias de cambios sistemáticos para reforzar el papel de las personas usuarias y personas cuidadoras como colaboradores en la asistencia, aunque sus conocimientos y experiencia todavía se consideran en un plano secundario en vez de principal. Los principios de la “participación de las personas usuarias” se han aceptado, aunque esto no se refleja en el verdadero “trabajo de colaboración”.

Etapa 2: Desarrollo

Se están emprendiendo acciones, con algunas evidencias de cambios significativos en la práctica, la política sanitaria y la cultura de la organización

La organización ha aceptado el papel de las personas usuarias (y personas cuidadoras) como colaboradores iguales en la asistencia. Se ha acordado y se va a implementar una política a nivel directivo sobre la participación de la persona usuaria en todos los niveles de la organización, desde la asistencia clínica hasta la planificación estratégica. Esta aceptación de la contribución central de las personas usuarias y las personas cuidadoras se refleja en políticas y procedimientos que rigen la prestación de la asistencia individual y el trabajo de los equipos. Aproximadamente un 50% del personal sabe cómo adaptar su papel para ser “educadores” (“entrenadores personales”) y “mentores”, en vez de “terapeutas” tradicionales.

Etapa 3: Transformación

El cambio significativo se consigue completamente; importante rediseño del servicio; radicalmente diferente

La organización ha aceptado claramente el papel de las personas usuarias (y personas cuidadoras) como colaboradores iguales en la asistencia. Reconoce que su conocimiento y su experiencia son vitales (“expertos por la experiencia”) y que tanto ellos como sus allegados pueden tener soluciones a muchos de los problemas que el personal considera más difíciles. Este reconocimiento de la necesidad de una colaboración se refleja con claridad en la política y se pone en práctica en todos los niveles: profesionales individuales, equipos y directivos. El personal en su totalidad sabe cómo ofrecer su experiencia en el contexto de “colaboraciones en la asistencia” más equitativas y se siente cómodo con su nueva posición (“al lado, no encima”). La organización está continuamente revisando sus procesos para la colaboración, trabajando con las personas usuarias y “superándose” continuamente en el sentido de ampliar el papel de las personas usuarias en el control del proceso asistencial. Esto no se considera una negación de las responsabilidades profesionales, ni una infravaloración de la experiencia de los profesionales, sino como una forma superior de la práctica profesional.

Ejemplos de indicadores de resultados (a nivel de servicio)

- Las personas usuarias (y personas cuidadoras) informan de que se sienten consideradas como “colaboradoras en la asistencia”. Informan de un estilo de trabajo donde el personal comparte su experiencia y su saber hacer, en vez de tener una actitud asistencialista;
- El lenguaje de “colaboración” se utiliza de forma coherente en los materiales escritos que edita la organización para describir el proceso asistencial y la prestación de servicios;
- Las personas usuarias y las personas cuidadoras han firmado los planes asistenciales para confirmar que han participado en el proceso de planificación asistencial a nivel individual;
- Se han puesto en marcha planes muy sólidos para garantizar que las personas usuarias y las personas cuidadoras están completamente involucradas en la planificación de servicios y en las estructuras de gestión.

Posibles fuentes de datos

- Registros de actividades de formación;
- Datos de la Encuesta nacional de pacientes o encuestas locales similares;
- Comentarios informales de los individuos (por ej. representantes del movimiento de usuarios);
- Políticas y actas de los consejos de gestión, boletines informativos, comunicados de prensa, etc.;
- Auditoría de los planes de asistencia;
- Informes del consejo de usuarios, informes del consejo de dirección, notas de las reuniones de las redes de participación local Local Involvement Networks (LI Nks).

RETO ORGANIZATIVO 8: Transformar el colectivo de profesionales

“Cuando conocí al último profesional que trabajó conmigo, el sentimiento que experimenté fue la desesperanza: sólo le interesaban mis síntomas. Cuando te veo y hablamos sobre lo que quiero para mi futuro, me siento pleno de optimismo.” Persona usuaria

Etapa 1: Compromiso

Se ha establecido el compromiso para implementar la recuperación, con algunos planes acordados sobre cómo hacerlo

El consejo de administración y los directivos han reconocido que la transformación del colectivo de profesionales puede requerir un cambio en la combinación de habilidades y un equilibrio entre los profesionales de salud mental tradicionales y las personas cuya experiencia proviene de la “experiencia vivida”. Existen ejemplos de personal con “experiencia vivida” desempeñando funciones de prestación de asistencia, por ejemplo los trabajadores de Support Time and Recovery (STR), pero están aislados, con poca supervisión y apoyo directivo. El servicio de recursos humanos y los servicios de salud laboral no se han reformado y no se ha dado importancia al “avance en la carrera profesional” para los compañeros que son expertos “por experiencia”.

Etapa 2: Desarrollo

Se están emprendiendo acciones, con algunas evidencias de cambios significativos en la práctica, la política sanitaria y la cultura de la organización

La institución ha adoptado planes que llevarán a la creación de funciones de profesionales que son “expertos por experiencia” en toda la organización. Estos planes incluyen descripciones claras de las tareas, identificación de recursos de formación, responsabilidades de gestión y supervisión, estrategias para la colocación en equipos, plazos para finalización, etc. Un pequeño número de las personas usuarias han sido nombradas para puestos remunerados en el colectivo de profesionales, aunque en una escala limitada (por ej. 5-10 puestos por toda la organización). Los planes están en marcha para los proyectos piloto que proporcionarán más información (por ej. al menos dos personas usuarias por equipo) con el apoyo directivo adecuado. Se han discutido problemas relacionados con el progreso en la carrera profesional para los agentes de ayuda mutua (o expertos por experiencia). La organización ha empezado a tratar los problemas de salud ocupacional y de recursos humanos específicos asociados a la contratación de un mayor número de personas con experiencia directa en problemas de salud mental en el colectivo de profesionales.

Etapa 3: Transformación

El cambio significativo se consigue completamente; importante rediseño del servicio; radicalmente diferente

La organización ha aceptado completamente que la gente que tiene experiencia directa de haber vivido con una enfermedad mental puede, con la formación y respaldo necesarios, realizar una contribución muy importante al colectivo de profesionales. Muchos equipos tienen un número igual de agentes de ayuda mutua que de profesionales tradicionales, trabajando conjuntamente. Se considera que los agentes de ayuda mutua poseen calificaciones y experiencias únicas diferentes, aunque equiparables, a los profesionales de salud mental tradicionales. Por tanto reciben un sueldo y un estatus determinado en función de su experiencia y saber hacer al desempeñar este papel. Las políticas de recursos humanos y las evaluaciones de salud laboral se han ajustado de modo que no pongan obstáculos al empleo de las personas con problemas de salud según la Ley contra la Discriminación por Discapacidad (Disability Discrimination Act [DDA]) y las metas del Acuerdo Nacional sobre Servicios Públicos del Gobierno [PSA] 16). Se están poniendo en marcha modificaciones para la supervisión y el avance en la carrera profesional.

Ejemplos de indicadores de resultados (a nivel de servicio)

- Identificación clara de la responsabilidad para la formación y el respaldo de los agentes de ayuda mutua (por ej., acuerdos de colaboración con proveedores especializados externos);
- Descripciones de tareas claras, y acuerdo sobre competencias, para los agentes de ayuda mutua;
- Los agentes de ayuda mutua son el primer punto de contacto en cada etapa del proceso asistencial, siempre que sea posible;
- Número de empleados en calidad de “agentes de ayuda mutua”;
- Número de personas con problemas de salud mental empleados en el colectivo de profesionales regularmente supervisados.

Posibles fuentes de datos

- Se han revisado las políticas del Consejo de Antecedentes Penales [Criminal Records Board (CRB)], de salud laboral y de recursos humanos, eliminando barreras para el empleo;
- Registros y plantillas de personal;
- Datos de recursos humanos sobre la combinación de diferentes perfiles de profesionales y tendencias;
- Datos de contratación registrados para la ley DDA. (Ley contra la Discriminación por Discapacidad)

RETO ORGANIZATIVO 9: Apoyar a las y los profesionales durante su propia recuperación

“Escuche lo que tengo que decir y apóyeme en ello” Miembro del personal

Etapa 1: Compromiso

Se ha establecido el compromiso para implementar la recuperación, con algunos planes acordados sobre cómo hacerlo

Se sabe que parte del personal tiene su propia experiencia de vivir con una enfermedad mental y de recuperación, aunque esto no se acepta completamente y no se les anima a utilizar estas experiencias y ser abiertos sobre este tema en su propio trabajo. Todavía existe un estigma considerable entre el personal en cuanto a revelar los problemas de salud mental y esto no se ha tratado de forma privada, ni en el contexto de formación de recuperación. Se ha proporcionado al personal poca ayuda a la hora de pensar cómo desarrollar diferentes formas de aportar su experiencia.

Etapa 2: Desarrollo

Se están emprendiendo acciones, con algunas evidencias de cambios significativos en la práctica, la política sanitaria y la cultura de la organización

La organización reconoce la necesidad de respaldar al personal cuando revele su experiencia vivida con problemas de salud mental, y esto se incluye como una parte opcional de la formación de recuperación. La organización reconoce la necesidad de garantizar que existan oportunidades dentro de la supervisión individual para tratar estos asuntos. La organización está desarrollando un enfoque compartido con el personal para ofrecer su visión sobre la recuperación. El personal informa habitualmente que se parte de este proceso y puede ver un avance claro.

Etapa 3: Transformación

El cambio significativo se consigue completamente; importante rediseño del servicio; radicalmente diferente

El personal no teme el estigma o los prejuicios de los compañeros en el lugar de trabajo si revelan su experiencia personal de vivir con enfermedades mentales en un entorno adecuado. Todo el personal recibió orientación y formación adecuada, así como el respaldo necesario para ayudarle a utilizar su experiencia y conocimiento personales, a fin de ayudar a los demás y optimizar su propio bienestar. La organización ha puesto en marcha medidas integrales para optimizar la salud del personal y tratar los problemas de salud del personal de forma constructiva (por ejemplo, con mayor dotación de los servicios de salud laboral). Las cualidades del personal y la experiencia anterior de éste se valoran y se incluyen como criterios de selección. La organización reconoce formalmente el compromiso y la creatividad del personal y lo involucra en la implementación de la visión de recuperación.

Ejemplos de indicadores de resultados (a nivel de servicio)

- Desarrollo de prácticas y políticas integrales que reflejan la necesidad de optimizar la salud mental del personal, por ejemplo programas para ayudar al personal en autoayuda y autogestión;
- Encuestas anónimas de satisfacción del personal, con evidencias de que se actúa según los resultados;
- Se han modificado las prácticas de contratación de profesionales, y éstas reflejan de forma positiva el valor de la experiencia vivida del mismo modo que las calificaciones formales requeridas;
- Existe un compromiso a nivel directivo con los principios de Mindful Employer (www.mindfulemployer.net).

Posibles fuentes de datos

- Documentos estratégicos, evidencia de informes habituales sobre el bienestar del personal;
- Políticas de salud laboral y recursos humanos;
- Datos sobre incorporación tras bajas laborales por enfermedad;
- Encuestas sobre los valores del personal;
- Tasas de bajas por enfermedad o movilidad de la plantilla;
- Datos sobre tasas de respuesta a encuestas del entorno laboral.

RETO ORGANIZATIVO 10: Aumentar las posibilidades de construir una vida “más allá de la enfermedad”

“Ya no soy mi enfermedad.” Persona usuaria

Etapa 1: Compromiso

Se ha establecido el compromiso para implementar la recuperación, con algunos planes acordados sobre cómo hacerlo

La organización cuenta con una estrategia intersectorial para promocionar la inclusión social, aunque existe poco progreso concreto. La organización está revisando (o ha revisado) con las personas usuarias y las personas cuidadoras lo que debe ponerse en marcha en la comunidad para respaldar la recuperación. Existen algunas colaboraciones con proveedores de otros sectores (vivienda, empleo, educación, etc.) aunque con limitaciones. De forma similar, se han realizado acciones para reducir el estigma en la comunidad, pero no está muy focalizado y es demasiado general para tener un impacto específico. El apoyo al empleo, basado en evidencia (Individual Placement and Support, IPS -Programa de Empleo con Apoyo-) no está disponible de forma generalizada.

Etapa 2: Desarrollo

Se están emprendiendo acciones, con algunas evidencias de cambios significativos en la práctica, la política sanitaria y la cultura de la organización

La organización ha puesto en marcha una estrategia para el desarrollo de una “corriente comunitaria” (se incluye la vivienda, el empleo, el ocio y la promoción de la salud mental) así como avanzar correctamente en su implementación. La organización cuenta con colaboraciones eficaces para proporcionar un mejor acceso al empleo remunerado. Ha comenzado a incorporar, en algunos equipos, especialistas en programas de empleo con apoyo. Se han revisado las políticas de funcionamiento para promover la integración en la comunidad al dar de alta a pacientes internados. Todas las personas usuarias han acordado un plan que ellos y las personas cuidadoras consideran seguro y que ayudará a su recuperación. Se ha trabajado para reducir el estigma y la discriminación entre ciertos colectivos clave (por ejemplo, empleadores, policía y vecindario). Estos proyectos han sido liderados por personas usuarias adecuadamente formadas.

Etapa 3: Transformación

El cambio significativo se consigue completamente; importante rediseño del servicio; radicalmente diferente

La organización reconoce que la integración completa en la comunidad y la ciudadanía es esencial en la promoción de la recuperación individual. Se ha desarrollado un conjunto de colaboraciones eficaces con organizaciones externas para respaldar a los individuos a fin de que construyan una vida completamente independiente de los servicios de salud mental formales. Existe un enfoque en la promoción de alojamiento, el mantenimiento y el desarrollo de relaciones, el empleo remunerado, la formación y la inclusión total en las actividades comunitarias. Se han desarrollado redes de apoyo entre iguales para apoyar la inclusión en la comunidad. Se hace hincapié en la importancia del empleo remunerado; se han incorporado trabajadores expertos en los programas de empleo con apoyo en todos los equipos. También se han tratado asuntos relacionados con la promoción de la salud y el bienestar en relación a la diversidad cultural. La organización apoya la inclusión social mediante una estrategia integral para luchar contra el estigma a nivel local. Estos proyectos han sido liderados por personas usuarias adecuadamente formadas, y existe un seguimiento activo.

Ejemplos de indicadores de resultados (a nivel de servicio)

- Se han puesto en marcha colaboraciones con especialistas en formación y empleo;
- El índice de personas usuarias que consiguen y mantienen un empleo remunerado se supervisa regularmente (PSA -Public Service Agreement- indicador nº 16);
- Número de especialistas con formación en los programas de empleo con apoyo en cada equipo;
- Número de planes asistenciales con una valoración adecuada de las necesidades de empleo y planes de acción eficaces;
- Otros indicadores del PSA (por ejemplo, 8,15 y 21) también se supervisan de forma regular, y los resultados se ven reflejados en los planes de acción;
- El organismo realiza auditorías de forma rutinaria para comprobar la eficacia de los planes de alta hospitalaria y su nivel de respaldo a la recuperación;
- Uso del conjunto de indicadores del Programa nacional de inclusión social [National Social Inclusion Programme (2009)].

Posibles fuentes de datos

- Información del indicador clave de rendimiento (metas PSA nº 16) sobre el número de personas empleadas y con alojamiento;
- Acuerdos a nivel de servicio con proveedores de empleo y otros colaboradores;
- Datos de alta de los servicios;
- Encuestas a las personas cuidadoras y usuarias relacionados con la satisfacción de la organización del alta en las unidades de hospitalización;
- Conjunto de datos de indicadores y resultados del servicio del Programa Nacional de Inclusión Social [National Social Inclusion Programme, (NSIP, 2009)].

PLANTILLA A

Este formulario deberá completarse por la organización proveedora que dirige la implantación del enfoque de la recuperación, en colaboración con las partes interesadas (grupos de cuidadores y usuarios, proveedores de sectores independientes y gestores) tras debatir los retos organizativos (1-10). Estos debates deben de ser abiertos y honestos y se debe llegar a un consenso en cuanto a la asignación adecuada en cada nivel de progreso. Cada reto se debe "puntuar", pero el objetivo principal es acordar prioridades y establecer el punto de partida para una planificación más amplia y detallada de las acciones (consulte la plantilla B en página 19).

Reto organizativo	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Prioridad de la acción (1-10)	Comentarios
	(marque uno)				
1. Cambiar la naturaleza de las interacciones en el día a día					
2. Programas formativos integrales liderados por las personas usuarias					
3. Constituir un "Centro de formación para la recuperación"					
4. Garantizar el compromiso organizativo, creando "cultura" de recuperación					
5. Aumentar la "personalización" y la toma de decisiones					
6. Cambiar el enfoque de la evaluación y la gestión de riesgos					
7. Redefinir la implicación del usuario					
8. Transformar al colectivo de profesionales					
9. Apoyar a las y los profesionales durante su propia recuperación					
10. Aumentar las posibilidades de construir una vida "más allá de la enfermedad"					

PLANTILLA B

Este formulario debería utilizarse una vez se haya completado la plantilla A, para desarrollar planes de acción específicos para cada uno de los retos organizativos. Se deberían acordar conjuntamente objetivos locales, cronograma y fuentes de datos.

RETO ORGANIZATIVO:				
ESTÁNDAR ACTUAL	Etapa 1 []	Etapa 2 []	Etapa 3 []	<i>(Marque una)</i>
<p>Describir:</p> 				
<p>Objetivos locales (acordados por gestores y profesionales sanitarios)</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>Fecha:</p>				
<p>Acciones específicas requeridas para progresar en objetivos antes de la siguiente revisión</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>Fuentes de datos:</p> <p>Nombre del administrador: _____ firma: _____</p> <p>Nombre del jefe del proveedor: _____ firma: _____</p> <p>Siguiente fecha de revisión: _____</p>				

Acerca de los autores

Profesor Geoff Shepherd. Asesor de políticas sanitarias del *Centre for Mental Health*. Psicólogo Clínico y Profesor en el *Health Service and Population Research Department* en el *Institute of Psychiatry*.

Dr. Jed Boardman. Asesor de políticas sanitarias del *Centre for Mental Health*. Psiquiatra y Profesor de Psiquiatría Social en el *South London and Maudsley NHS Foundation Trust* y el *Institute of Psychiatry*. Miembro del Grupo de Inclusión Social del *Royal College of Psychiatrists*.

Maurice Burns. Director del *World Class Mental Health Commissioning Programme* en la *National Mental Health Development Unit*. Trabajador Social y ex-director de salud mental en dos fundaciones del NHS.

© Centre for Mental Health, 2010. Los destinatarios son libres de copiar o usar este material, siempre que la fuente sea mencionada de forma adecuada.

Fotografía de cubierta: F.R.A. Taylor

Se pueden descargar copias de los siguientes documentos en www.centreformentalhealth.org.uk

Making Recovery a Reality (2008);

Ten Top Tips for Recovery-Oriented Practice (2008);

Implementing Recovery: A new framework for organisational change. Position Paper (2009).

De la edición en castellano

Traducción:

María Eugenia Andreu Salas

Revisión:

Águila Bono del Trigo, Evelyn Huizing, Ángel Mena Jiménez, Gonzalo Fernández Regidor y Pablo García-Cubillana de la Cruz.

© 2013 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.

EDITA: Servicio Andaluz de Salud

Avda. de la Constitución, 18

41071 Sevilla

Tel. 955 01 80 00 Fax. 955 01 80 50.

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Centre for
Mental Health



Realising a better future

Centre for Mental Health.
134-138 Borough High Street, London SE1 1LB
020 7827 8300
F 020 7827 8369
www.centreformentalhealth.org.uk

Charity registration no. 1091156. A Company
limited by guarantee registered in England and
Wales no. 4373019.