

Los desafíos de la gestión del cuidado de los **profesionales de enfermería**

Leonella Carolina Farfán Vélez

Lisbeth Madelayne Andrade Pizarro

Carlos Alfredo Briones Morales

Carlos Elías Briones Macías

Bryan Steeven Flores Medina

Ricardo Jair Ferrín García

Gloria Elizabeth Solórzano Zambrano

Reina Yadira Villavicencio Macías

Leisberth Iván Zamora Pazmiño

Myriam Susana Donoso Palomeque

Kethy María Mera Fernández

Autores Investigadores



Los desafíos de la gestión del cuidado de los **profesionales de enfermería**

AUTORES

INVESTIGADORES

Leonella Carolina Farfán Vélez

Magíster en Gestión del Cuidado;
Licenciada en Enfermería; Universidad San Gregorio de Portoviejo;
Portoviejo, Ecuador;

✉ lcfarfan@sangregorio.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-5340-6598>

Lisbeth Madelayne Andrade Pizarro

Magíster en Gestión del Cuidado;
Licenciada en Enfermería; Universidad Estatal de Milagro;
Milagro, Ecuador;

✉ landradep2@unemi.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-3847-1724>

Carlos Alfredo Briones Morales

Cursando la Especialización en Enfermería Oncológica;
Departamento de Posgrado Universidad Técnica de Manabí;
Licenciado en Enfermería;
Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont; SOLCA;
Manabí, Ecuador;

✉ kpbriones96@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-3519-4824>

Carlos Elías Briones Macías

Magíster en Gestión del Cuidado;
Licenciado en Enfermería; Hospital de Especialidades Portoviejo;
Portoviejo, Ecuador;

✉ eliasbriones-96@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-7838-7338>

Bryan Steeven Flores Medina

Cursando la Especialización en Enfermería Oncológica;
Departamento de Posgrado Universidad Técnica de Manabí;
Licenciado en Enfermería; Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont; SOLCA;
Manabí, Ecuador;

✉ bryanflores-97@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-8291-4724>

Ricardo Jair Ferrín García

Cursando Maestría en Gestión del Cuidado con Mención en
Unidad de Cuidados Intensivos y Emergencia en La Pontificia Universidad
Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo;
Licenciado en Enfermería; Hospital de Especialidades Portoviejo;
Portoviejo, Ecuador;

✉ ricardojair1996@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-6802-6512>

Gloria Elizabeth Solórzano Zambrano

Magíster en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva;
Licenciada en Enfermería; Universidad San Gregorio de Portoviejo;
Portoviejo; Ecuador;

✉ gesolorzanz@sangregorio.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-6986-5625>

Reina Yadira Villavicencio Macías

Especialista en Orientación Familiar Integral;
Licenciada en Enfermería; Universidad San Gregorio de Portoviejo;
Portoviejo; Ecuador;

✉ ryvillavicencio@sangregorio.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-1649-1206>

Leisberth Iván Zamora Pazmiño

Especialista en Orientación Familiar Integral;
Magíster en Gestión del Cuidado;
Doctorando en Ciencias Biomédicas en IUNIR Argentina;

Maestrante en Docencia en Ciencias de la Salud en la
Universidad San Gregorio de Portoviejo;
Licenciado en Enfermería; Hospital de Especialidades de Portoviejo;
Portoviejo; Ecuador;

✉ leisberth1994@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0005-4339-5756>

Myriam Susana Donoso Palomeque

Máster en Investigación y Gestión de Proyectos;
Licenciada en Enfermería;
Universidad San Gregorio de Portoviejo;
Portoviejo; Ecuador;

✉ msdonoso@sangregorio.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0009-0007-1823-9705>

Kethy María Mera Fernández

Maestrante en Gestión del Cuidado en la
Universidad Estatal del Sur de Manabí; Licenciada en Enfermería;
Hospital Básico Dr. Aníbal González Álava;
Calceta, Ecuador;

✉ mera-kethy0153@unesum.edu.ec

🆔 <http://orcid.org/0000-0002-8010-1930>

Los desafíos de la gestión del cuidado de los **profesionales de enfermería**

REVISORES

ACADÉMICOS

Cristhian Rubén Vallejo Zambrano

Médico Cirujano de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí;
Vicepresidente Académico Nacional (ANAMER) 2019 – 2020;
Cursa Maestría de Gerencia y Administración en Salud Hospitalaria;
Miembro del Colegio de Médico de Manabí;
Miembro del Departamento de Investigación y falla Cardíaca INCAP-CICCMA;
Cursa Estudio para Homologación de título EEUU;
Cursa Maestría de Gerencia y Administración en Salud Hospitalaria;
Miembro de la Sociedad Europea de Cardiología.
Docente en Empresa Pública Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí “CENFOR”;
Cursos de la American Heart Association (BLS – ACLS - PALS);
Curso de Society of Critical Care Medicine (FCCS);
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; Manta, Ecuador;
 cristhianvallejomd@hotmail.com
 <https://orcid.org/0000-0001-5513-8507>

Clelia Celeste Ricaurte Jijón

Médico Cirujano en Universidad Estatal de Guayaquil; Especialista en Pediatría;
Máster de Especialista en Neurociencias;
Bases Biológicas, Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Mentales,
Neuropsiquiátricos y Neuropsicológicos;
Diploma Superior en Desarrollo Local y Salud;
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; Manta, Ecuador;
 clelia_llg@hotmail.com
 <https://orcid.org/0000-0001-9519-1142>

Catalogación Bibliográfica

Leonella Carolina Farfán Vélez
Lisbeth Madelayne Andrade Pizarro
Carlos Alfredo Briones Morales
Carlos Elías Briones Macías
Bryan Steeven Flores Medina

AUTORES:

Ricardo Jair Ferrín García
Gloria Elizabeth Solórzano Zambrano
Reina Yadira Villavicencio Macías
Leisberth Iván Zamora Pazmiño
Myriam Susana Donoso Palomeque
Kethy María Mera Fernández

Título: Los desafíos de la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería

Descriptor: Ciencias médicas; Enfermería; Atención al paciente; Atención de enfermería.

Código UNESCO: 32 Ciencias Médicas

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 610.73/F224

Área: Ciencias de la Salud

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-622-65-5

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2023

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 189

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-622-65-5>

URL: <https://mawil.us/repositorio/index.php/academico/catalog/book/66>

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico: **Los desafíos de la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada bajo la modalidad de pares académicos ciegos y por el equipo profesional de la editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Director Académico: Lcdo. Alejandro Plúa Argoti

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

Dirección de corrección: Mg. Ayamara Galanton.

Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

Los desafíos de la gestión del cuidado de los
profesionales de enfermería

Índices

Contenidos



Introducción ----- 13

Capítulo I.

Gestión del cuidado de enfermería: aspectos introductorios----- 19

1.1. La salud ----- 20

1.2. Los cuidados ----- 21

1.2.3. Perspectivas y dimensiones del término
cuidado para la enfermería ----- 22

1.3. Enfermería ----- 24

1.4. Proceso de atención del profesional de enfermería ----- 26

1.5. La gestión ----- 27

Capítulo II.

Rol de los profesionales de enfermería----- 31

2.1. Generalidades ----- 32

2.2. Las 5 principales funciones del profesional
de enfermería: atención directa basada en la evidencia
científica, la enseñanza y el asesoramiento, la investigación,
el liderazgo/gestión y la toma de decisiones éticas.----- 33

2.2. Rol del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario ----- 44

2.3. Rol del profesional de enfermería en el
ámbito comunitario o territorial----- 45

2.4. Rol de profesional de enfermería, una mirada
desde la docencia y la investigación ----- 45

Capítulo III.

La enfermería en el rol de gestora de los cuidados----- 47

3.1. Cuidar /cuidado ----- 48

3.2. Cuidado de enfermería / Teorías y la práctica
de enfermería orientada al cuidado ----- 58

Capítulo IV.

Gestión de enfermería / gestión de cuidados----- 80

4.1. Niveles de una organización / Niveles de gestión ----- 81

4.2. La gestión----- 88

4.3. Gestión del cuidado de enfermería ----- 90

4.4. Objetivos de la gestión de cuidado----- 91

4.5. Fundamentos de la gestión de cuidado ----- 93

4.6. Funciones de la gestión ----- 95

4.7. Principios de la gestión de cuidados ----- 96

Capítulo V.

Gestión de cuidados de enfermería ----- 106
5.1. Gestión de enfermería ----- 107
5.2. Gestión de casos de enfermería ----- 108
5.3. Gestión de enfermería en la Atención Primaria en Salud ----- 114

Capítulo VI.

Gestión de enfermería y la calidad de atención de enfermería ----- 116
6.1. Gestión de la calidad en los servicios de enfermería ----- 117
6.2. Gestión de calidad en salud y sus componentes básicos ----- 118
6.3. Gestión de calidad ----- 119
6.4. La calidad ----- 120
6.6. Indicadores ----- 124

Capítulo VII.

Los desafíos de la gestión de cuidados de los
profesionales de enfermería ----- 127
7.1. Generalidades ----- 128
7.2. Los desafíos de la gestión de cuidados de enfermería
más importantes en la actualidad ----- 129

Capítulo VIII.

Modelos o teorías referidos al cuidado en la enfermería ----- 143
8.1. Definición de modelo ----- 144
8.2. Modelos de gestión ----- 144
8.3. Modelo de gestión de enfermería ----- 145
8.4. Modelos o teorías referidos al cuidado en la enfermería:
Modelo de interrelación, Teoría evolucionista,
Teoría necesidades humanas, Teoría humanista,
Relaciones interpersonales, Teoría de sistemas,
Modelo de adaptación de Callista Roy ----- 149

Capítulo IX.

Modelos que han probado efectividad para mejorar la
gestión del cuidado ----- 155
9.1. Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) ----- 157
9.2. Enfermería modular ----- 164

9.3. Gestión basada en las necesidades de cuidado de las personas-- 164

Capítulo X.

Retos de enfermería en la actualidad----- 166

10.1. Los retos de enfermería para el 2030: la gestión
de la práctica, la educación, la investigación y el liderazgo----- 167

Bibliografía ----- 178

Los desafíos de la gestión del cuidado de los
profesionales de enfermería

Índices

Figuras



Figura 1. Noción del cuidado desde el pensamiento filosófico de la enfermería -----	22
Figura 2. Las cinco (5) principales funciones del profesional de enfermería -----	34
Figura 3. Niveles (macrogestión, mesogestión y microgestión sanitaria)-----	85
Figura 4. Objetivos de la gestión de cuidado -----	91
Figura 5. Principios de la gestión de cuidados -----	97
Figura 6. Modelo de calidad de la atención médica-----	124

Los desafíos de la gestión del cuidado de los
profesionales de enfermería

Introducción



La enfermería ha sido considerada desde sus inicios como una profesión individualista, vinculada al papel de la mujer y a su rol de cuidadora en el seno familiar (etapa doméstica), evolucionando hacia otro más relacionado con la vocación y simplificando los cuidados a la oración, coincidiendo con la ganancia de fuerza por parte de la Iglesia (etapa vocacional). Con la disgregación de la Iglesia y el poder, se produce la entrada de la etapa técnica, centrándose la salud en la idea actual y apareciendo las primeras personas con mínimas nociones para la administración de tratamientos o la realización de pruebas. Dentro de esta etapa, aparecen personajes de referencia para la gestión como lo son Florence Nightingale, quien fue destinada como enfermera en la Guerra de Crimea (1853-1856). Durante este periodo de conflicto, dedicó su tiempo libre a la realización de sus escritos, conocidos como notas de enfermería, en donde dejó de manifiesto la necesidad de mantener unas condiciones mínimas en los hospitales, y en concreto en los hospitales de campaña. También consagro parte de su vida al estudio de la dirección y el liderazgo. Por último, la edad contemporánea da paso a la profesionalización de la enfermería, a la aparición de un mayor número de técnicas y un trabajo más colaborativo con un equipo multidisciplinar y nuevos campos de actuación junto con el asistencial: docencia, gestión e investigación, surgiendo así la etapa profesional.

La aparición de cambios sociales y tecnológicos es la que propicia el desplazamiento de los simples cuidados que existían previamente hacia otros más profesionales, en donde gana más importancia el desarrollo de la labor de gestión enfermera y no solo la labor asistencial, surgiendo así, por ejemplo, el liderazgo y los elementos de la gestión como lo son la planificación, organización, dirección, coordinación, y control.

El concepto gestión de los cuidados de enfermería es un término multidimensional, que permite su abordaje desde la orientación teórica, legal, ética, metodológica, etc. Existe variada literatura referente a la gestión de los cuidados (GC). La gestión de cuidados se entiende como el ejercicio profesional de la enfermera, sustentada en su disciplina, la ciencia del cuidar y se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución o un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención, asegurando con ello, la continuidad, la calidad y eficacia de los mismos.

Los elementos de la gestión de enfermería están delimitados por el marco de su disciplina. Hablar de la disciplina de enfermería es hablar del conocimiento profesional enfermero desde la naturaleza del cuidado. Y como disciplina siempre ha de enfrentarse a retos y desafíos que deben superarse en cualquier contexto, para ellos, se fijan metas, estrategias, modelos, etc. a fin de lograr los objetivos planteados para la misma en beneficio sobre todo de la sociedad en general.

En el marco de estas reflexiones, se explanan de manera breve y sencilla conocimientos teóricos básicos en materia de gestión de cuidados de enfermería, en el libro denominado **LOS DESAFÍOS DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**. El libro ha sido estructurado en diez (10) capítulos, a saber:

Capítulo I. GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA: ASPECTOS INTRODUCTORIOS. En este capítulo se presentan algunos de los elementos conceptuales básicos desde la perspectiva de varios autores como antesala para abordar a lo largo del texto la gestión del cuidado de enfermería –dimensiones, posturas, (perspectivas, dimensiones, su importancia, los modelos de cuidados, retos y desafíos en la actualidad. Entre los conceptos se incluyen: la salud, los cuidados, la enfermería y el cuidado como su objetivo principal y el fin de la profesión lo cual la hace diferente a otras disciplinas y le confiere valor en sí misma; el proceso de atención del profesional de enfermería como método sistemático y organizado para ofrecer cuidados y, por último: la gestión del cuidado. Los servicios profesionales de enfermería comprenden, entre otros, la gestión del cuidado referido a promoción, manutención y restauración de la salud, prevención de enfermedades o lesiones, y ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente; la gestión del cuidado de enfermería en el ejercicio profesional está sustentada en su disciplina: la ciencia del cuidar.

El **Capítulo II. ROL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**, se dirige básicamente a presentar la labor del personal de enfermería la cual ha experimentado muchos cambios en los últimos años, pasando de ser un asistente del médico a tener un papel propio y muy relevante en torno al cuidado. Este personal trata de dar respuesta a las necesidades que surgen en la población, no solo desde la práctica asistencial directa con el paciente, sino que también tiene una labor cada vez más decisiva en la gestión de los pacientes y de los sistemas de salud. Bajo este parámetro se incluyen los siguientes aspectos; generalidades y las 5 principales funciones del profesional de en-

fermería: atención directa basada en la evidencia científica, la enseñanza y el asesoramiento, la investigación, el liderazgo/gestión y la toma de decisiones éticas. Por otro lado, el rol del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario, en el ámbito comunitario o territorial y una mirada desde la docencia y la investigación.

Es tema central del *Capítulo III. LA ENFERMERÍA EN EL ROL DE GESTORA DE LOS CUIDADOS*: el cuidado. Para ello, se define desde lo general hasta el cuidado en enfermería, pasando por diferentes teorías que abordan la práctica de enfermería orientada al cuidado. La práctica científica de la enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de enfermería. Muchos teóricos han fundamentado el quehacer de enfermería en el cuidado, como Dorotea Orem y su teoría de déficit de autocuidado, Jean Watson y su teoría Filosofía y Ciencia del Cuidado Transpersonal, Madeleine Leininger y su teoría Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y universalidad y Kristen Swanson que propone la Teoría de los Cuidados. En este apartado se va a abordar los elementos básicos de las teorías de Dorotea Orem (compuesta de otras tres relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería) y la Jean Watson que sustentan el cuidado.

Se concentra en el *Capítulo IV. GESTIÓN DE ENFERMERÍA / GESTIÓN DE CUIDADOS*, la siguiente temática: los niveles de una organización / niveles de gestión en salud, la gestión y la concepción desde el punto de vista administrativo ya que dentro de la gestión se cumplen las funciones básicas de esa disciplina tales como planear, organizar, dirigir y controlar, que se convierten en los elementos para la consecución de los objetivos. Además, se incorporan: la gestión del cuidado de enfermería; definiciones, objetivos, fundamentos, principios y funciones.

En el *Capítulo V. GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA* se abordan los puntos referidos a otros aspectos de la gestión de enfermería como lo son la gestión de casos de enfermería y la gestión de enfermería en la Atención Primaria en Salud. En este sentido, se extrajeron interesantes aspectos que pueden guiar la elaboración de propuestas de programas de gestión de casos. Es importante destacar que no todos los programas o proyectos tienen la misma característica ya que obedecen a distintas realidades territoriales, sociales, poblacionales, etc. que determinan su construcción e implementación. Es decir, existen diferentes modelos de gestión de casos los cuales dependen

del modelo sanitario de cada entidad (comunidad o estado) y los recursos disponibles, pero la esencia es la misma.

Al hablar de gestión como un proceso científico, obliga a tratar indiscutiblemente un tema como lo es la calidad. Bajo esta premisa se desarrolla el *Capítulo VI. GESTIÓN DE ENFERMERÍA Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*. En el mismo se revisan temas relacionados con la gestión, la calidad de la atención que se refleja en indicadores de atención en salud y la política de seguridad del paciente; desde la mirada de diferentes autores. Se tendrá como referente principal para la evaluación de la calidad a Donabedian.

Bajo un perfil de la actualidad se desplaza el *Capítulo VII. LOS DESAFÍOS DE LA GESTIÓN DE CUIDADOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA*, el cual se ha destinado a presentar los principales o más importantes desafíos de la gestión de cuidados de los profesionales de enfermería, considerando la opinión de algunos organismos internacionales y estudiosos en el ámbito la materia de gestión de la salud. y la enfermería. Es importante traer a colación que la gestión en los cuidados de enfermería, como bien lo han expuesto, es cada vez más compleja y por tanto, enfrenta una serie de desafíos producto de limitaciones financieras, el déficit de enfermeras, de insumos, los altos costos, las condiciones para la práctica, la normatividad excesiva, la legislación y las exigencias de los usuarios con mayor información y educación, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en la salud. Es decir, todos estos aspectos constituyen un gran desafío para la práctica y la gestión del cuidado de enfermería, además de que existen múltiples núcleos de poder, tales como: jefes, médicos, sindicatos, diversos grupos profesionales que generan problemas en relación al reconocimiento, estatus, comunicación, autonomía, responsabilidad que pueden complicar las actividades de gestión de cuidado para que sea exitosa. Atendiendo a ello, los profesionales de enfermería en el rol de gestores deben contar con competencias en gestión, liderazgo, cualidades interpersonales, pensamiento crítico, comunicación, habilidades de gestión, de negocios en la atención de la salud y por ende de los cuidados.

Capítulo VIII. MODELOS O TEORÍAS REFERIDOS AL CUIDADO EN LA ENFERMERÍA. En este capítulo se ofrece la temática sobre los modelos de cuidado partiendo de definiciones de modelo, modelos de gestión, modelos de gestión de enfermería para luego abordar algunos de los modelos o teorías referidos al cuidado en la enfermería, tales como: Modelo de interacción, Teoría evolucionista, Teoría necesidades humanas, Teoría humanista,

Relaciones interpersonales, Teoría de sistemas y el Modelo de adaptación de Callista Roy.

Siguiendo con el tema de los modelos de gestión, se estructura el *Capítulo IX. MODELOS QUE HAN PROBADO EFECTIVIDAD PARA MEJORAR LA GESTIÓN DEL CUIDADO*, considerándose en este contexto que los modelos para mejorar la gestión del cuidado en enfermería, implica en este sector promover transformaciones en la organización de enfermería, en su manera de planear y ofertar servicios, y particularmente de brindar cuidado de calidad que satisfaga las expectativas del usuario y por otro lado, para las instituciones sea costo-efectivo. Algunos autores exponen que no existen fórmulas mágicas, ni modelos perfectos para mejorar la gestión del cuidado, a manera de ejemplo existen algunos que han probado su efectividad como los siguientes: Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), la Enfermería Modular y la Gestión basada en las necesidades de cuidado de las personas.

En el *CAPÍTULO X RETOS DE ENFERMERÍA EN LA ACTUALIDAD* se toma como tema los retos de enfermería de cara al 2030. Ante ciertas circunstancias, coyunturas y/o realidades que enfrenta la enfermería actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otros organismos internacionales, proyectan desafíos a corto, mediano y largo plazo, los cuales requieren de acciones concretas, divididas en cuatro ejes, a partir del concurso de todos los actores involucrados en el sistema sanitario: el estado, el personal de salud, las instituciones educativas, organizaciones de profesionales del área y la propia ciudadanía. Los cuatro ejes específicos sobre las que se apoyan los desafíos o retos más importantes de la enfermería, de cara al 2030, son: educación, gestión de la práctica clínica, la investigación y el liderazgo. En cuanto a ellos, bosquejan los órganos internacionales las acciones a emprender.

Los desafíos de la gestión del cuidado de los
profesionales de enfermería

Capítulo

I

*Gestión del Cuidado de
Enfermería:
Aspectos Introdutorios*



En este capítulo se presentan algunos de los elementos conceptuales básicos como antesala para abordar a lo largo del texto la gestión del cuidado de enfermería, su importancia, modelos y los desafíos en la actualidad.

1.1. La salud

El concepto de salud no es único y universal, como tampoco lo es el de enfermedad. Ambos conceptos son cambiantes y dependen de las personas y de los contextos desde donde se conceptualizan. Cada época y cada contexto ha elaborado su existiendo por tanto diversas definiciones de salud. En los siguientes párrafos se ofrecen varias definiciones que provienen de investigadores prominentes en el campo de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) en 1948 adopta la definición de salud en Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en julio de 1946, la cual entra en vigor el 7 de abril de 1948. Esta definición, aceptada internacionalmente y hasta ahora no modificada, conceptualizó la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” De allí que la idea de salud, se circunscribe dentro de un triángulo, siendo sus extremos las dimensiones físicas, mentales y sociales y está vinculada al bienestar físico y psicológico de una persona. Cuando un individuo goza de buena salud, su organismo puede ejecutar sus funciones con normalidad y su psiquis no presenta alteraciones.

Sin embargo, el concepto de salud ha sufrido numerosas críticas, siendo objeto de análisis. por diversos autores (2)(3) los cuales aprecian que en la actualidad, el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas, hacen que la misma sea incluso contraproducente, ya que la término “completo” referido al bienestar dejaría fuera de esta definición a la mayoría de las personas. En este contexto, la salud, tal y como se concibe se vuelve casi imposible de lograr, ya que considera enfermas a personas con problemas de salud y discapacidades crónicas, que en la mayoría de los casos en absoluto se consideran enfermas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la Declaración de ALMA-ATA (1978) señala:

“La salud, estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.” (4)

Por otro lado, en el 2011 un grupo de especialistas proponen una nueva conceptualización de la salud como “la capacidad de adaptación y autogestión ante los desafíos físicos, mentales y sociales”, considerando que esta definición se adapta mejor a la realidad actual del panorama epidemiológico (3).

En el 2008, Álvarez Sintés (5) expone que la salud es un producto y un proceso social. Es el resultado de complejas interacciones entre los procesos económicos, biológicos, etnográficos, culturales y sociales, que determinan el grado de desarrollo integral, mientras que, como proceso social, está sustentada en la coordinación y organización de los aportes de los múltiples factores relacionados con el estilo de vida, las condiciones de vida y el modo de vida. Se vinculan directamente con el bienestar de los individuos y las poblaciones.

A pesar de la existencia de un bagaje de definiciones sobre “salud” dadas a través de la historia y bajo varias perspectivas (social, holística, enfermedad/salud, entre otras), aún, al día de hoy, la más conocida y aceptada globalmente por la comunidad sanitaria y la población en general es la de la Organización Mundial de la Salud adoptada en 1946.

1.2. Los cuidados

La definición de cuidados que hace Collière (6) brinda una idea de la complejidad de algo que a priori pareciera sencillo, y los define así: “un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca...cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales”.

Bajo esta premisa, la noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de la profesión enfermera. El cuidado, según ciertos autores y teorías en el contexto de enfermería, exponen:

- a. El termino cuidado es usado para designar “los cuidados profesionales que la enfermera lleva a cabo y que suponen un compromiso humanista y un interés por sus semejantes” (7).
- b. Leininger (citado por Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F., (8) plantea que “el cuidado es la esencia y el fenómeno central de la enfermería y que debe ser valorizado en todas las áreas de su ámbito profesional”.

- c. Watson J. (9) enfatiza que “el cuidado percibe los sentimientos del otro y reconoce su condición de persona única”.

Figura 1.

Noción del cuidado desde el pensamiento filosófico de la enfermería.



Nota. Elaboración propia

Es aquí donde se evidencia que la enfermería, interviene aplicando sus cuidados en primera línea, ya que es este el profesional de la salud que mantiene un contacto más directo y prolongado con la persona que requiere ayuda para asumir sus necesidades.

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento del profesional de enfermería y es el criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. En este orden de ideas, expone Medina, J. (7) que el concepto se puede ver desde varias perspectivas y dimensiones:

1.2.3. Perspectivas y dimensiones del término cuidado para la enfermería

1. Perspectivas

Medina J. (7) plantea que “el concepto de cuidado se puede ver desde tres percepciones: emocional, transaccional y de desarrollo y existencial”

- a. **Desde la perspectiva emocional de las interrelaciones enfermera-paciente**, esbozan Benner y Wrubel (10) que el cuidado es “cuidar o tomar

contacto, es el elemento esencial en la relación enfermera-paciente y la enfermera debe tener la capacidad para empatizar o *sentir desde* el paciente; representa la principal característica de las relaciones profesionales”.

Implica por tanto, según Travelbee J. (11), establecer una relación de ayuda, comprometerse emocionalmente con el *otro*, ya que es la única manera de que la relación sea significativa, de que vea a ese ser humano que necesita de la ayuda profesional en su totalidad y que él vea a una enfermera cálida, empática, que no lo juzga sino que le brinda la ayuda profesional que necesita y que, al término de esta relación, ambos participantes, enfermera-paciente, saldrán fortalecidos y capaces de seguir estableciendo relaciones significativas.

b. **Desde la perspectiva, transaccional y de desarrollo.** Bajo este aspecto es donde la enfermera obtiene crecimiento personal a partir de su relación con el enfermo. Es aquí donde la enfermera se debe mostrar tal cual es, auténtica, no temer a demostrar sus sentimientos ni a mostrarse como una persona capaz de expresar emociones y compartir su vida con otra persona que necesita de su ayuda profesional.

En este contexto, Planner (citado por Medina, J. (7)) afirma que cuidado “es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado alcanza una apertura del yo al otro, una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos”.

c. **Desde la perspectiva la existencial.** En esta perspectiva lo fundamental es trascender al otro a través del establecimiento de relaciones significativas en la entrega del cuidado. Mayeroff (citado por Medina, (7)) determina los atributos generales del cuidado:

“Cuidar es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer nuestras necesidades, el cuidado debe ser entendido como ayuda a otra persona que permite el desarrollo, de la misma manera que la amistad aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de las relaciones”

2. Dimensiones esenciales del acto de cuidar

Se han identificado en el proceso de conceptualización dimensiones esenciales en el acto de cuidar como es la interacción, la participación y el afecto”, según Daza de Caballero y otros (12). En este contexto exponen y citan a los siguientes autores:

- a. Henderson V enfatiza que el concepto de interacción es el elemento más esencial del cuidado.
- b. Orem y Pender plantean principalmente en relación a la dimensión participación del paciente en su cuidado, que las enfermeras deben promover activamente la participación del individuo tanto en su autocuidado como en la toma de decisiones. En cuanto al afecto, ésta es una de las dimensiones del cuidado que contribuyen a la satisfacción tanto del paciente como de la enfermera.
- c. García y Romero, sugieren que “el afecto se identifica como una vivencia humana referida al tono emocional y al estado de ánimo, evidenciándose en los sentimientos y emociones de cada persona, imprimiéndole un carácter humano y terapéutico a la vez”

Cabe indicar, que a pesar de los esfuerzos realizados para establecer la conceptualización del termino cuidado de enfermería, no ha existe aún hoy un criterio único y unánime. En este sentido Daza de Caballero y otros (12) esbozan “por ser el cuidado de enfermería un acto que implica el abordaje integral de la persona, el tratar de establecer límites precisos entre sus dimensiones es una tarea inútil que impide apreciar la riqueza del acto mismo del cuidar”.

En conclusión, el cuidado es el objetivo principal y el fin de la profesión enfermera, el que la hace diferente a otras disciplinas y la cual le confiere valor en sí mismo.

1.3. Enfermería

La enfermería como actividad, según los historiadores, ha existido desde el inicio de la humanidad, considerando que dentro de la especie humana siempre se han encontrado personas incapaces de valerse por sí mismas y que requieren de cuidados específicos (13).

Con el paso del tiempo, la enfermería ha evolucionado en su conformación, avanzando hacia un trabajo sistemático, basado en el método científico, el cual le ha permitido generar su propio marco de acción denominado “Proceso de Atención de Enfermería” (PAE), la cual la define, como una disciplina dentro del ámbito sanitario.

Pero, diversos autores, refieren que la disciplina de enfermería es ciencia y arte. Lo cual se considera como una percepción dinámica en continuo desarrollo donde las emociones guían la transformación de lo material a una expresión artística, este fenómeno se refuerza con la inteligencia y el pensa-

miento; es así que el arte es un cuestionamiento cualitativo que se basa en la intuición estética (14).

Esta consideración de la enfermería como ciencia y arte surge a partir de 1859 con Florence Nightingale, quien definió que el arte fino de enfermería se expresa en la práctica e incorpora la imaginación, la mente y el alma a los cuidados:

“La enfermería es un arte y si se pretende que sea un arte requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o de un escultor, pero ¿cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios? Es una de las bellas artes, casi diría, la más bella de las Bellas Artes”. (15)

Por otra parte, la OMS, hace referencia a:

“...la misión de la enfermera en la sociedad es ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, y a realizarlo dentro del contexto en que viven y trabajan. Esto requiere enfermeras que desarrollen y realicen funciones que se relacionen con el fomento y mantenimiento de la salud, así como con la prevención de la enfermedad. También incluye la planificación y la prestación de los cuidados durante la enfermedad y la rehabilitación, abarcando los aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales de la vida que pueden afectar a la salud, a la enfermedad, a la incapacidad y a la muerte. Por tanto, las funciones principales de la enfermería deberán ser la promoción y el mantenimiento de la salud en buen estado, la prevención de la enfermedad, dar cuidados durante la misma y la rehabilitación”. (16)

En tanto, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (17), define la disciplina de enfermería como la ciencia que abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas, en su vertiente curativa y paliativa; la; definición que es compartida con otros organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En resumen, el cuidado es el objetivo principal y el fin de la profesión enfermera, el que la hace diferente a otras disciplinas y la cual le confiere

valor en sí misma. En general, le corresponde al personal de enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

1.4. Proceso de atención del profesional de enfermería

El proceso de atención enfermero es el modo para describir “como las enfermeras organizan el cuidado de personas, familias, grupos y comunidades” (18). Es un método sistemático y organizado para ofrecer cuidados individualizados desde un punto de vista holístico.

El proceso de atención de enfermería consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso enfermero le da a la profesión enfermera la categoría de ciencia.

Las etapas del proceso de atención de enfermería están considerados, por numerosas asociaciones de todo el mundo (American Nurses Association (19); College of Registered Nurses of British Columbia (20); College of Registered Nurse of Nova Scotia, (21)) como requisitos fijados en los estándares para la práctica enfermera o estándares de cuidados. Mediante el uso del proceso de atención enfermero se pone en marcha un plan de cuidados.

Alfaro-Lefevre (22), lo define como el método sistemático, humanístico y racional de organizar y prestar los cuidados de enfermería.

Planes de cuidados

Se ha mencionado con anterioridad como el uso del proceso de atención enfermero pone en marcha un plan de cuidados: “Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”. (23)

Hay diversos tipos de planes de cuidados:

- a. Individualizado:** Es necesario realizar una valoración del paciente para documentar los problemas que se identifiquen, los objetivos del plan de cuidados y las acciones enfermeras que se pacten con esta persona en concreto. El único inconveniente es que se requiere de una cantidad importante de tiempo para su elaboración.

- b. Estandarizado:** Facilita, optimiza y normaliza los cuidados enfermeros, ofreciendo a las personas la calidad en el servicio y la unidad en la práctica clínica. En definitiva, el plan de cuidados estandarizado, es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellas personas que padecen los problemas frecuentes o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad. No debemos olvidar que los planes de cuidados estandarizados servirán como modelo a la enfermera y que necesariamente se tendrá que personalizar para su aplicación concreta (23).
- c. Estandarizado con modificaciones:** Permite adaptar individualmente un plan de cuidados estandarizado, ya que deja abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones enfermeras.

1.5. La gestión

El término gestión viene del latín *gestio*, y hace referencia a la acción y a la consecuencia de hacer diligencias para lograr algo. Estas diligencias permiten y hacen posible la realización de una operación comercial o de cualquier anhelo. De allí que la noción de gestión, se extiende hacia el conjunto de trámites que se realizan con la finalidad lograr un objetivo, es decir, resolver una situación o materializar un proyecto.

En líneas muy generales, la Real Academia Española (24) define gestión como: 1. Acción y efecto de gestionar y 2. Acción y efecto de administrar. En este sentido, se hace referencia a un conjunto de acciones u operaciones relacionadas con la administración y dirección de una organización. Siendo utilizado el concepto para hablar de proyectos o en general de cualquier tipo de actividad que requiera procesos de planificación, desarrollo, implementación y control. Por tanto, gestión es asumir y llevar a cabo las responsabilidades sobre un proceso, bien sea empresarial o personal, lo cual incluye:

- Preocupación por la disposición de los recursos y estructuras necesarias para que tenga lugar en la organización.
- Coordinación de sus actividades, las correspondientes interacciones y sus semejantes.

En conclusión, gestionar tiene un significado asimilable al de administrar y en ambos casos, este significado se asocia entre otros, a “logro de objetivos” o “desarrollo de proyectos” siempre contando con recursos y personas que, de forma organizada logran una planificación propuesta.

Gestión de salud

La Gestión de Salud, bajo estas premisas, envuelve una síntesis de métodos y estrategias diseñados para facilitar el trabajo en los diferentes niveles y categorías de servicios que componen el Sector Salud para la promoción, prevención y recuperación de la salud. Constituye, entonces, el conjunto de acciones destinadas al logro de los objetivos optimizando el uso de los recursos (materiales, humanos, financieros, tecnológicos, etc.) para obtener buenos resultados, siendo el logro de los objetivos brindar una atención segura y de calidad para mejorar la salud de la población. En fin, está conformada por un conjunto de herramientas de gestión organizadas para satisfacer las necesidades de diferentes grupos de usuarios, tales como: los hacedores de política, gestores de servicios de salud y locales, personal de salud, docentes, alumnos, etc. Esas herramientas permiten mejorar la gestión de servicios de salud y la gestión local desde la familia y la comunidad, asimismo, complementar la formación de los estudiantes de ciencias de la salud.

Gestión de los cuidados de enfermería

La gestión del cuidado de enfermería se entiende como “La unión estable de dos palabras gestión y cuidado, cuyo significado es propio y mayor que la suma de sus componentes” (25).

Existe mucha literatura referente a la Gestión de los cuidados (GC) y su definición, sin embargo, no existe un acuerdo unánime sobre la mismo ya que gestión de los cuidados de enfermería es un término multidimensional, el cual permite su abordaje desde una orientación teórica, legal, ética, metodológica, etc. Por ello, en la literatura la Gestión del Cuidado de Enfermería puede variar según los autores y los diferentes contextos, por ejemplo, la gestión de enfermería se puede definir como:

1. “Procesos en función de planear, organizar e implementar acciones seguras, humanísticas y con enfoque social” (26). Esta definición se dirige a la atención de la comunidad de forma integral.
2. “Procesos de implementación y aplicación de protocolos, guías y procesos dentro de una institución” (27). Esta definición se direcciona hacia el enfoque clínico y los procesos administrativos de cada institución.
3. “La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, que es la forma actual de gestión” (González y Cristina, 2015). Una visión dirigida más hacia el que hacer de enfermería como disciplina.

4. “Procesos que se basan en realizar actividades administrativas como gestión de horas y coordinación con otros profesionales o Centros Asistenciales” (28). Lo que responde a un enfoque más administrativo dentro de las funciones de coordinar. Todo esto demuestra que definir Gestión del Cuidado de Enfermería puede ser algo complejo ya que varía según la experiencia de cada profesional de enfermería o del campo en el cual se ha desempeñado o conoce ampliamente, sin embargo, llega a un punto en común, en el cual se busca garantizar y mejorar de cualquier manera directa o indirectamente el cuidado de la salud de las personas.

Entre otras definiciones se tienen:

El Ministerio de Salud de Chile define la gestión de cuidados:

“como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución, para obtener como producto final la salud”. (29)

En España, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, la indica como “un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención, asegurando con ello, la continuidad y eficacia de los mismos”. (30)

Clasificación de la gestión de cuidado de enfermería

Como ya se ha visto, la Gestión del Cuidado de Enfermería es un concepto amplio según la literatura, por lo cual es pertinente clasificarla en tres categorías para su desarrollo

y comprensión, las cuales son:

1. Gestión de Casos de Enfermería
2. Gestión de Enfermería
3. Gestión del Cuidado de Enfermería en la Atención Primaria en Salud

Cada una de ellas se desarrollará más adelante. Esta clasificación permitirá la descripción, y el enfoque al cual se dirige la Gestión del Cuidado de Enfermería en la actualidad (desafíos y retos) y en el futuro inmerso en un mundo globalizado y de innovación. Las categorías surgen al realizar la revisión

bibliográfica en general, permitiendo identificar una diferencia marcada entre cada una, gran parte de los artículos consultados se dividían en estas tres categorías mencionadas, por lo que se plantea su manejo individual.

Concluyendo, se cita a Rodríguez y Paravic, (31) los cuales exponen que gestionar el cuidado en enfermería tiene que ser en forma oportuna, segura y satisfactoria con compromiso ético con la mejor evidencia disponible para tomar las mejores decisiones sobre el cuidado de las personas y responder frente a la sociedad con evidencia científica en el quehacer del desempeño laboral diario. Los servicios profesionales de enfermería comprenden la gestión del cuidado referente a promoción, manutención y restauración de la salud, prevención de enfermedades o lesiones, y ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente; la gestión del cuidado de enfermería en el ejercicio profesional está sustentada en su disciplina: la ciencia del cuidar, ...Por lo tanto, su fin último es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria, acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad y que considere la mejor administración de los recursos, los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto.

Los desafíos de la gestión del cuidado de los
profesionales de enfermería

Capítulo

II

*Rol de los Profesionales
de Enfermería*



2.1. Generalidades

La labor del personal de enfermería ha experimentado muchos cambios en los últimos años, pasando de ser asistente del médico a tener un papel propio y muy relevante en torno al cuidado. Este personal trata de dar respuesta a las necesidades que surgen en la población, no solo desde la práctica asistencial directa con el paciente, sino que también tiene una labor cada vez más decisiva en la gestión de los pacientes y de los sistemas de salud. Además de poseer más autonomía y mayor poder de decisión en cuanto al paciente, otorgándole la suficiente información y educación para empoderarlo con el fin de que se realicen mejoras en el autocuidado.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (32), indica que las funciones esenciales del profesional son:

- a. La defensa
- b. El fomento de un entorno seguro
- c. La investigación
- d. La participación en la política de salud
- e. En la gestión de los pacientes y los sistemas de salud
- f. La formación

El profesional de enfermería debe estar en capacidad de brindar cuidados a todas las personas, independientemente de su condición; esta atención debe garantizar el bienestar y la seguridad de las personas, preservando su salud. Para lograr su objetivo debe estar en permanente desarrollo y fortalecer actitudes y valores que permitan la humanización en su quehacer cotidiano, siendo reflexivo, crítico, comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para atender al individuo, en un sistema de salud que busca satisfacer las necesidades de la población a cuidar.

Para la Real Academia Española (RAE) (33) el rol es “el cargo o función que una persona desempeña a lo largo de su vida”. Hace referencia a un conjunto de “prescripciones que definen el comportamiento del miembro de un grupo que tiene una determinada posición dentro de ese grupo”. El profesional de enfermería, entonces, es capaz de brindar cuidados a personas y comunidades, desde los diferentes roles que asume en el sistema de salud y que inciden en la calidad de vida de la sociedad.

Un rol no puede funcionar aislado, para su ejecución requiere la participación de otros roles. Todos los roles se complementan y coexisten entre sí ya que todos forman parte de una misma persona. Estos roles pueden sufrir cambios dependiendo de las necesidades que se tengan y debido a esto la enfermería se encuentra en un constante cambio y evolución que hace que las expectativas de roles varíen, tanto para los profesionales como para los pacientes y sus cuidados (35).

El rol profesional se define como “conjuntos de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que espera la sociedad de ellos a la hora de ejercer su labor profesional”. La actividad central del rol enfermero va a ser la gestión del cuidado basándose en cuatro actividades esenciales: asistencial, educativa, de gestión y de investigación (36).

La evolución del rol enfermero ha hecho que los profesionales puedan alcanzar puestos de responsabilidades anteriormente inexistentes, y al desarrollarse estos nuevos roles la enfermera asume un papel primordial en el sistema de salud, por ejemplo, se pueden destacar: la enfermera gestora de casos (EGC), la enfermera de practica avanzada (EPA) y la enfermera especialista (EE) con conocimiento y competencia sobre un campo específico.

2.2. Las 5 principales funciones del profesional de enfermería: atención directa basada en la evidencia científica, la enseñanza y el asesoramiento, la investigación, el liderazgo/gestión y la toma de decisiones éticas

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (35), indica que las funciones de enfermería se refieren al campo de actuación en el que se desenvuelve la actividad profesional. En este sentido, son cuatro áreas principales en las que se fundamenta el actuar: asistencial, docente, gestora administrativa e investigadora. Resalta, además, la importancia de diferenciar las funciones de los profesionales de enfermería, con las de otros profesionales sanitarios y reconoce que deben hacerse distinciones entre las categorías del personal según sus conocimientos, funciones, contexto laboral, responsabilidades y la formación académica, para establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, que permitan cumplir con los cuatro deberes fundamentales por ellos establecidos, así: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, de manera tal que se dignifique la vida, se humanice la prestación de los servicios y se ofrezca un cuidado de calidad.

Una gran parte de la literatura destaca que las cinco (5) principales funciones del profesional de enfermería son:

1. Atención directa basada en la evidencia científica
2. La enseñanza y el asesoramiento
3. La investigación
4. El liderazgo/gestión
5. La toma de decisiones éticas.

Figura 2.

Las cinco (5) principales funciones del profesional de enfermería.



Nota. Elaboración propia

Atención directa basada en la evidencia científica

La Enfermería basada en la evidencia (EBE) es definida como “proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles” (36).

También se define como “la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones”. (37)

La EBE es un proceso en el que los problemas reales y potenciales que afectan la salud de los usuarios se presentan como preguntas, cuya respuesta se busca y evalúa sistemáticamente a partir de los resultados de la investigación más reciente, y que sirve de base para la toma de decisiones. Separar la investigación de la realidad clínica, es asumir el riesgo de dar una atención inadecuada, del mismo modo, si no se revisan las evidencias, los nuevos descubrimientos no son incorporados en los procesos y se ejecutan actividades de enfermería que pueden generar un perjuicio hacia el cliente (38).

El gestionar el cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria lleva implícito el imperativo ético de responder frente a la sociedad con la mejor evidencia disponible para tomar las mejores decisiones sobre el cuidado de las personas.

Etapas del proceso EBE

El proceso de la EBE consta de cinco etapas o fases integradas dentro de un proceso dinámico y continuo que surge de la interacción paciente-enfermera que permite finalmente lograr la evidencia (36).

Considera el método científico como la mejor herramienta de que disponemos para conocer la realidad y expresarla de forma inteligible y sintética y reconoce la investigación científica como la actividad capaz de generar conocimiento válido y relevante para la moderna práctica profesional. Por lo tanto, se pone de manifiesto la contribución de la EBE a aumentar el cuerpo de conocimientos propio, lo que garantiza el desarrollo de la profesión enfermera.

a. Primera etapa. Se constituye por la formulación del problema o pregunta que se desea resolver, esta pregunta o problema de investigación surge de la práctica clínica diaria, de la gestión, de la docencia, que intentan responder a la incertidumbre o problemas cuestionados. (36)

b. Segunda etapa. Consiste en la búsqueda bibliográfica que brinde la mejor respuesta a la pregunta o problema planteado, para ello existen distintas fuentes de información, primarias o secundarias, que ayudan en la búsqueda de la mejor evidencia, como bases de datos, recursos bibliográficos electrónicos, catálogos, libros, publicaciones periódicas, Internet etc. (39).

Es importante destacar, que la búsqueda de evidencia científica, se debe realizar de manera analítica, determinando la calidad de información contenida en las diversas fuentes antes mencionadas, a las cuales el profesional de enfermería acuda para mejorar su labor clínica y de docencia (36).

c. Tercera etapa. Consiste en evaluar la validez y utilidad de los hallazgos, se realiza una evaluación crítica de la evidencia encontrada y se clasifican las fuentes de información en los diferentes niveles y sus subclasificaciones. Cabe mencionar que la Agency for Healthcare Research and Quality tiene el valor de incluir los estudios de tipo cualitativo en esta etapa. (40).

La lectura crítica se conceptualiza como la capacidad consciente de adoptar una postura frente a lo expresado en artículos de investigación, se apoya en grados variables de conocimiento, reflexión y elaboración. Requiere tiempo para pensar, buscar, revisar, valorar y juzgar a partir de mínimos conocimientos en documentación, metodología de la investigación, estadística y epidemiología. Además, conocimiento sobre la práctica habitual y sus fundamentos como disciplina. (41).

d. Cuarta etapa. Se realiza la implementación en la práctica de las evidencias científicas encontradas, teniendo como objetivo principal, mejorar el cuidado hacia el usuario, familia y comunidad. En la EBE es importante la opinión del usuario y en el acto de cuidar se debe tener en consideración las preferencias de la o las personas a quienes va dirigido. (36).

Al momento de la implementación aparecen una serie de dificultades por lo que es indispensable desarrollar estrategias, identificar posibles barreras y conocer cuáles son las causas más frecuentes de fracaso para hacerlas frente. (36).

e. Quinta etapa. Consiste en evaluar las consecuencias de la aplicación de la intervención elegida. Para la práctica de enfermería es importante, pues determina la retroalimentación entre investigación y clínica. Evaluar la repercusión de los cambios introducidos en la práctica, identificar si éstos han sido o no efectivos. La situación ideal es que la evaluación se lleve a cabo analizando resultados sensibles a las intervenciones de enfermería, con la finalidad de estimar los beneficios, daños y costes de las intervenciones. (37).

La EBE viene de la concepción de que el cuidado que se brinda está determinado por una investigación sólida y no por tradición o preferencia clínica, no cambia en base a un solo estudio, es la acumulación de los resultados de varios estudios, generalmente usando diversos diseños los que brindan evidencia suficiente para crear un cambio (42).

Sin embargo, a pesar de estudios realizados en diversos países sobre los beneficios de la EBE, surgen barreras que impiden implementar la EBE en la enfermería clínica, entre los cuales se mencionan: insuficiente tiempo de las enfermeras para leer las investigaciones; organizaciones que no en-

tregan las estructuras necesarias para aplicar las evidencias, dificultad de las enfermeras para comprender las estadísticas, sensación de aislamiento entre enfermeras para discutir los hallazgos y la falta de colaboración de los médicos (43).

El idioma en el cual se escriben las principales investigaciones, es otra limitante mencionada. También se ha referido una escasa motivación en el estudio, bajas posibilidades de desarrollo profesional y falta de reconocimiento del trabajo de la enfermera. Hay que agregar a ello, la falta de fuerza que ha tenido Enfermería para defender e implementar en los campos clínicos sus propios descubrimientos provenientes de las múltiples investigaciones realizadas, muchas de ellas con un gran esfuerzo, y cuyos resultados solo se han quedado en las tesis o revistas.

La enseñanza y el asesoramiento

La educación es un componente esencial en el rol del profesional de enfermería. El personal de enfermería en su papel de enseñanza o educación no solo educa, sino que también es educado, es decir, ocurre una inversión de roles como consecuencia de la interacción entre él y el paciente lo cual le permite conocer de cerca las percepciones de este, aprendiendo de las actitudes del paciente y su familia, para reaccionar y desarrollar una conducta personal y un método que le permitan proporcionar un cuidado más eficaz y calidad basado en la educación para la salud.

La función docente del profesional de enfermería se refiere principalmente a las actividades de educación para la salud y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos profesionales, capaces de generar cambios integrales a la sociedad y al ámbito de la salud.

En la educación para la salud, la importancia del rol de educador en su área parte del grado de convicción que este ejerce en el paciente y la familia, aconsejando y orientando para que se obtengan competencias que los lleven a tomar las riendas de su salud y la de los suyos, lo cual los llevará a obtener una mejor calidad de vida con base en cambios ambientales y de comportamiento por formas de vida más saludables.

Por otro lado, la educación que brinda el profesional de enfermería no solo es un elemento central del cuidado, sino también de su gestión y al rol que desempeñe en las diferentes instancias de sus responsabilidades, que requiere la innovación constante y estar a la vanguardia en temas de interés y relevantes que den respuesta a las necesidades de la población.

Para ejecutar la función de docente, el profesional de enfermería debe cumplir con requisitos académicos como habilidades propias de la docencia, a fin de proporcionar al estudiante el desarrollo de habilidades y actitudes que conducen a la adquisición de un poder técnico científico, con el fin de poder actuar en beneficio de la sociedad. La calidad de la docencia del profesional de enfermería debe garantizar la preparación de los futuros profesionales competentes que se identifiquen con su quehacer y que estén alertas a reaccionar al medio y las exigencias de los servicios de salud.

La investigación

El rol investigativo en enfermería resulta muy importante porque es la fuente de desarrollo del conocimiento, que le da la característica de la disciplina, que ha de estar presente tanto en la práctica clínica como comunitaria y en el desarrollo de la administración y la educación. Está asociada con la mejora de la práctica, con los mecanismos para mejorar el cuidado de calidad que se ofrece.

El rol investigativo se ejerce mediante la crítica, utilización, diseminación y realización de investigaciones. El personal de enfermería debe ser capaz de aprender de los avances que otros han realizado, y aplicarlos en la práctica con una actitud basada en conocimientos técnicos y científicos; con respeto por los principios éticos.

Este rol se puede dar de varias formas, entre ellas, revisando temas con el equipo de salud y de enfermería; reforzando los conocimientos cuando sea necesario resultado de la gestión de errores que se cometan al atender necesidades de los usuarios del servicio.

Ha sido constante por parte de la literatura el señalamiento que desde la práctica investigativa se contribuye al desarrollo de la ciencia de enfermería, por lo cual, se debe enfatizar los estudios en la metodología de la investigación, investigación multidisciplinaria o desarrollo de nuevas líneas de investigación.

En este contexto, Álvarez (44) manifiesta que la investigación en enfermería es fundamental para desplegar, evaluar y propagar el conocimiento de la profesión. La vinculación del profesional de enfermería en el ámbito de la investigación, se ha hecho con el fin de generar la práctica de enfermería basada en la evidencia; más aún, se motiva a que los profesionales de enfermería a través de las investigaciones propias de su disciplina pueda generar nuevos conocimientos que permitan al profesional evaluar su práctica a través de los costos derivados del cuidado y los beneficios otorgados a los pacientes, garantizando un cuidado costo efectivo de enfermería de calidad .

El liderazgo/gestión

El liderazgo en los profesionales de enfermería, es importante y relevante porque son estos los que proponen y ejecutan los planes de cuidado y son capaces de involucrar y guiar a sus pares en el proceso de atención.

El liderazgo se refiere a estar apto a asumir posición de líder en el equipo profesional de salud, objetivando el bienestar de la comunidad, y considerando en su ejercicio el compromiso, la responsabilidad, la empatía, la habilidad para toma de decisiones, la comunicación y la administración de forma efectiva y eficaz (45).

Del Barrio-Linares M. (46) alude que el liderazgo es la capacidad para manejar el cambio y dar poder a otros para influir en la práctica clínica así como en las políticas sanitarias y en la organización, en este sentido, menciona que los profesionales de enfermería suelen trabajar en compañía de los administradores y liderar proyectos de cambio, creando un entorno saludable de trabajo, con habilidades de resolución de conflictos y trabajo en equipo, son activos en la toma de decisiones y facilita la resolución de conflictos éticos; facilitando la intervención del profesional como cuidador y generando la integración de los servicios de salud para la persona, orientados y liderados por el profesional de enfermería.

Para que el profesional de enfermería sea un líder que permita la participación en la toma de decisiones, genere nuevas ideas, ayude a la solución de problemas que presentan las persona, organización o comunidad y, por otro lado, planear actividades en la práctica profesional dentro de un equipo multidisciplinario, debe tener una adecuada formación sobre gestión, administración y un desarrollo de habilidades personales e interpersonales que facilitan el logro de la misión y visión de la organización.

Por último, ejercer el rol administrativo y el de la gestión del cuidado se hacen necesarias aptitudes de liderazgo, habilidad de comunicación y capacidad de toma de decisiones, lo que, en conjunto, contribuye a asegurar la calidad y continuidad del cuidado que reciben los pacientes y sus familias.

La toma de decisiones éticas

Otro rol de la enfermería es tomar decisiones, haciendo uso de habilidades críticas del pensamiento, teniendo en cuenta los objetivos y las mejores alternativas para el paciente. Estas habilidades de pensamiento críticas incluyen el asesoramiento al paciente, identificando el problema, planificando e implementando las intervenciones, y evaluando los resultados.

Es sabido, que la misión de la profesión de enfermería, es el bien y cuidado del paciente. A fin de cumplir esa misión se debe adquirir un cuerpo de conocimientos y habilidades, un saber específico y técnico, además de cultivar hábitos de vida y actitudes que se adhieren a valores profesionales y humanos que se reflejan en actitudes y comportamientos en la práctica clínica diaria, que es la *Virtus* y que se configura en un *Ethos*. Esto es lo que confiere al profesional de enfermería una responsabilidad ética moral, que se plasma en un código moral interno de enfermería y se llama Código Deontológico de Enfermería.

El Código de ética de la Asociación Americana de Enfermeras

El Código de ética para enfermeras con declaraciones interpretativas de la American Nurses Association es un estándar ético que guía la práctica de enfermería y la toma de decisiones éticas. Afirma

“Se espera que los individuos que se convierten en enfermeras se adhieran a los ideales y normas morales de la profesión y también los abracen como parte de lo que significa ser enfermero. La tradición ética de la enfermería es autorreflexiva, duradera y distintiva. Un código de ética hace explícitas las principales metas, valores y obligaciones de la profesión”. (47)

El Código de Ética para Enfermeras contiene nueve disposiciones. Cada disposición contiene varias declaraciones aclaratorias o “interpretativas”.

A continuación, se presenta un resumen de las nueve disposiciones del Código de Ética para Enfermeras de la ANA

- Disposición 1: La enfermera practica con compasión y respeto por la dignidad inherente, el valor y los atributos únicos de cada persona.
- Disposición 2: El compromiso primario de la enfermera es con el paciente, ya sea un individuo, familia, grupo, comunidad o población.
- Disposición 3: La enfermera promueve, aboga y protege los derechos, la salud y la seguridad del paciente.
- Disposición 4: El enfermero tiene autoridad, responsabilidad y responsabilidad en la práctica de enfermería; toma decisiones; y toma acciones consistentes con la obligación de promover la salud y brindar una atención óptima.
- Disposición 5: El enfermero debe los mismos deberes a sí mismo que a los demás, incluida la responsabilidad de promover la salud y la seguridad, preservar la integridad del carácter y la integridad, mantener

la competencia y continuar el crecimiento personal y profesional.

- Disposición 6: El enfermero, a través del esfuerzo individual y colectivo, establece, mantiene y mejora el ambiente ético del entorno laboral y las condiciones de empleo que propicien una atención de salud segura y de calidad.
- Disposición 7: La enfermera, en todos los roles y entornos, promueve la profesión a través de la investigación y la investigación académica, el desarrollo de estándares profesionales y la generación de políticas tanto de enfermería como de salud.
- Disposición 8: La enfermera colabora con otros profesionales de la salud y el público para proteger los derechos humanos, promover la diplomacia en salud y reducir las disparidades de salud.
- Disposición 9: La profesión de enfermería, colectivamente a través de sus organizaciones profesionales, debe articular valores de enfermería, mantener la integridad de la profesión e integrar principios de justicia social en la política de enfermería y salud.

Principios éticos

Los principios éticos se utilizan para definir el bien de la acción incorrecta. Aunque hay muchos principios éticos que guían la práctica de enfermería, los principios éticos fundamentales incluyen el respeto a la autonomía (autodeterminación), la beneficencia (hacer el bien), la no maleficencia (no hacer daño), la justicia (justicia), la fidelidad (cumplir promesas) y la veracidad (decir la verdad) (47).

1. **Autonomía.** El principio ético de autonomía reconoce el derecho de cada individuo a la autodeterminación y a la toma de decisiones basadas en sus valores, creencias y preferencias únicos. La Asociación Americana de Enfermeras (ANA) define la autonomía como, “la capacidad de determinar las propias acciones a través de la elección independiente, incluida la demostración de competencia”. La principal obligación ética de la enfermera es la autonomía del cliente. Con base en la autonomía, los clientes tienen derecho a rechazar la atención de enfermería y el tratamiento médico.
2. **Beneficencia.** La beneficencia es definida por la ANA como, “el principio bioético de beneficiar a otros mediante la prevención del daño, la eliminación de condiciones dañinas, o actuar afirmativamente para beneficiar a otro u otros, muchas veces yendo más allá de lo que

exige la ley”. Al atender a clientes con trastornos de salud mental, las enfermeras implementan la beneficencia al abogar por un tratamiento basado en evidencia para la salud mental de los clientes.

3. **No maleficencia.** La no maleficencia es definida por la ANA como, “el principio bioético que especifica un deber de no hacer daño y equilibra el daño evitable con los beneficios del bien logrado”.
4. **Justicia.** La justicia es definida por la ANA como, “una obligación moral de actuar sobre la base de la igualdad y la equidad y un estándar vinculado a la equidad para todos en la sociedad”. El principio de justicia requiere que la atención a la salud se brinde de manera justa y equitativa. Las enfermeras brindan atención de calidad a todas las personas con el mismo nivel de equidad a pesar de sus personalidades o características, como su situación económica, creencias culturales, religión, género u orientación sexual. Las enfermeras tienen un contrato social para “brindar atención compasiva que aborde las necesidades de protección, defensa, empoderamiento, optimización de la salud, prevención de enfermedades y lesiones, alivio del sufrimiento, comodidad y bienestar”.
5. **Fidelidad.** La fidelidad de roles se define como ser responsable de brindar atención de enfermería competente.
6. **Veracidad.** Veracidad significa decir la verdad. Un ejemplo de veracidad en el cuidado de la salud es el consentimiento informado.
7. **Papel del cuidado.** Las enfermeras utilizan un enfoque ético centrado en el cliente, basado en la atención y centrado en el cuidado de enfermería que se enfoca en las circunstancias específicas de cada situación. Este enfoque se alinea con los conceptos fundamentales de enfermería del holismo y el cuidado en una relación enfermera-cliente enraizada en la dignidad, el respeto, la amabilidad y la compasión.

Del códigos deontológico o ético

En su mayoría, el código deontológico o ético de enfermería profesa que son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de

salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.

Asimismo, establece que el personal de enfermería tiene cuatro deberes fundamentales y que rigen las normas de su conducta ética:

- Promover la salud
- Prevenir la enfermedad
- Restaurar la salud
- Aliviar el sufrimiento

Estos deberes profesionales se concretan en cuatro áreas principales: a. Enfermera(o) y las personas; b. Enfermera(o) y la práctica; c. Enfermera(o) y la profesión y d. Enfermera(o) y sus compañeros de trabajo.

En consecuencia, desde este código se desprenden una serie de deberes que deben estar en el quehacer del personal de enfermería. Entre ellos:

- Calidad del cuidado y gestión de los recursos en salud.
- Seguridad, que es inseparable de la calidad de atención que realiza el profesional de enfermería y de aquellos que están bajo su supervisión.
- Uso eficiente de los recursos.
- Establecer y aplicar normas de gestión, práctica, investigación y formación en enfermería.
- Procurar que cada paciente reciba los cuidados que su condición requiere.
- Mejorar competencias profesionales y de aquellos que están bajo su supervisión.
- Autoevaluación y evaluación de aquellos que supervisa.

Toma de decisiones

El profesional de enfermería se enfrenta a diferentes dilemas éticos que ponen a prueba los conocimientos y las habilidades, pero también la ética, la moral y la religión, y aunque en la mayoría de las situaciones no toma la decisión, sí es quien la ejecuta. El dilema ético surge y se instaura cuando las vivencias de las situaciones del medio asistencial son sentidas de forma contrapuesta, o al menos distinta, entre el paciente y el equipo asistencial, ya

sea por razones de conocimiento o de formación / información, por el hecho cultural de cada individuo, de creencias o costumbres, etc.

Modelos en la toma ética de decisiones

Es importante señalar que existen y se han implantado modelos que orientan la toma ética de decisiones en enfermería es oportuno, entonces, que el personal de enfermería conozca los diferentes modelos éticos que se han ido configurando a lo largo de la historia del pensamiento y del conocimiento humano, valorándolos como diversas posibilidades de contemplar la realidad existente e intentar aportar soluciones a los dilemas del ser humano. Esto ayudará a interpretar las situaciones desde diversas perspectivas.

“Un modelo para la toma ética de decisiones es un conjunto sistemático de principios que motivan y guían las acciones éticas. Dichos principios, a su vez, sirven para justificar y explicar las acciones”. (47)

Las acciones éticas pueden ser entendidas en dos vertientes: las que alguien lleva a cabo persiguiendo objetivos vitales que son las que inspiran el estudio de la ética. La otra vertiente son las acciones que tienen que ver con los derechos de los demás.

Las acciones éticas que llevan a cabo las enfermeras en la actividad profesional tienen siempre un aspecto ético relacionado con el cuidado. Los elementos del cuidado están formados por los valores acordados en la relación enfermera paciente.

Los modelos en la toma de decisiones éticas invitan a tomar en consideración el mayor número de opciones posibles y evaluar las consecuencias, siempre antes de la elección.

Todos los modelos interrelacionan entre sí en sus diferentes etapas, teniendo como base el método científico. En cada una de las etapas, con independencia del modelo, se lleva a cabo con una habilidad concreta, pero es el conjunto de habilidades el que conforma el proceso de toma de decisiones. El método científico conocido consta de cuatro etapas: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

2.2. Rol del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario

En el ámbito hospitalario, el profesional de enfermería es el responsable del cuidado de la persona, su familia y la comunidad, este no se refiere solamente a suplir las necesidades de ellos sino también involucrar

el dominio sobre las situaciones administrativas y asistenciales del servicio que dirige.

Dentro de las actividades asistenciales, se destacan la valoración física, remisión y control, de síntomas, admisión de pacientes al servicio, administración de tratamientos, orientación a los familiares acerca de la salud de los pacientes, cuidados relacionados con la higiene y alimentación, preparación del paciente para intervenciones, actualización de historias clínicas, revisión de ordenes médicas, vigilancia, epidemiológica, acciones de rehabilitación, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, todas estas actividades requieren de conocimientos científicos y de habilidad práctica para garantizar un buen procedimiento y de acuerdo a los protocolos institucionales, algunos son de carácter único del profesional de enfermería.

Adicionalmente, se encuentra la dirección de servicios de enfermería y de unidades médicas donde se cuenta con profesionales interdisciplinarios. Para el desarrollo asertivo del rol, el profesional debe poseer distintas capacidades en las que se resaltan: la autonomía, el liderazgo, la toma de decisiones, etc.

2.3. Rol del profesional de enfermería en el ámbito comunitario o territorial

En el ámbito comunitario, se busca aplicar los conocimientos en salud pública y las habilidades prácticas de enfermería como estrategias en la comunidad con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población.

En este ámbito, los profesionales de enfermería tienen campos que pueden aprovechar u abordar, en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como por ejemplo, contribuir a que los individuos, la familia y la comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado, o desarrollar estrategias de atención en salud al llegar a un determinado territorio y ofrecer la atención en un sitio conocido y familiar, tal como la casa, la escuela o el lugar de trabajo. Para ello, es necesario que el profesional fortalezca el desarrollo de sus competencias en el quehacer, tales como: liderazgo, autonomía y la utilización de las estrategias de información para acoger estos espacios.

2.4. Rol de profesional de enfermería, una mirada desde la docencia y la investigación

Para Aguayo y otros (48), los desafíos de la profesión de enfermería plantean la necesidad de continuar un proceso formativo sustentado en la idoneidad, excelencia y calidad, que permitan al profesional situarse y recuperar la

autonomía y liderazgo dentro de las disciplinas que brindan el cuidado para la salud. Este proceso obliga a crear modelos y teorías propias que fortalezcan el posicionamiento de la profesión, y desarrollar investigaciones que incrementen el saber del propio campo disciplinar. De este modo, la enfermería para alcanzar o mejorar el estatus social debe seguir ofreciendo conocimiento sobre el objeto de estudio, bases científicas que la sustenten, teorías y modelos que integren las bases del conocimiento, y un número considerable de investigaciones del fenómeno de estudio realizadas por los miembros de la comunidad.

En conclusión, la enfermería es una disciplina compleja del área de salud, con un gran impacto social que, de manera constante, aumenta sus funciones para satisfacer las necesidades que impone el cuidado de la salud. A la vez, es una ciencia, la cual cuenta con principios propios, pero por su carácter de profesión vinculante se debe nutrir de los conocimientos alcanzados por las ciencias médicas, a su vez sustentadas por avances en biología, sociología y psicología. Se caracteriza por poseer una sólida formación teórica y práctica lo cual le permite un desempeño altamente calificado en sus funciones asistenciales, docente, gestora e investigadora. La enfermería, hoy en día, se integra activamente y coordina las tareas del equipo de salud, desde su calificación técnica, su capacidad reflexiva, así como una forma de relación personalizada, sustentada por la reflexión, la metodología y un humanismo integral. Por su formación en la ética, en el servicio a los demás, en la solidaridad y el sentido de justicia, será capaz de propiciar aquellos cambios que la sociedad requiera en el campo de la salud.

Los desafíos de la gestión del cuidado de los
profesionales de enfermería

Capítulo

III

*La Enfermería en el Rol de
Gestora de los Cuidados*



3.1. Cuidar /cuidado

El núcleo de estudio, por ser la esencia de la profesión de enfermería, lo constituye el cuidado, entonces es preciso preguntar qué es el cuidado. Sin embargo, existen muchos autores que reconocen que aún hoy en día el objeto de estudio de la enfermería no está claro.

La Real Academia de la Lengua Española (49) refiere que el concepto cuidado proviene del latín “*cogitatus*”, que significa “pensamiento”; y lo define como “solicitud y atención para hacer bien algo”. La acción de cuidar proviene de “*coidar*”, y este del latín “*cogitāre*”, pensar, que significa “poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, asistir, guardar y conservar”.

Los antecedentes del cuidado ya se remontaban a la mitología romana, según Colliere (50) destacando que el “cuidado” es quien crea al ser humano y lo protege. De esto se deriva que la “acción de cuidar” es, entonces, algo propio de la persona y revela su íntima constitución. En los comienzos de la enfermería profesional, Florence Nightingale citada por Colliere (50), define cuidar como “el arte y la ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”.

Desde el punto de vista semántico, el término “cuidado” tiene múltiples acepciones; para el caso de enfermería se puede asumir como una relación interpersonal que tiene como objeto brindar acompañamiento y contribuir al mejoramiento de la salud y bienestar de las personas o colectivos, ya sean sanos o enfermos; dicha relación se da dentro de un contexto y enmarcado por los valores, creencias, intereses y expectativas de la persona que cuida y el ser cuidado; la primera cumple un papel activo, pues desarrolla acciones acompañadas de comportamientos de cuidar; y el segundo tiene un papel pasivo en función de su situación, puede tornarse dependiente temporalmente y después puede contribuir a su cuidado. La persona que cuida debe tener conocimiento científico, habilidades, pensamiento crítico, intuición, creatividad; acompañadas de comportamientos y actitudes de cuidado en el sentido de promover, mantener, restaurar o recuperar su dignidad y totalidad humanas (52).

Cuidar empieza por uno mismo y está íntimamente relacionado con su propia experiencia, con los cuidados y con la cultura en la que se nace y en la que se vive. Cuidar se experimenta desde pequeño con el contacto de la madre o alguien que cuida, se crece en un medio donde se cuida de una cierta manera y también se estudia o se trabaja en un ambiente en el que se

pone esmero y se desarrolla el cuidado. (Watson, 1985 citado por Poblete y Valenzuela, (51).

Mediante el estudio de la historia se observa que el concepto paradigmático en el que se fundamenta la práctica enfermera es el cuidado. Por tanto, su objeto de estudio será cómo aplicar los cuidados de enfermería de la forma más adecuada y eficiente posible (52).

Por tanto, “cuidar” es un acto de vida que significa una variedad y permite la continuidad y la reproducción; es un acto recíproco que supone dar a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene necesidad de ayuda para asumir sus cuidados de vida; por tanto, cuidar es una actividad sencilla y habitual en el ser humano, responde a la aspiración esencial de cubrir necesidades fundamentales. El cuidado es la esencia de enfermería, constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor, y existencia, y ayudar a otros a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación.

En tal sentido, la enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función, es por esto que hoy en día su historia puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado. El mismo que es complejo: ha evolucionado desde lo intuitivo a lo científico, es multidimensional y tiene múltiples significados que van desde los valores que la sustentan (lo ético), a las características que la definen como un fenómeno esencial de la profesión (lo ontológico), la que presenta variaciones según el contexto y la forma en que se conoce, es decir, la evidencia científica, experiencias y vivencias profesionales (lo epistemológico).

Asimismo, se describen ocho componentes del cuidado que no deben de faltar, pues es necesario que quien brinda los cuidados, los conozca y los aplique para que realmente la persona a su cuidado se sienta satisfecha. Por eso para cuidar de alguien, se deben de conocer muchas cosas, se necesita conocer; por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus capacidades y sus limitaciones, cuáles son sus necesidades y lo que conduce a su crecimiento, por eso es preciso responder a sus necesidades. También no se puede cuidar por hábito, se debe ser capaz de aprender a partir del pasado (54).

Entonces, la paciencia es un componente importante del cuidado; dejar crecer al otro en su propio tiempo, porque la paciencia incluye la tolerancia lo cual esto expresa respeto por el crecimiento del otro. Porque al cuidar del otro

se debe ver a este, cómo es él y no cómo debería ser; si se va ayudar al otro a crecer, se debe corresponder a sus necesidades de cambio y además uno debe interiorizar y ver si se es sincero al cuidar: que no lo hace por conveniencia, sino por la sinceridad. Porque el cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera, se confía en que, si yerra, aprenderá de sus errores.

Confiar en el otro es dejarle en libertad, esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, porque el hombre que cuida es sinceramente humilde, cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo y, sobre todo, aquello que el cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado. La humildad también está presente al tomar conciencia de que el cuidado específico no es de forma alguna, privilegiado. Entre este componente existe la esperanza de que el otro crezca a través del cuidado, esto no debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas, tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades. Por ese confiar en el crecimiento de otro y en la capacidad de cuidar da coraje para lanzarse a lo desconocido, pero también es verdad que sin el coraje de lanzarse a lo desconocido tal confianza sería imposible. Es claro que cuanto mayor sea la sensación de lanzarse a lo desconocido, mayor será el coraje exigido para cuidar. De tal manera, el cuidado está al servicio de la humanidad basada en la observación y experiencia, que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o perseverar la salud de todas las personas (54).

El cuidado es considerado como una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas; una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Entonces brindar cuidado significa ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependen de otros por sus condiciones o estado de salud (53).

El cuidado es inherente al ser humano, hablar de él implica relacionarlo a una persona que cuida de otra persona, familia o comunidad, caracterizándose por darse a través de un proceso interactivo y contextual. El cuidar significa responder a la necesidad de cuidado (de una persona, objeto, etc.) aquí y ahora e involucra cambios en el sentido evolutivo. El ser que cuida debe estar atento a sus acciones, comportamientos y actitudes, buscando perfeccionarlas y eso, en consecuencia, la mayoría de las veces involucra cambios.

Por otro lado, el ser que es cuidado también se transforma en el sentido de crecimiento, evolucionando como ser (53).

Cabe resaltar, que Waldow buscó la visión histórica de la evolución humana y del cuidado que expresa dos formas, una como modo de sobrevivir, común a todas las especies; y otra como interés, preocupación, la cual ocurre solo entre los humanos, manifestado en su capacidad de usar el lenguaje. El cuidado de enfermería como toda actividad humana tiene una dimensión ética y moral que se fundamenta en principios y valores; analiza las situaciones para decidir lo que está bien, lo correcto, lo justo, lo equitativo, potenciando la libertad, la autonomía, y el respeto a la dignidad humana de la persona que se cuida. (53).

Cuidar en enfermería significa un reconocimiento propio de cada persona, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de sus conocimientos requiere su manifestación como persona auténtica, única, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. La enfermera cuida con actitud de compromiso, en interacción recíproca, responsablemente, con crecimiento mutuo; con la finalidad de responder al llamado de cuidado de las personas; fomentar la autonomía, dignificar al ser humano y para ello debe tener conocimiento, compromiso, ética, intuición y auto aceptación (53).

Basándose en los conceptos presentados se puede conceptualizar el cuidado en enfermería como un conjunto de intervenciones o acciones individualizadas que desarrolla el personal de enfermería en la atención y cuidado que brinda al usuario o cliente, para lo cual aplica sus conocimientos, y asume actitudes, aptitudes y motivaciones basadas en la integralidad, principios, valores, ciertos atributos o virtudes que favorecen la relación interpersonal y dominio del conocimiento técnico-científico, orientado a comprender a la persona en el contexto en el que se desenvuelve, haciendo énfasis en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento oportuno y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad.

El cuidado adicional a la relación persona-persona (cuidado directo) también se desarrolla frente a cualquier actividad administrativa o gerenciamiento y adquiere papel fundamental para el desarrollo de todo el equipo. En ese contexto el cuidado pasa a ser una dimensión importante para la gestión de la enfermera.

Según Morfi Samper (54), la gestión del cuidado de enfermería se define como "la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización,

motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución”, por supuesto dentro de un marco ético profesional.

En tanto, Kérouac y otros (8) la definen como un “proceso creativo dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que en interacción con su entorno, vive experiencias de salud”.

Meleis (55) aporta a esa definición por la idea que la gestión de los cuidados enfermeros se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería, es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería. (8).

Lo anterior permite conocer que al planear y brindar cuidado acorde a las necesidades de la persona se debe generar bienestar, confort por medio de un proceso dinámico de toma de decisiones asertivas para dar respuesta oportuna a la demanda de cuidado. En ese caso el rol de la enfermera gestora consiste, entonces, en apoyar no solo a la persona que vive una experiencia de salud, sino también al personal cuidador comprometido en los procesos de cambio y de cuidados centrados en las experiencias de salud de la persona-cuidada. La gestión de cuidado va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica enfermera, a través de la acción del personal cuidador. Esta gestión se ejerce según un proceso heurístico, proceso que recurre a la creatividad, a la exploración y a la transformación.

Cabe señalar que la gestión o atención del cuidado incluye también la creación o elaboración de instrumentos para la recolección de datos de manera sistemática, sobre su experiencia en salud y su entorno (individual, familiar, comunitario). Incluye el análisis reflexivo de los datos y su elaboración junto con la persona y la familia de los objetivos de salud. La enfermera debe realizar el diagnóstico de enfermería que resuma la respuesta de la persona a su experiencia en salud y la causa de esta respuesta. La planificación de las intervenciones requiere de la ciencia y el arte de enfermería, que pueden variar, según la concepción de la disciplina, pero que son generalmente guiadas por los principios inherentes al cuidado.

Por otra parte, aún existe el vacío conceptual de los modelos de gestión del cuidado, Zarate (56) propone estrategias que permitan dar respuesta a las demandas sociales y a mejorar la calidad del sistema de salud. Para esto

plantea la importancia de implementar los planes de cuidado relacionados con los diagnósticos y los grupos relacionados, teniendo en cuenta la prevención de riesgos y los estándares de cuidado que puedan ser utilizados a nivel comunitario y hospitalario. De igual forma, plantea la necesidad de una enfermería modular, en donde se establezca el espacio para que la enfermera esté cerca del paciente y participe dentro del proceso de cuidado de una manera interdisciplinaria; en donde actúe como líder del equipo y coordine las acciones de todos los integrantes basándose en las necesidades de los pacientes, así como organizar los recursos del entorno para asegurar el cuidado. Dichas intervenciones se deben centrar en las necesidades de cuidado de las personas, lo cual determinaría la cantidad y calidad del personal que brinde el cuidado.

Por tanto, la gestión del cuidado constituye un conjunto de competencias técnicas e instrumentales encaminadas a dirigir, gestionar y desarrollar la práctica de la enfermera dentro de la estructura de salud de la organización, en las que se demuestra distintos grados de responsabilidad en los profesionales enfermeros directivos o coordinadores o gestores y asistenciales. Para las enfermeras coordinadoras gestionar el cuidado se centra en la organización de los procesos, protocolos, manuales y guías que permitan un direccionamiento acorde a las demandas en el cuidado de los pacientes. Para las enfermeras asistenciales la gestión del cuidado se centra en facilitar los procesos al paciente, a la familia para el cuidado en casa, brindando la educación respectiva. Siendo así, ambos grupos realizan intervenciones desde su nivel de gestión para promover el mantenimiento de la persona.

La gestión del cuidado enfatiza Waldow (53) que las enfermeras gestoras, coordinadoras o administradoras tienen la responsabilidad de favorecer un ambiente organizacional, que constituye el “ambiente decuidado”, para lo cual es conveniente recordar que en relación al medio ambiente, son cuatro aspectos los considerados: el medio ambiente físico, el administrativo, lo social y lo tecnológico.

- Ambiente físico y el administrativo, son considerados como componentes estructurales; el social se le considera como ambiente afectivo que responde al valor del cuidado y el tecnológico que responde al área de prevención, diagnóstico y tratamiento desde el punto de vista del cuidado.
- El ambiente físico, se refiere a la estructura física donde se brinda el cuidado, la cual debe reunir ciertas condiciones que permitan brindar

un buen cuidado, es decir, que tenga instalaciones adecuadas, equipos y materiales suficientes que garanticen la calidad del cuidado.

- Ambiente administrativo, se refiere a la dirección de los servicios de salud, a todas sus áreas de servicios y equipos, a las personas que laboran en su institución, las cuales deben estar motivadas y concientizadas para valorar el cuidado. Gestiona la provisión de material y personal suficiente en todos los niveles. Favorece la capacitación y actualización técnico-científica del personal, con su respectiva evaluación. La gestora debe estar atenta a sus necesidades; independientemente de la categoría funcional que tengan, debe brindar los recursos y las facilidades para que logren su bienestar.
- Ambiente social, se considera la valoración del cuidado en todos los servicios departamentos de la institución, la cual se refleja a través de actitudes, buena voluntad, paciencia, buen humor, buen trato y, sobre todo, en el respeto hacia la persona cuidada. Todo esto permite un buen funcionamiento armónico entre la persona que cuida y la que recibe el cuidado.
- Ambiente tecnológico, trata de todas las actividades relacionadas al cuidado del paciente desde el punto de vista de la comunicación e información en la prevención, diagnóstico y tratamiento, así como también el procesamiento de datos, investigaciones, entre otras. Considera que estos componentes están bastante relacionados, y que desempeñan un papel fundamental para que el proceso de cuidar se realice de manera satisfactoria y sugiere que estas variables de cuidado sean enfatizadas por las docentes de enfermería, ya que son responsables, en cierta medida, de la socialización del cuidado profesional desempeñado por los alumnos en el futuro.

A pesar de un entorno complejo, la enfermera debe ofrecer un cuidado humanizado, dar prioridad a la persona antes que, a las rutinas de la organización del trabajo, si es necesario modifica el entorno para asegurar un cuidado de calidad y libre de riesgos. Una enfermera que conoce bien a la persona y su contexto de vida puede facilitar las interacciones y decisiones conjuntas con los otros profesionales de la salud y de los servicios con que se cuenta (53).

Con frecuencia se reconoce que el papel principal de un jefe, gerente o gestor en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficaz-

mente con los objetivos de la institución. La enfermera que realiza el papel de gestora debe guiar sus actividades a partir de los valores, actitudes y conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política. Las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarias para la práctica administrativa del cuidado de enfermería. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejora del cuidado (53).

Es importante destacar que el rol de la enfermera gestora y su contribución, es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera, las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos, ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y dentro de este buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

La gestión centrada en el cuidado no solo valora el proceso de cuidar entre el equipo de salud, pacientes y familiares, sino con todos los demás miembros de la institución. La enfermera, como líder de grupo constituye un elemento integrador entre los miembros, tiene autoridad y está siempre atenta a sus necesidades, fortalece las relaciones entre ellos y favorece un ambiente de cuidado donde todos tienen la oportunidad de crecer, de actualizarse y de realizarse y como consecuencia se sienten satisfechos, en confianza y con gusto de trabajar, además favorece el crecimiento de colegas quienes también cuidan de su líder. La colaboración intradisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados y es algo que las enfermeras poco realizamos (53).

Basándose en lo anterior, se menciona que debe existir una comunicación fluida entre el equipo de salud, así las enfermeras con mayor experiencia compartirán con el personal nuevo o personal no capacitado el conocimiento y, de esa manera, reforzarán el potencial y la competencia del grupo, esto contribuirá a una práctica colaborativa de calidad. El punto de inicio de esta colaboración es reconocernos nosotras mismas como expertas y enriquecer de manera constante nuestros conocimientos y habilidades. A veces nos enfrentamos a situaciones complejas del cuidado y no encontramos respuesta a un problema, entonces es necesario que las enfermeras de servicio compartamos estos problemas y trabajemos en colaboración con las educadoras y las investigadoras de la disciplina, a fin de que en conjunto demos solución a las situaciones de cuidado individual o familiar que se presenten.

Desde esta perspectiva del entorno, la gestión del cuidado requiere de la enfermera, del ejercicio del liderazgo y la motivación, dos procesos esenciales para garantizar un cuidado de calidad. El liderazgo permite influir en la acción de las personas responsables del cuidado en relación a su compromiso personal y de respeto a las personas; así, la enfermera gestora puede transmitir los valores del cuidado y asumir actitudes de apoyo para con el personal responsable del mismo y reducir los factores que obstaculizan un cuidado de calidad. (53).

Así también es responsable de realizar acciones que motiven al personal; la motivación se puede medir por el grado de autonomía que las enfermeras adquieren y su nivel de responsabilidad en el cuidado. Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona (53).

Por lo tanto, la dirección de los cuidados está llamada a estimular y apoyar la implantación de una concepción de la disciplina enfermera para la práctica enfermera. Es importante señalar que la gestión de los cuidados debe estimular la creación de modelos de cuidado, basados en la concepción de la disciplina de enfermería, el uso de un lenguaje común, de símbolos y de conceptos comunes en la práctica clínica que refuercen el potencial, el compromiso y la identidad profesional de la enfermería, pero, sobre todo, la calidad del cuidado que se otorga a los usuarios y su familia.

Tomando en cuenta lo manifestado por Oliveira (57) la gestión del cuidado se da de acuerdo a las necesidades de cada persona, en diferentes momentos de su vida, en busca de su bienestar, seguridad y autonomía, para seguir con una vida productiva y feliz; esta gestión del cuidado comprende seis dimensiones: individual, familiar, profesional, organizacional, sistémica y societaria o corporativa.

- La dimensión individual se refiere a que la persona cuida de sí misma, en el sentido de que cada uno de nosotros puede o tiene el poder de producir una forma única de “vivir la vida”.
- La dimensión familiar es aquella que tiene como actores privilegiados: los familiares, amigos y vecinos, quienes a veces cumplen el papel de cuidadores e incluso los lleva a relaciones conflictivas, por la sobrecarga familiar y/o laboral.
- La dimensión profesional de la gestión del cuidado es la que se produce en el encuentro entre los profesionales y los usuarios. Esta dimensión se rige por tres elementos principales:

1. La competencia técnica del profesional, es decir, la capacidad que tiene por su experiencia y formación para dar respuestas a problemas de salud que presentan los pacientes o usuarios;
 2. La postura ética del profesional, que se refiere a la forma que tiene para satisfacer de la mejor manera posible, las necesidades de los usuarios
 3. La capacidad que tiene el profesional para interrelacionarse o crear vínculos con los usuarios que requieren de sus cuidados.
- La dimensión organizacional es la que se lleva a cabo en los servicios de salud, marcada por la división técnica y social del trabajo y pone de relieve nuevos elementos como: trabajo en equipo, actividades de coordinación y comunicación, además de la función de gestión propiamente dicha.
 - La dimensión sistémica de la gestión del cuidado es aquella que trata de construir conexiones formales regulares y reglamentadas entre los servicios de salud, con la perspectiva de construcción de la integridad del cuidado. Considera el conjunto de servicios de salud con sus diferentes grados de avance tecnológico y flujo gramas que se establecen entre ellas, determinándose protocolos pensados en la perspectiva de garantizar el cuidado al usuario. Estas redes complejas operan en procesos de referencia y contra referencia, propiciando círculos concéntricos dentro de un articulado sistema de salud bajo en enfoque de las políticas que lideran el cuidado.
 - La dimensión societaria o corporativa se refiere a que, en cada sociedad, se producen políticas públicas y de salud, en particular, y cómo el Estado formula e implementa estrategias para garantía de sus trabajadores. Es la dimensión más amplia de la gestión del cuidado, en la que se aprecia cómo cada sociedad produce ciudadanía, derecho a la vida y acceso a toda forma de consumo que contribuya a una mejor vida.

Considerando lo antes expuesto sobre el concepto gestión del cuidado, se puede definir como aquel proceso que se desarrolla en el diario que hacer, en la profesión de enfermería responsable de las funciones de planificar, organizar e implementar acciones seguras, humanísticas y con enfoque social; y asegurar los recursos necesarios para brindar la atención a las personas de acuerdo a sus necesidades, pero también en la interacción con la persona afectada en su salud pone la creatividad y la experiencia adquirida; comple-

mentando sus conocimientos a aplicar en la atención directa que brinde al cliente.

Cabe destacar que la enfermera/o gestor tiene el compromiso de cumplir eficientemente la gestión de cuidado, para ello debe generar un clima de trabajo favorable y participativo, debe hacer participar al personal en las decisiones, pedir la opinión del grupo, ser receptiva ante las demandas del personal, reconocer el trabajo, compartir la información, favorecer la creatividad, promover el espíritu de equipo, fomentar la autonomía y la capacitación de todos los miembros del grupo de cuidados. La motivación del personal responsable del cuidado es esencial a fin de lograr un entorno propicio para el cuidado.

Un personal de enfermería satisfecho y estimulado por su trabajo será capaz de comprometerse en mejorar la calidad de los procesos de cuidado dirigidos a favorecer el confort, la comunicación, la curación y a promover la salud de las personas que cuida. La enfermería que cumple su función gerencial tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados enfermeros, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería.

Desde este enfoque, se puede decir que la calidad de los procesos de cuidado, depende mucho de cuán identificada y comprometida esté la enfermera con su trabajo, tanto en el aspecto asistencial como en el gerencial, teniendo la responsabilidad de crear una cultura organizacional, en donde los integrantes de la institución se vean motivados e implementen un modelo de atención de calidad a la persona, familia y comunidad, en este caso a la persona con tuberculosis, a quien muchas veces se les discrimina por la enfermedad que tiene, no respetándose sus derechos como persona.

3.2. Cuidado de enfermería / Teorías y la práctica de enfermería orientada al cuidado

La enfermería tiene como fundamento una teoría que guía su práctica. El personal de enfermería emplea las fuerzas de esa teoría en sus actividades asistenciales de manera diaria, aunque quizás no lo reconozca como tal. La práctica científica de la enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de enfermería. Muchos teóricos han fundamentado el quehacer de enfermería en el cuidado, como Dorotea Orem y su teoría de déficit de autocuidado, Jean

Watson y su teoría Filosofía y Ciencia del Cuidado Transpersonal, Madeleine Leininger y su teoría Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y universalidad y Kristen Swanson que propone la Teoría de los Cuidados. En este apartado se va a abordar los elementos básicos de las teorías de Dorothea Orem (compuesta de otras tres relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería) y la Jean Watson que sustentan el cuidado.

Teoría de déficit de autocuidado

Prado y otros (58) exponen que el modelo de Dorothea Elizabeth Orem consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado (debidos a la desviación de salud).

Dorothea Elizabeth Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería (59). Además, define el objetivo de la enfermería como: ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionen su situación, al coincidir con la finalidad de la promoción de la salud. (60).

La teorista considera que un desafío importante en la sociedad actual es conseguir que las personas vivan más años y los vivan lo mejor posible. En este sentido, un constructo que se ha mostrado ser relevante en la literatura especializada ha sido el autocuidado, en relación con la salud física, psicológica y social.

a. Metaparadigma de enfermería según Dorothea Elizabeth Orem

Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta. (61).

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Representa la estructura más abstracta y global de la ciencia enfermera(o). Integra las definiciones conceptuales de persona, entorno, salud y enfermería. El metaparadigma sirve para dotar a la profesión de un significado concreto y exclusivo. (62)

Fernández y otros (63) plantean que Dorotea Elizabeth Orem definió los siguientes conceptos metaparadigmáticos:

- **Persona:** concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.
- **Salud:** la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.
- **Enfermería:** servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.
- **Entorno:** aunque no lo define como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

La importancia de que los enfermeros conozcan estos conceptos, estriba en que les permite definir los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Así mismo, se coincide con las definiciones elaboradas por Dorothea Elizabeth Orem, pues la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

b. Modelos de suplencia o ayuda de Dorothea Elizabeth Orem.

El rol de enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, fomentando ambas el autocuidado por parte de la persona. (64).

González y otros (65) plantean que para la autora el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades benéficas para sí y para los demás.

La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados.

El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.

La teoría del autocuidado

Dandicourt (66) considera que el autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Mastrapa y Gibert (67) exponen que Dorothea Elizabeth Orem estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

Moreno (68) indica que la teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorothea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos.

Requisito de autocuidado:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo.
3. Requisito de autocuidado en desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado en desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.

Para Rodríguez y otros (69) los factores condicionantes básicos son los factores internos o externos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado.

Dorothea Elizabeth Orem, identifica 10 variables agrupadas dentro de los condicionantes básicos: 1. Edad; 2. Sexo; 3. Estado de desarrollo; 4. Estado de salud; 5. Orientación sociocultural; 6. Factores del sistema de cuidados de salud; 7. Factores del sistema familiar; 8. Patrón de vida; 9. Factores ambientales y 10. Disponibilidad y adecuación de los recursos.

El eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

De lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud.

Los referentes teóricos sistematizados llevaron a plantear la definición de autocuidado que debe estar coordinado por el personal de enfermería a través del plan de cuidados individualmente orientado (personalizado), basado en el conocimiento y juicio clínico, donde el personal de Enfermería organiza, coordina e implementa cuidados, donde se deben incluir, acciones independientes, dependientes o colaborativas, para obtener mejoría y la búsqueda de la adaptación intencional a la situación de cronicidad del padecimiento, con el conocimiento de las condiciones ambientales y de acciones deliberadas, pueden ser el reconocimiento de las barreras que interfieren en las acciones de autocuidado.

La teoría de Dorothea Elizabeth Orem, es una de la más estudiadas y validadas en la práctica de enfermería, por la amplia visión de la asistencia de

salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

La autora coincide con Marcos y Tizón (70) que no todos los profesionales de enfermería abordan con claridad la importancia del autocuidado cuando se argumenta que, para cuidar del otro, antes es necesario cuidar de sí mismo, pues el cuidado solo ocurre con la transmisión de los sentimientos y potencialidades personales a la otra persona.

La teoría del déficit de autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de cuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto. (71)

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, al incluir las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería. (72).

Dorothea Elizabeth Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún en desarrollo, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita.

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia

personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obtiene datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras.

Las acciones de autocuidado interna y externa orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las cuatro acciones de autocuidado orientadas externamente son:

1. Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
2. Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones expresivas interpersonales.
4. Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

1. Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
2. Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo.

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

1. Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.
2. Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.

3. Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas.

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan de forma cultural la vida del grupo al que pertenece el individuo.

Dorothea Elizabeth Orem, expone, en que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes.

Ésta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado. Pero también se debe valorar aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda.

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del sistema de enfermería, que puede ser: compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un sistema de enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

La teoría de los sistemas de enfermería.

Pérez y otros (73) consideran que Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que lo constituyen son:

1. La enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluidos, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.

1. Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar de forma clara bien establecidas.
2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
3. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
4. Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea Elizabeth Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

1. Sistema compensador: es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
2. Sistema parcialmente compensador: este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.
3. Sistema de apoyo educativo: este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero en la actualidad necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado.

Los sistemas de enfermería pueden estar preparados para personas individuales, para personas dentro de una unidad de cuidados dependientes, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autoguiado terapéutico con componentes semejantes o presentan limitaciones similares que les impiden comprometerse en un autocuidado o cuidado dependiente o para familias y otras unidades multipersonales.

La población que padece enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad entre otras, requieren de cambios en el estilo de vida para disminuir las complicaciones. Esto sería posible si la enfermera, a través del conocimiento, implementa programas y estrategias retomando los sistemas de enfermería, sobre todo el de apoyo educativo para hacer frente al reto de las disciplinas ante los cambios del presente siglo.

Jean Watson y su teoría “Filosofía y Ciencia del Cuidado Transpersonal”

La teoría de Jean Watson pertenece a la Escuela del Caring (cuidado). Las teóricas de esta escuela creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.

Tomando partido por el criterio que la teoría de Jean Watson se centra en el cuidado e intenta responder ¿cómo las enfermeras hacen lo que hacen?, J. Watson se orienta hacia lo existencial, fenomenológico y espiritual, se inspira en la Metafísica, las Humanidades, el Arte y la Antropología.

Según Martha y otros (74), los aspectos centrales de la teoría de Watson, son:

a. Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría

Watson se apoya en gran medida de las ciencias y las humanidades, afirma “la ciencia humana es una teoría porque me ayuda a ver mejor (claramente)”. Además, cita filosofía y teóricas de la enfermería como Nightingale, Henderson, Leininger entre otras. Describe una estrecha conexión con Nightingalen, con su profundo sentido de compromiso y una ética pactada de servicio humano.

Watson afirma que en sus primeros trabajos fue influenciada por puntos de vista orientales y occidentales y por filósofos como Carl Rogers, Maslow, Heidegger y otros. Atribuye su enfoque en las cualidades interpersonales y transpersonales a Carl Rogers, con su visión de que las enfermeras no están para manipular y controlar a los demás, sino para entender.

También Watson explica que para la construcción de su teoría se basó en experiencias empíricas, de sus propios valores, creencias y percepciones sobre personalidad, vida salud y curación, combinándolas con su fase filosófica, intelectual y experimental.

Y para desarrollar los factores de cuidado se basó en “caritas” una palabra del latín que significa “valorar, apreciar y prestar atención afectuosa”.

b. Pruebas empíricas

Watson otorga más importancia a las metodologías que parten de fenómenos enfermos más que de las ciencias naturales, sin embargo, en sus últimos trabajos ha ido incorporando su idea de que existe una relación sagrada entre la humanidad y el universo.

c. **La teoría del cuidado humano**

Jean Watson, plantea que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la física, social, emocional- psicológica y la espiritual. Watson (75), desde la Teoría del cuidado humano plantea un verdadero reto para la enfermera. Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas basándose en conceptos como el desarrollo de la relación transpersonal.

Watson concibe a la enfermería como la disciplina que brinda cuidado tanto en el mantenimiento o recuperación de la salud como en el de finalización de la vida, apoya la idea que los pacientes requieren de cuidados holísticos que promuevan el humanismo y la calidad de vida y ve en el cuidado un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal.

Sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado de las personas, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, ella sostiene que se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Para Jean Watson, la práctica de la enfermería se aposenta en diez factores de cuidados que ayudan a las personas en sus reacciones y respuestas frente a una situación o problema de salud y que desarrollan Raile y otros (74). Estos factores curativos de la ciencia del cuidado, son:

1. **Formación de un sistema humanístico – altruista de valores:** este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero

paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.

2. **Inculcación de la fe, esperanza:** Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
3. **Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás:** el reconocimiento de los sentimientos lleva a auto actualización a través de auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
4. **Desarrollo de una relación de ayuda-confianza:** el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.
5. **Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos:** el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
6. **Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones:** el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.
7. **Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal:** este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñado para permitir que los pacientes realicen el auto cuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

8. **Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual:** las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.
9. **Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas:** la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intra-personales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.
10. **Permisión de fuerzas existenciales, fenomenológicas:** la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y ha de facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud.

Se identifica, además, que en los tres primeros factores del cuidado está la base “filosófica” de esta teoría, en la que considera a la persona como “un ser en el mundo”, la misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta.

Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

- **Premisa 1.** El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al en-

torno. La oportunidad que han tenido enfermeras (os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

- **Premisa 2.** La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.
- **Premisa 3.** El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Para Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Con estos supuestos y factores, Watson, elaboró su teoría y definió los conceptos meta paradigmáticos de la siguiente manera:

- **Salud:** tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- **Persona:** reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente. Watson conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal entre dos personas, con dimensión transpersonal entre la persona que cuida y la persona cuidada, de allí que los profesionales de enfermería al interactuar con la persona que se encuentra enferma, deben priorizar en sus acciones los valores, respetando sus sentimientos y comprometiéndose con el bienestar de quien recibe el cuidado. Con eso pueden establecer una relación

más auténtica, siendo con la otra persona, buscando nuevos significados a partir de lo que es vivenciado por la persona que se encuentra enferma, esto es que la interrelación sea de persona a persona, teniendo en cuenta sus dimensiones física, cognitiva o intelectual, emotiva, social y espiritual, o sea, holística.

- **Entorno:** espacio de la curación, Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado). Al ser considerado, el cuidado, como intersubjetivo responde a procesos de salud y enfermedad, interaccionando personas con el medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación.
- **Enfermería:** Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales, esto se sustenta en lo que dice Watson (75) “la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética.

Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto-curación.

Esta teoría ofrece los fundamentos para el ejercicio del propio rol de enfermería, plantea cuestiones sobre la naturaleza de los saberes fundamentales y los conceptos que deberían ser la matriz para poder ofrecer cuidados enfermeros profesionales e invita a aproximarse a los cuidados con una visión centrada en la salud en la cual la dimensión biológica, psicológica, social, cultural y el entorno de la persona es tomada en cuenta en sus interacciones. En definitiva, las prácticas profesionales permiten ofrecer cuidados globales a la población y nos invita a centrarnos en las respuestas y reacciones específicas de la persona cuando ésta es confrontada a un problema de salud o a una crisis de desarrollo y a ofrecer estrategias únicas e individualizadas a las situaciones de estrés.

Según ella esto no se puede hacer desde las normas universales ni desde los principios generales. Esta autora publica la conocida “Teoría del Cuidado Transpersonal”, donde aboga por una ética enfermera basada en el cuidado y no en normas generales o universales, y contextualiza la realidad en las situaciones vividas por las personas en el momento del cuidado. Momento del cuidado es uno de los conceptos que junto con: Interacción enfermera- paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado, están emergiendo por la naturaleza abstracta de los conceptos.

Se considera oportuno dar una mirada a estos conceptos y tratar de internalizarlos para comprender mejor el significado del cuidado:

a. Interacción enfermera- paciente. El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. El cuidado, al ser considerado como intersubjetivo responde a procesos de salud y enfermedad, interaccionando personas con el medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación. Watson conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal entre dos personas, con dimensión transpersonal entre la persona que cuida y la persona cuidada.

Campo fenomenológico. El cuidado se inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

b. Relación de cuidado transpersonal. El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos, el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro. Para Watson (76) la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento. El término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson sensibiliza hacia el apego a la vida humana en una forma integral, holística, haciendo énfasis en la dimensión tan dejada de lado: la espiritual y acerca de la riqueza del cuidado en cuanto a desarrollo personal mutuo y profesional en el cuidador enfermero.

c. Momento de cuidado. Según Watson (77), una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana -a-humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado

de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente, permitiendo por lo tanto el autoconocimiento de sí mismo.

Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera. Estas reflexiones de Jean Watson, comprometen a dar un espacio en este marco a la relación enfermera/paciente.

Relación enfermera paciente

La investigadora en su experiencia como enfermera asistencial, más que en la docencia ha podido establecer que la relación de ayuda en forma empática permite que el cuidado sea significativo tanto para el que lo recibe como para el que lo brinda, es esa relación la que le ha permitido crecer personal y profesionalmente y sentir satisfacción de ser enfermera, todo esto, basada en los conocimientos adquiridos, desde sus inicios como profesional, en modelos y teorías que dan sustento a su quehacer, como a Peplau (77), con su teoría psicodinámica, que es un modelo orientado principalmente a la enfermería psiquiátrica que toma como sustento las bases teóricas psicoanalistas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal.

Peplau define la “Enfermería Psicodinámica” como “aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia”.

Para Peplau (77) la enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. Basa este planteamiento en que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad.

Define salud, como palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria. La relación interpersonal entre enfermera y paciente puede llevarse a cabo en diferentes entornos: hospital, escuela, comunidad, etc., con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades.

Este modelo, orienta la práctica de enfermería a través de la interrelación personal; se trata de actuar en lugar de la persona o paciente, actuar orientándole, manteniendo y mejorando su estado físico y psíquico, actuando mediante la educación sanitaria, etc. La meta se puede considerar alcanzada cuando el paciente alcanza el máximo grado de crecimiento personal y de salud dentro de sus limitaciones. La dinámica que hace progresar la actividad es la capacidad de los sujetos (tanto enfermera como paciente) para poder establecer relaciones interpersonales aprender y desarrollarse.

El objetivo de este modelo de enfermería es ayudar al paciente y al grupo comunitario a conseguir la salud de forma que enfermera y paciente alcancen el mayor grado de desarrollo personal. Peplau (77), describe cuatro fases en la relación enfermera paciente:

1. **Orientación:** En esta fase el paciente tiene “una necesidad insatisfecha” y por tanto precisa apoyo profesional. La enfermera le ayuda a reconocer y entender sus problemas.
2. **Identificación:** El paciente se relaciona e identifica con quienes pueden ayudarlo. La enfermera le ayuda a desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades
3. **Explotación:** El paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con la enfermera.
4. **Resolución:** Los objetivos iniciales van cambiando progresivamente, y en la medida que el paciente se hace menos dependiente se va liberando de su identificación con el enfermero/a.

En la relación de enfermería con el paciente, Peplau llega a describir seis funciones diferentes a desarrollar:

1. **Papel del extraño:** El enfermero es, en primera instancia, para el paciente, un extraño. Es necesario establecer con el paciente una relación aceptándolo tal y como es, sin juicios de valor sobre su persona. En esta fase la relación enfermero – paciente no está aún personalizada, y se correspondería con la identificación.
2. **Papel de persona-recurso:** La enfermera da respuestas específicas a las preguntas del paciente en lo relativo a su salud, es muy importante que estas se den de acuerdo con la personalidad y capacidades intelectuales del paciente.

3. **Papel docente:** La autora habla de dos categorías de enseñanza a los enfermos: enseñanza instructiva, basada en dar a las personas la información necesaria, y enseñanza experiencial basada en utilizar la experiencia del paciente como base para el aprendizaje (aprender la propia experiencia).
4. **Papel conductor:** El profesional de enfermería ayuda al paciente, enfermo a través de una relación de cooperación y de participación activa.
5. **Papel de sustituto:** El profesional de enfermería desarrolla un papel de sustituto de alguien. Posteriormente es necesario ayudarlo a diferenciar, puesto que hay que establecer los campos de dependencia e independencia en la relación enfermero- paciente.
6. **Papel de consejero:** es el papel que Peplau le da mayor importancia en la enfermería psiquiátrica. El consejo funciona en la relación, de manera que las enfermeras/os responden a las necesidades de sus pacientes, ayudando a que recuerden y entiendan completamente lo que le sucede en la actualidad, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida. (74)

Hildegarde Peplau, brinda un modelo de interacción donde enfermera-paciente unidos pueden aprender y crecer personalmente, esto lo corrobora Watson y otras teóricas que guían la práctica del cuidado enfermero.

La relación de ayuda es una de las funciones principales de los cuidados de enfermería, en todos los ámbitos, tanto en situaciones de salud como en enfermedad, intentando durante éstas, hacer surgir de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresiones que hay dentro de cada persona interviniendo, dicho en otras palabras: con la relación enfermera- paciente, considerada relación de ayuda, se pretende ayudar a la persona a utilizar sus propios recursos para afrontar los propios problemas, sin caer en paternalismos ni autoritarismos.

La enfermera necesitará reflexionar sobre él por qué no les es fácil entablar esta relación de ayuda, por qué no se produce la comunicación entre ella y el paciente. Una posible ayuda al personal de enfermería en momentos de defectuosa comunicación, es que esté consciente del “factor de disposición favorable”.

El factor de disposición favorable deberá implicar una receptividad por parte de la persona que narra, escribe, habla o escucha. Sin esto, la comunicación es imposible, no puede haber intercambio ni significación ni entendimiento. Y con mucha frecuencia, el personal de enfermería puede estar listo y ser capaz de comunicarse o de escuchar cuando la otra persona o el paciente no son capaces de responder, cuando está dispuesta a buscar con afán una conversación a fondo y el enfermo no.

Es importante recordar, cuando se desarrollan barreras en la comunicación, que se considere el factor de disposición favorable y comprender que, si otra persona tiene éxito en donde se fracasa, el único aspecto esencial es que la comunicación ocurra. Alguien puede tener éxito donde otros fracasen y viceversa. En enfermería, se entiende cada vez más, que la destreza en la comunicación es importante en el cuidado de la salud (78).

La relación cuidador-persona-cuidada se plantea sobre las necesidades del enfermo. Los desarrollos de la enfermería, como una ciencia eminentemente social, han surgido justamente de las interacciones personales entre enfermeras y pacientes; cada una de las teóricas de la disciplina enfermera ha trascendido esta relación por diversos intereses; así se ha mencionado lo que Jean Watson considera sobre esta relación transpersonal, afirmando que la relación enfermera-persona enferma o sana es una especie de vínculo que se establece entre dos o más seres humanos, que han determinado su mutuo acuerdo, e interdependencia: la enfermera, proveedora de cuidados, administradora de tratamientos, compañera y confidente que intentará proporcionar confort, tranquilidad, comprensión, escuchará atentamente las vicisitudes, inquietudes y emociones del enfermo y de sus familiares sobre el problema de salud y de aquellas problemáticas que están alrededor de ella, intentará ponerse en su lugar para comprenderlo y atenderlo mucho mejor, convocando cuando considere necesaria la participación de otros profesionales; y por otro lado, el enfermo o persona sana, aquel que intenta colocar su problema de salud y su humanidad bajo el cuidado del profesional de la salud, en busca de mejores soluciones y alivio de su malestar, que espera ser escuchado, comprendido u orientado. No se trata de una relación para obtener algo, sino de una relación más estrecha, humana, emocional, en esencia, una relación interpersonal. En esta relación, ambos, la enfermera, el enfermo o el sujeto sano se encuentran para tratar de enfrentar y solucionar en conjunto algo que resulta de gran importancia para la persona sana o enferma, su salud (78).

Los desafíos de la gestión del cuidado de los
profesionales de enfermería

Capítulo

IV

*Gestión de Enfermería /
Gestión de Cuidados*



A continuación, se revisan temas relacionados con los niveles de una organización / niveles de gestión en salud, la gestión, la gestión del cuidado de enfermería, los objetivos, fundamentos, funciones y principios de la gestión de cuidados.

4.1. Niveles de una organización / Niveles de gestión

Niveles de la organización

Chiavenato (79) señala que para poder dirigir o coordinar la ejecución de las actividades inherentes a la operación que se esté desarrollando es necesario tomar como referencia los tres niveles administrativos, dentro de esos tres niveles administrativos se encuentra el nivel institucional o estratégico nivel intermedio o gerencial, y nivel operacional:

- a. Nivel institucional o estratégico:** este es el nivel de alta dirección donde se encuentran ubicados los dirigentes y directores de la organización, es el escalafón más alto en el organigrama institucional y es en este nivel donde se encuentran las personas responsables de determinar los objetivos institucionales, la toma de decisiones y de establecer estrategias para alcanzar los objetivos. El nivel institucional es básicamente extrovertido, pues mantiene la interfaz con el ambiente, ya que no tiene el control sobre eventos ambientales presentes ni futuros.
- b. Nivel intermedio:** es conocido como el nivel mediador o gerencial, es el nivel que se encuentra en la mitad de los niveles institucional y operacional, se encarga de la articulación entre los dos niveles extremos de la organización. Está conformado por los gerentes y estos deben hacerse cargo de la elección y la captación de los recursos necesarios, así como en la distribución y colocación de las regalías que produjo la empresa en los diversos segmentos del mercado. Este nivel es el encargado de la adecuación y la implementación de las decisiones que son tomadas por el nivel institucional.

Es en el nivel intermedio en donde se encuentra el departamento de enfermería y actúa como un gestor.

Chiavenato (79): “Gestor es aquella persona a quien se le reconoce la función de organizar, planificar, dirigir y controlar los diferentes aspectos de una empresa para poder alcanzar los objetivos propuestos por dicha empresa, con la mayor eficiencia posible” para la consecución de los objetivos institucionales y de esta forma brindar una atención de enfermería de calidad,

es competencia de este nivel mantener una íntima relación con el nivel institucional y el nivel operacional ya que es desde allí en donde se articulan los objetivos con las estrategias y el plan de acción para la consecución de los objetivos institucionales.

c. Nivel operacional, denominado nivel técnico o núcleo técnico es el nivel ubicado en la base de la organización ya que son los encargados de la ejecución diaria y eficiente de las tareas y operaciones, orientado hacia las exigencias impuestas por la naturaleza de la tarea técnica que será ejecutada.

Como se señaló anteriormente es en este nivel en donde se ejecutan todas las tareas y operaciones, allí se encuentra el trabajo básico relacionado con la producción de los productos o servicios de la organización, para el caso específico de esta investigación es en este nivel en donde se brinda la atención de enfermería.

Es en el que se encuentran las instalaciones físicas, máquinas y equipos, líneas de montaje, oficinas y barras de atención cuyo funcionamiento debe atender a rutinas y procedimientos programados dentro de una regularidad y continuidad que aseguren la utilización plena de los recursos disponibles y la máxima eficiencia de las operaciones.

Niveles de gestión en el sector salud

La gestión en el sector salud constituye un proceso mediante el cual los recursos destinados a atender las necesidades en salud de determinados pacientes se utilizan de forma que se alcance el máximo provecho, tratando de optimizar la cantidad y calidad de los cuidados médicos respecto de los recursos utilizados.

Se distinguen tres niveles:

- 1. La macrogestión**, su competencia corresponde a las autoridades que marcan las grandes líneas directrices de la política sanitaria, tratando de maximizar la salud del común de los ciudadanos a un costo socialmente soportable
- 2. La mesogestión**, la competencia corresponde a los directivos de las instituciones, tratando de optimizar el rendimiento de los establecimientos sanitarios;
- 3. La microgestión**, la competencia corresponde a los profesionales, tratando de hacer una buena medicina a unos costos razonables.

Ortún (80) expone:

Macrogestión sanitaria o política sanitaria

La macrogestión sanitaria, o política sanitaria, consiste en la intervención del estado para aumentar la equidad y corregir disfunciones del mercado. Esta corrección de disfunciones implica: abordar las externalidades, regular los monopolios, y corregir la información imperfecta teniendo en cuenta cómo tales disfunciones quedan afectadas por el cambio tecnológico. La política sanitaria se expresa a través de las formas que adopta la financiación y regulación de servicios sanitarios y la regulación de otros aspectos relacionados con la salud (alimentación, medio ambiente, trabajo, estilos de vida...). Existen distintas opiniones sobre el alcance de la política sanitaria en función de cuál se crea ha de ser la función del Estado.

Es decir, la macrogestión sanitaria se refiere a la política sanitaria y al papel del Estado que se expresa en dos ámbitos principales:

- Intervención en aquellos aspectos en los que el mercado no garantiza el derecho a la salud de los ciudadanos.
- Creación y aplicación de políticas públicas que protejan y ayuden a mejorar el estado de salud de la población.

Estas líneas de acción se materializan en medidas tales como: la educación en estilos de vida saludable, la protección del medio ambiente, incorporación de tecnología en el marco del desarrollo sustentable, cobertura financiera de las atenciones de salud mediante el seguro público de salud, definición de políticas y prioridades para la asignación de recursos, la organización y articulación de los servicios sanitarios de la red pública en ciertos países, etc.

La mesogestión sanitaria o gestión de centros

La mesogestión sanitaria, o gestión de centros, se realiza a través de la coordinación y motivación de los integrantes de un centro de salud, un hospital, una aseguradora, un mayorista farmacéutico, etc., en un entorno muy regulado. La gestión de centros tiene su apoyo disciplinar en las ciencias de la gestión. La gestión sanitaria se identificaba con aspectos relativamente accesorios de la gestión de hospitales como las finanzas y el marketing.

En este sentido, mesogestión o gestión de redes (o centros), comprende la articulación de los establecimientos de complejidad diferenciada para el cumplimiento de los objetivos sanitarios. Incluye la coordinación entre los diversos centros, hospitales y otros establecimientos de salud (públicos o pri-

vados), los cuales deben ofrecer una cartera de prestaciones definida que incorpore acciones preventivas, promocionales, curativas y de rehabilitación, con el fin de concretar las metas sanitarias establecidas para el país.

La microgestión sanitaria o gestión clínica

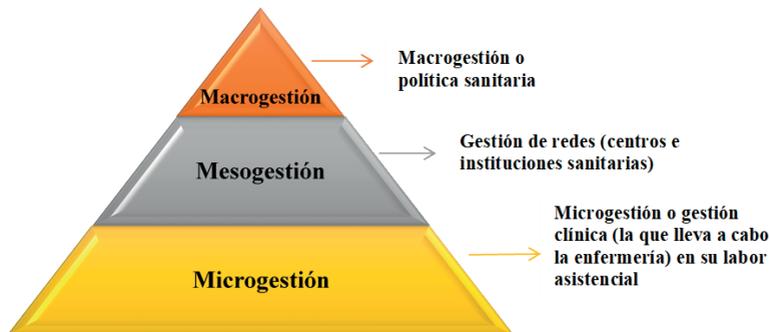
La microgestión sanitaria, o gestión clínica, parte de la constatación de que los profesionales sanitarios (los clínicos fundamentalmente) asignan el 70% de los recursos sanitarios en sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre en una tarea que supone coordinar recursos y motivar personas. La gestión clínica pretende restaurar los niveles de salud de los pacientes, en la medida de lo posible, mediante acciones que conciernen a pacientes individuales o a grupos de pacientes (agrupados por una patología o procedimiento comunes, por la unidad de asistencia...). Las decisiones directas sobre cada persona las adopta el médico, la enfermera...trabajando por separado o en equipo, y las decisiones que afectan a grupos de pacientes las toman principalmente los responsables asistenciales.

La disciplina fundamental de la gestión clínica es la medicina. La estrategia motivadora básica de la gestión clínica pasa por el fomento de la escepticismo, a través de la constatación de variaciones en práctica aparentemente arbitrarias que estimulen la preocupación por la efectividad, la medida del impacto sanitario y la adecuación de los servicios. En última instancia se pretende favorecer la evolución de la práctica de la medicina hacia un creciente fundamento en la evidencia, la interiorización del coste de oportunidad de las actuaciones (el beneficio de lo que se deja sin hacer en la mejor alternativa posible y una mayor orientación a las utilidades relevantes: las del usuario).

De allí que la microgestión sanitaria, o gestión clínica, se lleva a cabo al interior de los servicios clínicos y centros ambulatorios. Se ocupa principalmente del quehacer de los profesionales del área clínica. Una particularidad del sector de la salud es que los profesionales se encargan de asignar la mayor parte de los recursos, por intermedio de millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas a diario en condiciones de incertidumbre. Las actividades tendientes a disminuir la incertidumbre y controlar los resultados de este proceso competen a la gestión clínica.

Figura 3.

Niveles (macrogestión, mesogestión y microgestión sanitaria).



Nota. Elaboración propia

En este sentido, se citan los aspectos más resaltantes del trabajo presentado por Loreto (81) en la Revista Científica de Enfermería:

Las administraciones sanitarias y educativas, como la mayoría de organizaciones, tienen tres niveles de gestión Macro- Meso y Micro, donde se planifican proyectos, logran objetivos y se obtienen resultados; pero en cada nivel de gestión, cambian los profesionales y receptores del servicio.

En microgestión el escenario de trabajo y logro de objetivos es el entorno enfermera paciente o profesor/a -estudiante; en mesogestión se identifica la relación entre un grupo de profesionales y las personas que ejercen liderazgo en unidades sanitarias o educativas y la macrogestión tendrá un enfoque más amplio, con una repercusión de los resultados sobre la sociedad en general. Sin embargo, en los tres niveles mencionados, la palabra gestión mantiene su significado relacionado con planificación, liderazgo, grupo y resultados obtenidos.

Las gestoras de enfermería como en todos los ámbitos trabajan en consonancia entre los 3 niveles de gestión, de manera, que el logro de objetivos, pueden dar respuesta a un proceso conjunto y en consecuencia eficaz.

El primer paso del proceso de gestión es la planificación de objetivos que, como se ha comentado en el párrafo anterior deben estar en consonancia entre los 3 niveles de gestión y además, estos objetivos estén dirigidos a resultados esperados de cada organización.

En los centros educativos y asistenciales donde se forman enfermeras y se cuida de personas, el objetivo final varía, ya que, en los hospitales y centros de atención primaria, los objetivos se formulan hacia los pacientes y en las universidades los objetivos se dirigen hacia la formación de buenas profesionales de enfermería. Cuando, desde la gestión se pierde el objetivo y se organiza una institución sanitaria o educativa hacia los profesionales y no hacia el receptor del servicio, se producen disfunciones importantes que, seguramente pueden alterar los resultados esperados por los clientes de dicha organización.

Otra parte del proceso de gestión es la organización de los servicios y en esta función gestora cobra gran importancia la cualificación profesional y la organización de los profesionales acorde a la cartera de servicios. En el caso de la formación de profesionales, es importante la idoneidad del profesorado para obtener buenos resultados.

En las unidades de hospitalización la responsabilidad del confort de los pacientes, tecnologías avanzadas y prevención de complicaciones es de las enfermeras que, siempre pueden contar con personal auxiliar de menor cualificación para realizar tareas concretas derivadas de la planificación y gestión del cuidado que es responsabilidad única de la enfermera

La elección del modelo organizativo de las unidades clínicas, está asociada a responsabilidad del nivel mesogestión y de acuerdo a experiencias y literatura consultada parece que, la idoneidad, se vincula hacia la pertinencia de un modelo de cuidados por equipos, modelo que, va unido al mantenimiento de unos ratios adecuados de personal, distribución horaria ajustada a necesidades de los pacientes y política de vacaciones y sustituciones que aseguren estabilidad de la plantilla de enfermeras facilitaran la gestión del cuidado.

Si la micro y mesogestión se organizan de acuerdo al logro de objetivos dirigidos al paciente o al estudiante, las administraciones educativas y sanitarias, desde el nivel macro, no se deben permitir disfunciones como que, el paciente tenga como referente del cuidado, a profesionales que no son enfermeros/as o que, imparta clases de cuidados de enfermería, profesorado con perfil no enfermero. La meso-gestión es en general, interlocutor de macrogestores y agentes sociales de la profesión, como organizaciones colegiales o sociedades científicas de manera que, actuando de manera cohesionada contribuirán a una mejora progresiva de la enfermería donde se puedan perfilar puestos de trabajo específicos, asociados a niveles formativos o especialización; exigir ratios adecuados enfermera-paciente o impedir que profesorado no enfermero, imparta conocimientos de enfermería.

La importancia de la gestión se puede observar en las empresas que dan valor a sus resultados, son competitivas y en definitiva se preocupan por la satisfacción de sus clientes. Parece que las empresas dependientes de las administraciones públicas, no siempre ponen el foco en el cliente, seguramente porque no le faltan estudiantes o pacientes, pero no es bueno descuidar este aspecto, ya que su compromiso empresarial, es servir a la sociedad desde donde proviene su financiación, lo que les hace responsables de ser las mejores organizaciones, las más competitivas y las que proyectan hacia la sociedad a la que sirven, una buena calidad en aspectos tan importantes como salud o educación.

En fin, existen diversas definiciones sobre **qué es la gestión de enfermería**, pero esta se puede entender como la aplicación de juicios profesionales en la planificación, organización y control de los cuidados que aseguren el bienestar y sustenten la salud de un paciente. El objetivo final, siempre será la promoción y la mejora de la salud. Así, la Gestión de la Enfermería no sólo hace referencia a la gestión de las Unidades de Enfermería sino también a la gestión que desarrolla cada profesional en su trabajo.

Nivel de gestión en la relación profesional - paciente

El profesional en enfermería de las instituciones actúa como oferente y demandante de servicio. Es una figura clave en el proceso de gestión y, a la vez, el mejor gestor de que las decisiones de eficacia y eficiencia se tomen sin detrimento de la calidad de atención a las personas la gestión del cuidado, entendida como el conjunto de procesos implicados en la relación entre ese profesional y paciente, puede articularse en tres niveles diferenciados:

- a. Nivel individual** referido a la elección de un determinado tratamiento o intervención quirúrgica de mayor eficacia. Para tal efecto, se utilizan herramienta como medicina basada en la evidencia, guía de práctica clínica, epidemiología, auditorias, compromisos de gestión.
- b. Nivel asistencial** relativo a la efectividad clínica de los procesos y recursos empleados.
- c. Nivel de gestión de la unidad** vinculado a eficiencia. la organización interna del servicio, el número de personas considerado necesario para cada tipo de actividad o técnica y los aspectos más globales como la motivación y capacitación del personal, así como la gestión de los recursos.

4.2. La gestión

Salgueiro (82) define la gestión como “conjunto de decisiones y acciones que llevan al logro de objetivos previamente establecidos”. Teniendo como base que la enfermería desde el nivel gerencial es la encargada de la toma de decisiones, del establecimiento de acciones que permitan el alcance de los objetivos definidos por el nivel institucional.

Amat (83) plantea que dentro de la gestión se cumplen las funciones básicas de la administración como planear, organizar, dirigir y controlar, que se convierten en los elementos para la consecución de los objetivos, se tiene entonces que la gestión está dividida en tres niveles que le permiten a la organización prestar servicios de calidad: Gestión Estratégica, Gestión Táctica y Gestión operativa.

A continuación, se describe las funciones de la gestión que estructura el proceso desarrollado por el personal de enfermería que se encuentra en el nivel intermedio gerencial para el logro de los objetivos propuestos por la organización.

Dentro de las funciones de la gestión se encuentran la planeación, organización, dirección y control, cada uno de estos componentes es de suma importancia en el proceso de gestión, proceso que en la parte inicial se referencia como administración ya que se toma la traducción original que Chiavenato le da a la palabra administración.

Cada una de estas funciones de la gestión le debe apuntar a los objetivos definidos por el nivel institucional para que todos se articulen de forma adecuada desde la planeación hasta el control se debe vigilar que todos estén trabajando sobre la misma base.

- a. **Planeación:** “Es la primera función de la gestión por ser la base de las demás. La planeación es la que determina por anticipado cuales son los objetivos que deben alcanzarse y que debe hacerse para conseguirlos. Es en donde se plasma teóricamente para poder ponerlo en marcha en el futuro. Partiendo de los objetivos como se mencionó anteriormente se define el plan de acción que permitirá la consecución de los mismos. Desde la planeación se define a donde se pretende llegar, que debe hacerse, cuando, como y en qué orden”. (79)
- b. **Organización:** “La organización está diseñada para la obtención de resultados, para generar utilidades, es allí en donde se divide el trabajo y se asignan tareas específicas. Chiavenato señala que la palabra

organización significa cualquier cometido humano orientado intencionalmente a conseguir determinados objetivos esta definición cubija todos los tipos de organización, como bancos, empresas financieras, hospitales, clubes, iglesias. Plantea que la organización presenta dos aspectos diferentes” (79)

Organización formal. “Organización basada en la división racional de trabajo; especializa órganos y personas en determinadas actividades. Por tanto, es la organización planeada o la que está definida en el organigrama, instituida por la dirección y comunica a todos por medio de los manuales de organización. Es la organización formada oficialmente”. (79)

Organización Informal. “Organización que emerge espontánea y naturalmente entre las personas que ocupan posiciones en la organización formal, a partir de las relaciones humanas establecidas al desempeñarse en sus cargos se configure a partir de las relaciones de amistad y del surgimiento de grupos informales que no aparecen en el organigrama ni en ningún otro documento formal”. (79)

- c. Dirección:** “La dirección es la responsable en llevar a cabo lo que se planeó y organizo, en esta fase es importante asignar el personal necesario para poder alcanzar lo planeado y el personal que tenga el perfil que le permita desarrollar el trabajo de la forma adecuada. La función de dirección se relaciona directamente con la manera de orientar la actividad de las personas que componen la organización para alcanzar los objetivos. La dirección es la función de la gestión que se refiere a las relaciones interpersonales de los administradores y sus respectivos subordinados en todos los niveles de la organización. Para que la planeación y la organización puedan ser eficaces, necesitan ser dinamizadas y completas con la orientación que se dé a las personas mediante la adecuada comunicación y habilidad de liderazgo y de motivación”.
- d. Control:** Chiavenato refiere que el control está constituido por cuatro fases: establecimiento de criterios o estándares, observación del desempeño, comparación del desempeño con el estándar establecido y acción correctiva para eliminar desviaciones o variaciones. En cuanto a su cobertura, el control puede darse en tres niveles estratégico, táctico y operacional. Teniendo ya los elementos de los niveles de la organización y haciendo énfasis en el nivel intermedio o gerencial que es en el que se centra esta investigación, se hace importante abordar

temas como gestión, función de la gestión que serán parte de todo el proceso y permitirán un análisis objetivo de la información, siguiendo el hilo conductor del marco teórico es importante revisar la gestión de la calidad en donde se unirá la gestión con la calidad para llegar finalmente al punto central de investigación que es la gestión de enfermería y los indicadores de calidad en la atención.

4.3. Gestión del cuidado de enfermería

Se entiende por cuidar a la actividad que va más allá del acompañamiento y por ende implica servir, asistir y hacerse responsable del individuo a quien se le otorga cuidado y es partir de esa premisa que se entiende que todas las actividades que se realicen tienen consecuencia directa sobre el individuo que recibe cuidado y el cuidador ya que una situación es propia de la naturaleza humana. A partir de esta premisa nace el cuidado como parte de la intuición femenina en el seno familiar con el propósito de garantizar la salud, sin embargo, la actividad de enfermería no es exclusiva del género femenino, si no, de todos los seres humanos que cuenten con la vocación y la formación para ejercer las labores de la disciplina. A partir esa idea se entiende que la Gestión del Cuidado de Enfermería es el uso del juicio profesional basado en el conocimiento adquirido durante la formación académica en la planificación, organización, motivación y control de la oferta de cuidados, cuyos criterios implican que dicho servicio debe ser oportuno, seguro e integral, para obtener como producto final la salud o el restableciendo de la misma (84).

A partir de esa idea se asume que la gestión de la calidad en los servicios de enfermería, implica que quien ejerza las labores gerenciales debe contar con características específicas como lo son el liderazgo, habilidades comunicativas y capacidad de toma de decisiones. Todo a partir del empoderamiento en la disciplina que implica la capacidad de sobreponerse a las adversidades propias del sistema de salud y de los niveles jerárquicos dentro de la organización, además de los recursos disponibles para la ejecución de la labor (Esfero y Paravic, 2010).

Además de las características personales anteriormente mencionadas es importante reconocer que para poder ejecutar labores de cuidado es necesario el trabajo en equipo y con eso no solo se refiere al equipo interdisciplinario de salud sino también entre profesionales de la misma área como es la enfermería, teniendo claridad que el trabajo en equipo es una de las características esenciales de la calidad en la atención de enfermería (85).

En síntesis, se entiende bajo la mirada de la teoría anteriormente mencionada que la gestión de enfermería es una actividad integradora donde se asume y ejerce la actividad de enfermería junto a la administración y gestión de la misma, asumiendo el control de la situación a partir del proceso administrativo adoptado dando cumplimiento a la ley de calidad en salud.

4.4. Objetivos de la gestión de cuidado

Los objetivos de la gestión del cuidado engloban tres aspectos de gran importancia;

1. Ofrecer a las personas usuarias los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad),
2. Acordes con la información científica disponible, que haya demostrado capacidad para cambiar, de modo favorable, el curso clínico de la enfermedad y la calidad de vida aplicando el Plan de Atención (eficacia),
3. Considerando los menores inconvenientes y costos tanto para la persona como para la institución (eficiencia).

Figura 4.

Objetivos de la gestión de cuidado.



Nota. Elaboración propia

Cortés (87) menciona que la gestión “solo se logra mejorando la eficacia, la eficiencia y la calidad, mediante el uso de protocolos basados en la evidencia científica, en los procedimientos de asistencia; además, facilitando la

implicación de los profesionales en la gestión, mediante el incremento de su intervención en la toma de decisiones e incentivando el esfuerzo y los resultados, tanto en su competencia clínica como en su gestión y desarrollo de la promoción profesional.”.

Desde este punto de vista, la gestión del cuidado siempre ha estado presente en las tareas de los profesionales en enfermería, en términos de efectividad, eficacia y eficiencia; sin embargo, existe una serie de modificaciones en el Sector Salud que obligan a optimizarla mediante:

- a. Cambios en los modelos de administración.
- b. Variabilidad clínica: tratamientos, uso de recursos, toma de decisiones clínicas asertivas.
- c. Orientación hacia la persona usuaria: la salud como preocupación ciudadana, la calidad percibida por él y la usuaria.
- d. Gran desarrollo tecnológico: cirugía endoscópica, ultrasonografía, laboratorio clínico, farmacología, expediente electrónico, entre otros.
- e. Variación de los perfiles demográficos y de morbilidad: aumento y envejecimiento de la población, complicaciones de patología crónica, tumores, accidentes, problemática social.

Por otro lado, la gestión del cuidado en enfermería se basa en la evaluación, la reflexión y la autocrítica, porque sin ellas es imposible mejorar la atención. En este ámbito, surge la gestión del cuidado como iniciativa dirigida a optimizar los resultados de la actividad clínica. Es un proceso que se inicia con la valoración y el diagnóstico de pacientes, familia y comunidad, continúa con el plan de atención y dura mientras se mantenga la relación profesional-paciente. El profesional en enfermería toma todas las decisiones, en momentos diversos, con el paciente o en su nombre; por eso, incide en forma directa en el proceso para optimizarle la calidad de vida. Parece absolutamente razonable que, si se pretende mejorar los resultados, el profesional se incorpore a la gestión de los recursos de las unidades clínicas. La gestión de cuidados tiene el propósito de adecuar la atención a las necesidades del enfermo, las demandas de sus familiares, cuidadores y la comunidad.

Es un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, la participación y de la comunicación (88).

La enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y

específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos hacia la mejoría continua del cuidado (88).

4.5. Fundamentos de la gestión de cuidado

Los fundamentos de la gestión de cuidado se pueden resumir de la siguiente manera:

- a. La gestión de los cuidados de enfermería, desde una perspectiva social y profesional para atender las necesidades de salud del sujeto y el colectivo social, parte del precepto que más allá del modelo seleccionado, la gestión del cuidado es una estrategia de evaluación continua que da sustento a la calidad de la atención y el fortalecimiento de la enfermería.
- b. La gestión del cuidado es una acción propia del profesional de enfermería que realiza con otras personas para promover su salud, prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar las enfermedades que puedan padecer.
- c. Al considerar la enfermería como una ciencia social, la gestión del cuidado en enfermería posee una orientación humanística que considera a la persona y colectivos sociales como objetos y agentes de la atención de enfermería.
- d. La esencia de la profesión de enfermería, es al cuidado de los pacientes. De allí que la gestión del cuidado como la esencia del rol profesional, se entiende como el ejercicio profesional de la enfermería sustentado en su disciplina, la ciencia del cuidar. En este sentido, entre otras cosas se puede indicar:
 - El cuidado de los pacientes se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, reestablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.
 - El cuidado se debe concebir como una forma de interacción lo cual significa que los fines se logran a partir de la definición de una situación que busca intencionalmente la coordinación de acciones entre el personal de enfermería y los sujetos del cuidado.

- El cuidado definido como el conjunto de categorías involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica.
 - Los fundamentos pedagógicos del cuidado en el profesional de enfermería, se construyen a través de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes realizadas por una persona, por lo que el personal de enfermería, debe comprender que el cuidado humano involucra una relación transpersonal y de respeto.
- e. La gestión del cuidado inherente a la práctica de enfermería, requiere de la colaboración intradisciplinaria que comprende la consulta entre colegas de la profesión de enfermería, lo cual tiene un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados.
6. Asimismo, para una adecuada gestión del cuidado de enfermería se requiere la ejecución de acciones de gestión y administración de enfermería. Es decir, la gestión es importante para organizar los cuidados con los recursos suficientes, pero no lo es todo para la enfermería; se debe gestionar para cuidar, no solo para gestionar. Las mejores formas de organizar los recursos son con el fin de entregar un cuidado humano.
7. La gestión del cuidado se basa en principios conceptuales, entre ellos:
- Beneficencia: procurar el bien de las y los usuarios, y no hacer el mal ni obtener el beneficio propio.
 - El principio de autonomía: ser individuo con la capacidad y la información adecuadas, la dueña o dueño absoluto de las decisiones que se adoptan con respecto a su propio cuidado.
 - Equidad o justicia: intentar lo mejor posible para todas las personas; por ellas, se garantiza la accesibilidad razonable que, muchas veces, enfrenta al concepto tradicional de la relación médico-paciente: “lo mejor para mi paciente”.

4.6. Funciones de la gestión

Gestionar los procesos de cuidado de enfermería implica que el cuidado de la salud se brinde de manera racional, oportuna, equitativa, económica, que minimice los riesgos tanto al usuario, al equipo de salud, como a la institución y a la comunidad, y que maximice el beneficio generado por la actividad (89).

La mayoría de las teorías y modelos de enfermería ubican como centro de la profesión el cuidado de la salud de las personas, lo cual abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos. Incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados de personas discapacitadas y moribundas (90), sin embargo, para una adecuada gestión del cuidado de enfermería se requiere la ejecución de acciones de gestión y administración de enfermería.

Estudios actuales sugieren la identificación, de manera preliminar una concepción de Gestión y Administración en Enfermería divida en tres dimensiones:

1. Dominio individual: centrado en la gestión del proceso de enfermería (propia de la enfermera).
2. Dominio compartido con otros profesionales: que se sitúa en la gestión de personas y recursos materiales, como, por ejemplo: economía, administración, etc.
3. Liderazgo, autonomía y proactividad: como dimensiones propias de muchas profesiones como, por ejemplo: administración de recursos humanos, sicología, etc.

También, se identifican algunas diferencias entre gestión y administración; gestión es un concepto amplio y se relaciona con toma de decisiones sobre aspectos económicos, financieros y políticos. La administración consiste en asignar, optimizar recursos y ejecutar tareas con herramientas preestablecidas.

Además, se reconocen algunas tareas clave como: planificación, programación, gestión de los servicios, coordinación, trabajo en equipo, negociación, manejo de insumos, supervisión, capacitación y selección de personal. Los conocimientos requeridos como: sistema de salud, sus normativas legales, metas sanitarias y financiamiento; salud pública, control de gestión, manejo de conflictos, toma de decisiones y priorización de problemas. Finalmente

se identifican algunas cualidades indispensables en el personal de enfermería como: compromiso, responsabilidad, asertividad, empatía, perseverancia, resiliencia, proactividad y liderazgo.

Por ejemplo, algunos estudios arrojan como resultado que las competencias de gestión consideradas más importantes que debe poseer el personal de enfermería al actuar como ejecutivo o gestor, son:

- a. Rendición de cuentas del ejercicio profesional,
- b. Comunicación (verbal)
- c. Trabajo en equipo,
- d. Habilidades de liderazgo
- e. Resolución de conflictos
- f. Conocimientos jurídicos y de ética
- g. Gestión de sistemas de información
- h. Marketing
- i. Planificación estratégica
- j. Experiencia clínica
- k. Competencia docente
- l. Gestión de proyectos, etc.

4.7. Principios de la gestión de cuidados

Si se acepta que el cuidado enfermero parte de un contexto teórico específico, se pueden definir los principios que significan la gestión de los cuidados. Estos abarcarían lo siguiente:

- a. La planificación de los cuidados enfermeros podrá estar dirigido a las necesidades de la persona en términos de cuidados para la salud y a la gestión del entorno como condicionante de salud y de vida.
- b. Los valores del cuidado están determinados por la percepción particular del cuidado de sí mismo que tiene cada persona y que se incorporan y constituyen un elemento de la construcción conceptual del cuidado enfermero.

Los métodos de análisis de las necesidades de cuidados incorporarán tanto el registro objetivo de las variables cuantitativas, como aquellas varia-

bles obtenidas por métodos cualitativos que recogen la percepción de las personas sobre su propio cuidado.

Figura 5.

Principios de la gestión de cuidados.



Nota. Elaboración propia

El cuidado como un acto de comunicación Gestionar el cuidado implica la construcción permanente de un lenguaje enfermero y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud. Esto requiere de una conceptualización de la categoría proceso vital humano y la integración que desde la gestión se da al proceso de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

Implica, además, el cuidado como un acto comunicativo que requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y de contexto cultural donde viven, se recrean y enferman las personas. Se debe constituir el proceso de enfermería como método para la gestión que permite el seguimiento y monitoreo de los cuidados a individuos y la búsqueda de modelos transdisciplinario para el cuidado de colectivos. El desarrollo de sistemas de información en enfermería, permiten y facilitan la evaluación de los procesos de cuidado a través del análisis de los indicadores de gestión de calidad.

Se debe, además, buscar indicadores de calidad que evalúen el cuidado. Para ello, las enfermeras deben ser capaces de traducir los valores del cuidado a menudo intangibles en indicadores numéricos o económicos que muestren a la sociedad el aporte de las enfermeras. Es necesario comunicar y divulgar, cada vez con mayor rigor, la importancia del trabajo de las enfermeras

y del cuidado en la recuperación de la salud de la población, en la resolución de los problemas de salud y en la humanización de los servicios sanitarios.

El cuidado de enfermería como fuente de conocimientos

Los pronunciamientos de las teoristas en enfermería dan orientaciones claras respecto a que el fin de la investigación es el mejoramiento del cuidado y la consolidación del cuerpo de conocimientos propios de la disciplina. La investigación diseñada para generar teoría busca identificar un fenómeno, descubrir sus dimensiones o características, o especificar las relaciones de las dimensiones.

En este orden, el reto para los profesionales de enfermería es hacer investigaciones que nutran la práctica y reviertan su producto en beneficio del cuidado de las personas sanas o enfermas, sobre los asuntos propios del cuidado como las metodologías, los indicadores empíricos, la eficacia de las acciones y la situación de los profesionales de enfermería en el contexto actual.

Desde esta óptica, uno de los desafíos que ha enfrentado la disciplina desde sus inicios y que se acentúa en los tiempos modernos, es la puesta en marcha de investigaciones en la práctica cotidiana, cuyos resultados se dirijan al mejoramiento de la experiencia del cuidado de las personas y de los colectivos. Además, se espera que la evidencia generada nutra el referente teórico de la disciplina y se encamine a la resolución de los problemas prácticos de la cotidianidad en la labor profesional esto es, la abstracción de la teoría que subyace a la práctica y el escalonamiento de la teoría hasta el nivel de una filosofía que oriente el cuidado y haga visible el aporte de la profesión al mantenimiento de la vida y la salud de las personas.

De esta manera emerge la imperativa necesidad de generar evidencia a partir de la introducción de cambios sustanciales en la formación profesional de enfermería, en el desarrollo de competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales para desempeñar actividades asistenciales, docentes, investigativas y de gestión de manera ética, científica, reflexiva, propositiva mediante la implementación de las metodologías propias y con un alto sentido de lo humano.

El saber específico de cuidar y del cuidado proporciona al enfermero la posibilidad de alcanzar una autonomía profesional donde la competencia y el dominio del hacer y del saber se reflejan sobre los niveles de decisión que le competen. Son los profesionales de enfermería los que deben construir, depurar y robustecer su base conceptual a partir de las teorías propias y las provenientes de otras disciplinas; de igual manera orientar su práctica profe-

sional con arreglo a los supuestos de enfermería con el fin de interpretar las situaciones, tomar decisiones y proponer intervenciones ajustadas a las necesidades de los pacientes que de manera eficaz contribuyan al cumplimiento del encargo social.

Estrategias como la enfermería basada en la evidencia responden a la exigencia de construir conocimientos mediante la comprobación y la indagación científica en los ámbitos clínico y comunitario, en los cuales, los profesionales de enfermería aún tienen la responsabilidad de trabajar arduamente para implementar indicadores empíricos como el Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías de enfermería, con el objeto de generar resultados que hagan visible su aporte en el cuidado y a la restitución de la salud.

La necesidad de recolección de datos

La gestión del cuidado incluye también la creación de instrumentos para la recolección de datos de manera sistemática, tanto sobre la experiencia en salud como el conocimiento de su entorno (individual, familiar, comunitario). Incluye el análisis reflexivo de los datos y su elaboración junto con el paciente y la familia.

La enfermera/o debe realizar el diagnóstico de enfermería que resuma la respuesta de la persona a su experiencia en salud y la causa de esta respuesta. La planificación de las intervenciones requiere de la ciencia y el arte de enfermería, que pueden variar según la concepción de la disciplina, pero que son generalmente guiadas por los principios inherentes al cuidado. Por ejemplo, el cuidado ofrecido a una persona en un entorno donde la tecnología es cada vez más sofisticada, como en las unidades de cuidado intensivo, necesita que la enfermera centre ante todo su atención en la persona para la que se han indicado las medidas especializadas. La enfermera debe asegurar que la persona esté cómoda, se sienta segura, sea bien atendida y además está atenta a que los equipos de monitoreo funcionen correctamente. A pesar de un entorno complejo, la enfermera debe ofrecer un cuidado humanizado, dar prioridad a la persona antes que a las rutinas de la organización del trabajo. De ser necesario, modificar el entorno para asegurar un cuidado de calidad y libre de riesgos. “Una enfermera que conoce bien a la persona y su contexto de vida puede facilitar las interacciones y decisiones conjuntas con los otros profesionales de la salud y de los servicios con que se cuenta” (Le May, 1991; Prescott y Boweri, 1985, citado por Zarate (56)).

La formación para la gestión del cuidado

La formación para la gestión de servicios, debe estar fundamentada en la investigación y el análisis de experiencias positivas en la mejoría de la calidad de la atención. Es necesario el desarrollo de programas de educación continua que permitan la integración de la gestión de los servicios y del cuidado. Así mismo, es necesario el diseño de indicadores de gestión y calidad que evidencien el valor agregado de los cuidados de enfermería.

Las instituciones formadoras de enfermeros, deben liderar proyectos de práctica académica que permitan una experiencia coherente y vinculante con la realidad del sector salud. Es necesario promover la documentación e investigación de la gestión de los servicios para retroalimentar la práctica y la formación del estudiante de enfermería.

Debe considerarse además importante, no solo poseer conocimientos y técnicas, sino fundamentalmente capacitación para aprender, re aprender y desaprender permanentemente para adaptarse al futuro.

Otro aspecto de la gestión del cuidado inherente a la práctica de enfermería y que merece ser señalado, se trata de la colaboración intradisciplinaria que comprende la consulta entre colegas enfermeras, igual que la participación de enfermeras clínicas en el desarrollo de conocimientos y en la formación de futuras enfermeras. La colaboración intradisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados y es algo que las enfermeras poco realizamos. La identificación de enfermeras expertas y las consultas entre colegas enfermeras, los conocimientos compartidos, refuerzan el potencial y la competencia del grupo profesional, mientras que los conocimientos celosamente guardados en un escritorio o en la mente de alguna enfermera experta no contribuyen a una práctica de calidad y colaboración. El punto de inicio de esta colaboración es reconocerse el personal de enfermería como expertos y enriquecer de manera constante los conocimientos y habilidades.

La enfermera gestora del cuidado

Es necesario transformar la administración tradicional de recursos que se ha venido realizando por una actividad estratégica denominada gestión del cuidado.

Con frecuencia se reconoce que el papel principal de una/un Jefe o Gerente o Gestora en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cum-

plir eficazmente los objetivos de la institución. La enfermera que realiza el papel de gestora debe guiar sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política. Las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarias para la práctica administrativa del cuidado de enfermería. La enfermera gestora debe apoyar al personal cuidador en su labor de cuidar de forma individualizada al paciente usuario y su familia. Pero también la enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejora del cuidado.

Meleis (1989), citado por Zarate (56) dice que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; “es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería”.

Las responsabilidades de la enfermera coordinadora de la gestión del cuidado.

El rol de la enfermera responsable de la gestión del cuidado consiste en apoyar al personal que otorga cuidados. La gestión del cuidado va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de enfermería, esta gestión como proceso recurre a la creatividad, la indagación y la transformación. La contribución de la enfermera coordinadora responsable de la gestión en enfermería es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos, como ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos. Y encontrar dentro de ellos, alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

Por gestión se entiende el conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un objetivo, meta o propósito; en cuyo resultado influye la utilización de los recursos.

El conjunto de acciones ejecutadas por el profesional en enfermería para cuidar representa grados variables de eficiencia, eficacia y efectividad, susceptibles de ser mejorados mediante la aplicación de técnicas y métodos que garanticen la óptima calidad.

Gerenciar consiste en agregar valor a la gestión. Es una disciplina que provee estrategias útiles al profesional en enfermería, quien debe realizar acciones encaminadas a buscar nuevos recursos y agregar valor a los procesos que conforman la gestión del cuidado.

La gestión del cuidado a nivel administrativo clínico

La administración de cuidados de enfermería requiere el conocimiento de los múltiples factores del entorno en el que se sitúa la acción de gestión y de las personas que otorgan cuidados. Es indudable que con los cambios en la organización de la salud y recientemente con los procesos de reforma en el sector, las instituciones de salud se han vuelto más complejas. Las restricciones financieras, el déficit de enfermeras de insumos para la atención en salud, los altos costos, las condiciones de la práctica, la normatividad excesiva, la legislación, las exigencias de los usuarios con mayor educación e información, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en salud, caracterizan hoy el entorno en el que se otorgan los cuidados. Todos estos aspectos constituyen un gran desafío para la práctica y la gestión del cuidado de enfermería.

La gestión del cuidado requiere de la enfermera coordinadora, el ejercicio del liderazgo y la motivación, dos procesos esenciales para garantizar un cuidado de calidad. El liderazgo permite influir en la acción y en el compromiso personal y la actitud de respeto de la enfermera gestora hacia las personas. Ella puede transmitir los valores del cuidado y asumir actitudes de apoyo para con el personal y reducir los factores que obstaculizan un cuidado de calidad.

La motivación que se logra se puede medir por el grado de autonomía que las enfermeras adquieren y su nivel de responsabilidad en el cuidado. La enfermera gestora tiene entonces el compromiso de generar un clima de trabajo favorable y participativo, debe hacer participar al personal en las decisiones, pedir la opinión del grupo, ser receptiva ante las demandas del personal, reconocer el trabajo, compartir la información, favorecer la creatividad, promover el espíritu de equipo, fomentar la autonomía y la capacitación de todos los miembros del grupo de cuidados. La motivación del personal responsable del cuidado es esencial a fin de lograr un entorno propicio para el cuidado. Una enfermera satisfecha y estimulada por su trabajo será capaz de comprometerse en mejorar la calidad de los procesos de cuidado dirigidos a favorecer el confort, la comunicación, la curación y a promover la salud de las personas que cuida. Son los cuidados enfermeros directos los que forman la imagen social. El ciudadano consumidor de servicios enfermeros, de servicios de salud no ve al directivo.

La gestión de los cuidados está entonces orientada hacia la persona, el cliente, su familia, el personal de enfermería, los equipos interdisciplinarios. La gestión se identifica como un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración. Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona.

Meleis (1988), citado por Zarate (56)), sostiene que " la dirección de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita de la disciplina de enfermería con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes, su familia y al personal." . La dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados enfermeros, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería.

Algunas estrategias a considerar por los responsables de la gestión del cuidado.

- a. Discutir con el personal los valores, los paradigmas, los conceptos y los objetivos de los cuidados.
- b. Ayudar a otros profesionales, a los pacientes y familiares a comprender la contribución de la disciplina de enfermería para mejorar la salud individual y colectiva (a través de la investigación y la aplicación en la práctica).
- c. Apoyar los principios inherentes al cuidado de las personas.
- d. Explicar que la intervención terapéutica de enfermería requiere utilizar más tiempo que una intervención médica. Porque la enfermera utiliza la interacción, la relación de ayuda y sus recursos personales, evalúa integralmente al paciente ya que no se restringe sólo al análisis de problemas inmediatos.
- e. Centrar la gestión del cuidado en la salud más que en la enfermedad.
- f. Modificar los sistemas de prestación de cuidado: número y tipo de personal, descripción de puestos, normas y reglamentos, criterios para evaluar los cuidados, programas de educación continua, sistemas de evaluación del desempeño y su impacto en los costos del sistema de salud, sistemas de registro del cuidado y auditoría de calidad.

- g. La gestión de los cuidados debe estimular la creación de modelos de cuidado basados en la concepción de la disciplina de enfermería, el uso de un lenguaje común, de símbolos, de conceptos comunes en la práctica clínica que refuercen el potencial, el compromiso y la identidad profesional de la enfermería, pero sobre todo la calidad del cuidado que se otorga a los usuarios y su familia.

Enfermería y ética

Por otro lado, cabe indicar que la práctica profesional de la enfermería se encuentra estrechamente ligada a la ética, ya que este personal es uno de los que mayor tiempo permanece cercano al paciente, al mismo tiempo que con frecuencia se enfrenta a múltiples dilemas éticos. Por tanto, el personal de enfermería debe aplicar en cualquier contexto de su ejercicio profesional los principios bioéticos: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia como base para orientar sus acciones, de esa forma, el profesional estará garantizando la calidad del cuidado, donde la participación del paciente sea primordial en las etapas de planeamiento, ejecución y evaluación de las acciones de enfermería. Es decir, mediante sus observaciones, interpretaciones, y acciones de forma organizada y eficiente, siempre debe poner en práctica los principios de la bioética, los cuales son:

- a. **Principio de beneficencia:** Este principio tiene como base el no dañar, hacer el bien, pero fundamentalmente los valores éticos están dados en el comprender, significa buscar el bien del paciente en términos terapéuticos.
- b. **Principio de la no - maleficencia:** En la praxis significa evitar hacer daño, evitar la imperancia, la imprudencia, la negligencia. Este se refiere a la inocuidad de la medicina y procede de la ética médica hipocrática.
- c. **Principio de la justicia:** El cual significa atender primero al más necesitado de los posibles a atender, exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad, jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar, hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falte cuando más se necesite.
- d. **Principio de autonomía:** Refleja que la prioridad en la toma de decisiones relacionado con la enfermedad es del paciente, el cual decide lo que es conveniente para él durante el proceso de salud enfermedad. La toma de decisiones es un derecho que requiere de informa-

ción adecuada, conocida esta práctica como el consentimiento informado. El consentimiento informado es la elección voluntaria hecha por el individuo, libre de coerción del médico, de otros profesionales de la salud, de los familiares, amigos o de la propia sociedad. El consentimiento informado como un proceso gradual y verbal en el seno de la relación enfermero – paciente garantiza que la información ha sido ofrecida por el personal de enfermería y recibida por el paciente. Es fácil caer en la desinformación cuando esta es contradictoria y el intercambio de información es irregular. Asegurar la validez, integridad y seguridad de la misma es necesario no sólo para el equipo de trabajo, sino también para los usuarios del servicio, bien sea el paciente y/o su acompañante.

La aplicación y conocimiento de los enfoques éticos y bioéticos son indispensables para modificar ideas, hábitos, conductas éticas relacionadas con el ejercicio profesional y permiten a su vez elevar el nivel de la calidad en la atención al individuo.

Los desafíos de la gestión del cuidado de los
profesionales de enfermería

Capítulo

V

*Gestión de Cuidados
de Enfermería*



5.1. Gestión de enfermería

Debido a la importancia de “la gestión de enfermería” se van a traer a colación de manera breve varios aspectos que se tratan a lo largo del texto sobre el tema y sirven como antesala a la gestión de casos y la gestión en la atención primaria, éstos son:

La Gestión del Cuidado de enfermería es entendida como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina: la ciencia del cuidar, la cual está definida como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución (36), para obtener como producto final la salud.

Por lo tanto, el fin último de la gestión de enfermería es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria, acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad y que considere la mejor administración de los recursos, los menores inconvenientes y costos para el usuario y la región en su conjunto (41).

Para Álvarez Sintés (5) la salud es un producto y un proceso social. Es el resultado de complejas interacciones entre los procesos económicos, biológicos, etnográficos, culturales y sociales, que determinan el grado de desarrollo integral, mientras que, como proceso social, está sustentada en la coordinación y organización de los aportes de los múltiples factores relacionados con el estilo de vida, las condiciones de vida y el modo de vida. Se vinculan directamente con el bienestar de los individuos y las poblaciones.

El logro en la prolongación de la vida es resultado del desarrollo científico mundial unido al conjunto de medidas estatales, sociales y culturales que han permitido el incremento de la esperanza de vida al nacer y particularmente del trabajo realizado por los profesionales de enfermería (54).

La gestión de cuidados tiene el propósito de adecuar la atención a las necesidades del enfermo, las demandas de sus familiares, cuidadores y la comunidad.

Se considera un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, la participación y de la comunicación.

Por otro lado, se indica que el personal de enfermería responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina

que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo que motive a los usuarios internos hacia la mejoría continua del cuidado.

La colaboración intradisciplinaria tiene gran importancia en la continuidad y la calidad de los cuidados. El intercambio cognitivo con los especialistas en enfermería, profesionales con experiencia y las consultas entre colegas, así como la superación continúa a través de programas de formación y especialización garantizan la competencia y desempeño de los profesionales en el rol de gestores.

La labor realizada por el personal de enfermería no solo es responsable por la calidad de los cuidados y ser participante activa en enseñar técnicamente a familiares y cuidadores de personas con enfermedades, debe también tener la responsabilidad moral del acompañamiento, ayudando al enfermo a morir con dignidad respetándole su autonomía hasta el final de la vida.

5.2. Gestión de casos de enfermería

Definición

En origen, el término de gestión de casos surgió en Estados Unidos a finales de la década de los 70 en el sector sanitario, cuando el Congreso se dio cuenta de que muchos pacientes eran dados de alta sin un adecuado seguimiento o evaluación de sus necesidades; lo que redundó en el incremento de reingresos, con el consecuente riesgo de cronificación de la situación.

La Gestión de Casos es definida por el organismo interdisciplinar, Sociedad Americana de Gestión de Casos (Case Management Society of América: Standards of Practice for Case Management), citado por el Servicio Murciano d Salud, (91) como: “El método de colaboración dinámico y sistemático que permite proporcionar servicios de salud a una población definida y coordinada”. Se trata de un proceso de colaboración y participación en el que se valoran, planifican, aplican y coordinan, monitorizan y evalúan opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad coste-efectivos.

La intervención enfermera NIC: 7320 gestión de casos, se aprueba en la tercera edición de las NIC en el año 2000, y se define en su sexta edición como: “Coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos, y poblaciones de pacientes en diversos contextos para reducir costes, disminuir el

uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados” (92).

Las actividades sobre las que se centra la gestión de casos en la NIC giran en torno a la reducción de costes. Se identificarán los individuos y/o comunidades susceptibles de beneficiarse de la gestión de casos en base a criterios de elevación de costes, gran volumen y/o alto riesgo.

Por otro lado, la Nurses Credentialing Center (ACNN) lo define como “proceso de colaboración sistemático y dinámico para proveer y coordinar servicios sanitarios a una población determinada. Es decir, un proceso participativo para facilitar opciones y servicios que cubran las necesidades del paciente, al mismo tiempo que reduce la fragmentación y duplicación de servicios, mejorando la calidad y costo-efectividad de los resultados clínicos” (93).

Aspectos más resaltantes de un modelo de gestión de casos

Una vez realizada una revisión bibliográfica de diversos documentos, tales como el Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud: Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la Gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud (94) y del Servicio Murciano de Salud (91) se extrajeron interesantes aspectos que pueden guiar la elaboración de propuestas de programas de gestión de casos. Es importante destacar que no todos los programas o proyectos tienen la misma característica ya que obedecen a distintas realidades territoriales, sociales, poblacionales, etc. que determinan su construcción e implementación. Es decir, existen diferentes modelos de gestión de casos los cuales dependen del modelo sanitario de cada entidad (comunidad o estado) y los recursos disponibles, pero la esencia es la misma. Entre estos aspectos cabe mencionar los siguientes:

- **Ámbito de desempeño de la labor asistencial del personal de enfermería de gestor de casos.**

La enfermera/o gestor de casos puede desempeñar su labor asistencial en diferentes ámbitos como los centros de salud, la atención domiciliaria, la atención especializada, los servicios sociales, entre otros. Pueden centrar su trabajo en atención primaria o en el ámbito hospitalario.

Perfil de las personas susceptibles de recibir atención según modelo de gestión de casos

El perfil de las personas susceptibles de recibir atención según Modelo de Gestión de Casos es el de fragilidad, vulnerabilidad o complejidad, caracterizado por discapacidad funcional, escasez de recursos socio-familia-

res, incluso aislamiento social, necesidad de apoyo para actividades básicas de cuidado personal, actividades instrumentales, para el manejo y control de síntomas, para el manejo del régimen terapéutico, necesidad de cuidados multidisciplinarios y continuados, y que demanda múltiples recursos de toda la red asistencial.

Objetivos de la gestión de casos

La Gestión de Casos propuesta en este programa orienta sus objetivos en un doble sentido:

- Por un lado, hacia los usuarios del sistema sanitario representados tanto por las personas a las que atendemos y cuidamos como por los cuidadores/as de éstas,
- Y, por otro lado, hacia la propia Red asistencial representados tanto por los propios profesionales como por los diversos servicios y recursos del sistema sanitario y del ámbito comunitario.

Así pues, se establecen los siguientes objetivos:

a. Objetivo general

Mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas que, por su proceso de salud-enfermedad, se encuentran en situación de complejidad, así como el de aquellas que las cuidan, orientando la atención hacia la satisfacción de sus necesidades y a la integración de las intervenciones.

b. Objetivos específicos

- Aumentar y mejorar la capacidad funcional de las personas en situación de complejidad
- Desarrollar hábitos y conductas saludables tanto en las personas en situación de complejidad como en el de sus cuidadores/as.
- Disminuir la sobrecarga de los cuidadores/as principales
- Disminuir el número de ingresos hospitalarios, días de hospitalización y frecuentación a los centros de salud de las personas en situación de complejidad.
- Mejorar la satisfacción tanto de las personas en situación de complejidad como en el de sus cuidadores/as así como la de los profesionales que los atienden.

- Mejorar las competencias profesionales de todos aquellos profesionales que intervienen en la atención y cuidado de estas personas.

Definición de enfermera/o gestor de casos

La enfermera/o gestor de casos es el profesional que valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y resulten costos efectivos. Recoge información específica sobre las necesidades de las personas enfermas, identifica los problemas, diseña un plan de intervención y coordina las actividades y necesidades con los profesionales y familiares implicados, para alcanzar los objetivos asistenciales, movilizandolos recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y de la persona cuidadora.

Papel del personal de enfermería como gestor de casos

La gestión de casos constituye una práctica avanzada de cuidados, mediante la cual se desarrolla un proceso de colaboración para satisfacer las necesidades de salud de personas con elevada complejidad clínica y/o necesidades de cuidados, así como de su entorno cuidador. Por tanto, es la enfermera/o la persona más idónea para llevar a cabo la gestión de casos, ya que promueve que se alcancen los objetivos previstos en el plan terapéutico, articulando la comunicación y recursos personales, profesionales y organizativos disponibles para promover resultados en salud de calidad y costo-efectivos.

También se considera su idoneidad para la gestión de casos, por su metodología de trabajo, formación e integración de los cuidados, y por su capacidad de gestión partiendo de la planificación a medio y largo plazo. La enfermera/o es muy próxima al paciente y a su familia, con conocimiento científico propio, adecuando la información y actuando en base a su misión, que es el cuidado (95).

López (96) expone que según el Manual de la Gestión de Casos en Andalucía, la gestión de casos es un proceso que está dirigido a recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificar los problemas y diseñar un plan de intervención, por lo que implica la realización de una valoración completa y sistematizada del usuario, cuidador/a y familia para identificar los problemas prioritarios y proponer un plan de intervención, identificando y usando todos los recursos necesarios para resolverlos, coordinando estos y las actividades y buscando acuerdos con los profesionales y familiares

implicados. Tras identificar los recursos a movilizar, el nivel asistencial y el profesional más adecuado para resolver las necesidades en el domicilio, se acordarán con los diferentes profesionales el plan de cuidados que requieren el usuario y su familia y/o cuidador/a.

La negociación es la herramienta principal de la EGC, tanto en los equipos de los profesionales implicados, como en las reuniones con los familiares, para coordinar conjuntamente la gestión del caso concreto.

La enfermera vigilará y supervisará que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial, coordinándose con los diferentes profesionales implicados en el caso: Atención Primaria, atención hospitalaria, sector social (público y privado), asociaciones de enfermos, etc.

Funciones del personal de enfermería gestor de casos

Las funciones de las enfermeras/os gestores de casos, tienen evidentes similitudes entre diversas entidades (comunidades o estados), varían según el modelo asumido y las necesidades de cuidados de dicha entidad, Entre otras funciones, la enfermera/o gestor de casos integra y coordina la atención socio sanitaria que reciben los pacientes a distintos niveles. Entre sus cometidos principales se destacan:

- Responsable del plan de cuidados de los pacientes.
- Brinda coordinación entre profesionales sanitarios de diferentes niveles.
- Asegura la continuidad asistencial de los pacientes.
- Identifica a aquellos pacientes con necesidades especiales, pacientes crónicos o dependientes que presenten una mayor demanda de cuidados, así como un riesgo elevado de sufrir complicaciones.
- Participa en la distribución de los recursos asistenciales y socio-sanitarios.
- Facilita al paciente todos los servicios sanitarios y socio-sanitarios que deben cubrir sus necesidades, mejorando la calidad de los resultados clínicos y evitando duplicidades.
- Sirve de apoyo y de ayuda a los familiares.

A pesar de ello, las funciones de la enfermera/o gestor de casos abarcan un campo extenso. El marco de la gestión de casos en cuidados enfermeros

comprende 5 elementos: examen, planificación, implementación, evaluación e interacción.

Competencias que definen exactamente la formación de la enfermera/o gestor

Sin embargo, Fraile y otros (97) prefieren hablar de competencias que definen la formación que debe tener la enfermera/o gestor, indicando las siguientes:

- Habilidades de intervención y evaluación: identificar a pacientes crónicos con alto riesgo de complicaciones y necesidades.
- Capacidad de uso de metodología enfermera: valoración integral del paciente, su cuidador y su entorno, elaborar planes de cuidados de acuerdo con la situación y complejidad del paciente.
- Habilidades de conciliación de medicación.
- Desarrollo de una práctica clínica avanzada, que permita identificar e intervenir en crisis y exacerbaciones reales o potenciales.
- Habilidades de comunicación.
- Destreza en el uso de los sistemas y tecnologías de la información.
- Habilidades de pensamiento crítico.
- Capacidad para identificar y aplicar la mejor evidencia científica disponible.
- Habilidades gestoras y directivas para la identificación y gestión de recursos sanitarios, socio-sanitarios y comunitarios que mejor se adapten a las necesidades de los pacientes/cuidadores.
- Habilidades de liderazgo con capacidad para realizar una coordinación continua de la atención de los diferentes sistemas y niveles asistenciales.
- Habilidades docentes e investigadoras.
- Habilidades de integración del conocimiento.

Estas competencias y/o habilidades están dirigidas a la atención y cuidados de pacientes de alta necesidad de cuidados o cuidados de alta complejidad, que en el caso de la atención a pacientes crónicos vienen perfectamente definidos por los sistemas de estratificación de pacientes, sistemas de riesgo predictivo que clasifican a los pacientes por niveles de alta, media y baja

complejidad atendiendo a una serie de criterios definidos, generalmente pluri-patología, comorbilidad, polimedicación y criterios socio-sanitarios.

Beneficios de la gestión de casos

Los resultados que generalmente se obtienen de la gestión de casos podrían resumirse en:

- Disminución y frecuentación de consultas
- Disminución de ingresos hospitalarios
- Aumento de la satisfacción en los pacientes como calidad percibida
- Incremento en el número de pacientes atendidos, sin incrementar los costes (98).

Otros beneficios como aporte de la enfermera /o gestor de casos que se reportan al sistema sanitario y como ayuda para combatir la sobrecarga se indican: continuidad asistencial, mejor acceso a recursos, disminución de la carga de la persona cuidadora, accesibilidad a servicios asistenciales, mejora significativa de la autonomía del paciente, mejora del régimen terapéutico, disminución de la frecuentación al centro de salud de las personas cuidadoras y mejora de la activación de proveedores de servicios como trabajo social, fisioterapia y rehabilitación. En general, la figura mejora la atención de casos complejos y de sus cuidadores.

5.3. Gestión de enfermería en la Atención Primaria en Salud

La enfermera /o en gestión de casos de atención primaria potencia la asistencia domiciliaria, coordinando la intervención de los distintos profesionales en el equipo de atención primaria con los profesionales de atención especializada.

Por otro lado, en el ámbito Hospitalario asegura la continuidad asistencial dando una respuesta coordinada y única con otros profesionales, que proporciona asistencia al paciente y apoyo a la persona cuidadora con el fin de disminuir las descompensaciones, reducir la frecuentación en los centros y los reingresos, y poder mantener períodos de estabilidad más largos en el domicilio. Tanto la enfermera /o gestor de casos de Atención Primaria como la Hospitalaria tienen labores, objetivos y actividades muy similares, aunque trabajen en ámbitos diferentes.

La enfermera /o gestor de casos de Atención Primaria, asimismo, facilita la atención del paciente en su domicilio, actuando tanto en tecnologías como

en profesionales. Ambas enfermeras /os gestores de casos se encargan de la valoración integral del paciente y el posterior plan de cuidados, que luego consensuarán con la enfermera de familia en el ámbito de Atención Primaria o con la enfermera referente en el ámbito hospitalario.

Los desafíos de la gestión del cuidado de los
profesionales de enfermería

Capítulo

VI

*Gestión de Enfermería y
la Calidad de Atención
de Enfermería*



En el presente Capítulo se revisan temas relacionados con la gestión, la calidad de la atención que se refleja en indicadores de atención en salud y la política de seguridad del paciente; desde la mirada de diferentes autores. Se tendrá como referente principal para la evaluación de la calidad a Donabedian (99)(100).

6.1. Gestión de la calidad en los servicios de enfermería

Se entiende que cuidar es una actividad que va más allá del acompañamiento y por ende implica servir, asistir y hacerse responsable del individuo a quien se le otorga cuidado y es partir de esa premisa que se entiende que todas las actividades que se realicen tienen consecuencia directa sobre el individuo que recibe cuidado y el cuidador ya que una situación es propia de la naturaleza humana. A partir de esta premisa nace el cuidado como parte de la intuición femenina en el seno familiar con el propósito de garantizar la salud, sin embargo, la actividad de enfermería no es exclusiva del género femenino, si no, de todos los seres humanos que cuenten con la vocación y la formación para ejercer las labores de la disciplina.

Se entiende que la Gestión del Cuidado de Enfermería es el uso del juicio profesional basado en el conocimiento adquirido durante la formación académica en la planificación, organización, motivación y control de la oferta de cuidados, cuyos criterios implican que dicho servicio debe ser oportuno, seguro e integral, para obtener como producto final la salud o el restableciendo de la misma (84).

A partir de esa idea se asume que la gestión de la calidad en los servicios de enfermería, que además está regulada por la ley; implica que quien ejerce las labores gerenciales debe contar con competencias y/o características específicas como lo son el liderazgo, habilidades comunicativas y capacidad de toma de decisiones. Todo a partir del empoderamiento en la disciplina que implica la capacidad de sobreponerse a las adversidades propias del sistema de salud y de los niveles jerárquicos dentro de la organización, además de los recursos disponibles para la ejecución de la labor. (101).

Además de las características personales, mencionadas anteriormente, es importante reconocer que para poder ejecutar labores de cuidado es necesario el trabajo en equipo y con eso no solo se refiere al equipo interdisciplinario de salud sino también entre profesionales de la misma área como es la enfermería, teniendo claridad que el trabajo en equipo es una de las características esenciales de la calidad en la atención de enfermería. (85).

En síntesis, según la teoría de Chivenato (ver Capítulo IV) se entiende que la gestión de enfermería es una actividad integradora donde se asume y ejerce la actividad de enfermería junto a la administración y gestión de la misma, asumiendo el control de la situación a partir del proceso administrativo adoptado dando cumplimiento a la ley de calidad en salud (81).

6.2. Gestión de calidad en salud y sus componentes básicos

Donabedian (99) define calidad como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Señala que ésta puede interpretarse en dos (2) dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes. Para este modelo, la calidad del servicio está basada fuertemente en un enfoque técnico médico, lo cual deriva que su evaluación sea competencia de los profesionales de la salud, quedándose corta para medir la perspectiva de los pacientes, esto es, la calidad funcional percibida.

A partir de la teoría de Donabedian (99) se sabe que la gestión de calidad en salud tiene tres (3) componentes básicos y son los siguientes:

- 1. Componente técnico:** este implica conocimiento y formación suficientes para dar un uso adecuado a los recursos respecto de ciencia y tecnología que estén disponibles para la ejecución de su labor, con el fin de optimizar la misma.
- 2. Componente interpersonal:** tiene varios factores integrados, por un lado está la ética profesional que le implica a la disciplina y los profesionales que la ejecutan unas características comportamentales específicas, por otro lado están las normas básicas del comportamiento como lo son el respeto y la honestidad y además de eso está la normatividad que rige la profesión que también tiene efecto sobre el comportamiento, el manejo de las relaciones interpersonales y la ejecución del rol de enfermería en cualquiera de sus muchas actividades
- 3. Aspectos de confort:** en este último, pero no menos importante se tiene en cuenta el entorno del paciente, respecto de la seguridad y los elementos con que se pueda brindar una atención más cómoda y confortable al usuario.

6.3. Gestión de calidad

Varo, Jaime (102) define la gestión de la calidad como “aspecto de la gestión general que determina y aplica la política de calidad expresada formalmente por la dirección de la organización”. Dentro se plantea que la gestión de la calidad es la función directiva que desarrolla y aplica la política de calidad a través de cuatro procesos planificación, organización, control y mejora, todos enmarcados en la dirección estratégica de la empresa, por su parte lo hace a través de los tres procesos básicos de su trilogía: “planificación, control y mejora. Deming WE (103) utiliza un plan sencillo, el plan PHCA (planificar, hacer, comprobar y actuar).

Las actividades principales que se llevan a cabo en la gestión de calidad pueden resumirse en las siguientes acciones (102).

- a. Determinar las necesidades de los clientes
- b. Fijar los objetivos de calidad basados en las necesidades
- c. Desarrollar el proceso que alcance esos objetivos
- d. Asignar los recursos necesarios para llevar a cabo este proceso
- e. Evaluar el avance logrado en la consecución de los objetivos
- f. Identificar los problemas o puntos problemáticos del proceso
- g. Diagnosticar los problemas y aislar las causas
- h. Tomar decisiones destinadas a resolver los problemas
- i. Realizar un seguimiento para comprobar que las medidas son efectivas
- j. Planificar la mejora continua de la calidad.

Dentro de esas acciones en las que se resume la gestión de calidad, enfermería en el nivel gerencial actúan en cada una de ellas, desde determinar las necesidades de los clientes o usuarios hasta planificar la mejora continua de la calidad que es en donde se evidenciara el efecto que presenta la gestión de enfermería sobre los indicadores de calidad (102).

Las acciones de gestión planteadas por Varo se pueden esquematizar en las funciones de la gestión planeación, organización, dirección y control.

Para que este proceso sea efectivo debe tener aplicabilidad y ejecución en todos los niveles de la organización para esto es importante manejar la gestión estratégica de la calidad que debe compenetrarse al plan estratégico

de la organización y de esta forma se extenderá a los todos los servicios mediante los objetivos fijados anualmente por el nivel institucional.

Esta gestión estratégica reúne componentes importantes como: definición de la política de calidad, definición de objetivos estratégicos de calidad, establecimiento de proyectos, partiendo del conocimiento de los clientes y de las necesidades de los mismos, asignación de los recursos y establecer un control de la calidad a nivel de organización (104).

Luego establecer la gestión estratégica que va dar el direccionamiento general, se establecerá la gestión operativa de la calidad que hará énfasis en cada uno de los servicios de la organización en la que se puede evidenciar directamente la gestión de enfermería ya que es desde allí en donde se tomara las decisiones como, por ejemplo; establecer protocolos como estrategia de mejoramiento. (105).

Teniendo en cuenta que la coordinación de enfermería se encuentra en el nivel intermedio o gerencial y que es desde allí en donde partiendo de los objetivos institucionales se dan las directrices para el logro de una atención de enfermería de calidad, es muy importante para la gestión en los servicios de enfermería ejercer el liderazgo, sin que entre en conflicto el nivel institucional, y el operacional ya que por encontrarse en medio de estos dos niveles debe gestionar el cumplimiento de los objetivos institucionales que para este caso uno de esos objetivos institucionales sería la atención de enfermería de calidad. (106).

Se establecerán de igual forma los recursos necesarios para la consecución de los objetivos y se instituirá un control de calidad operativo que para este caso sería un control de la calidad de la atención de enfermería por medio de los indicadores de calidad.

6.4. La calidad

“El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de los años y dado lugar a que tanto lo referente a su función como a su ámbito y objeto de control hayan variado hasta nuestros días, cuando la calidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección implantado en las empresas líderes” (102).

La calidad es el resultado final de todo el proceso que se viene describiendo desde niveles de organización hasta la gestión operativa, el ideal es que con la buena integración de todos los procesos se logre una atención de calidad.

“El objetivo fundamental de la calidad como filosofía empresarial, es satisfacer las necesidades” (102).

Donabedian (101) determina que la calidad en la atención en salud se mostrará como una propiedad compleja de hecho, pero capaz de análisis sistemático, permitiendo un grado de seguridad en la evaluación que, lejos de ser perfecta, es suficiente para efectos prácticos. Es en este modesto sentido en el que la palabra medición es interpretada.

La calidad puede abordarse de dos maneras no casuales, ya que están relacionadas por atributos y medios, ellas son:

- a. **Calidad directa:** se establecerá en la medida de los cambios objetivos en el estado de salud de los pacientes o clientes, demostrado por curación o mejoría de la situación, clínicamente comprobadas.
- b. **Calidad indirecta:** aborda el aspecto de aquellas cuestiones significativas que influyen o condicionan la posibilidad de obtener un mayor y mejor estado de salud: entre ellas la dotación de los servicios, los tratamientos, la disminución de los costos, etc.

Donabedian (100) describe tres (3) propiedades de la calidad que son susceptibles de ser medidas, estas son:

- a. **La efectividad:** consiste en conseguir mejoras en la salud mejorando el impacto de la morbilidad sobre una población definida, a través de metas alcanzables y requiere que exista una conceptualización y medida del estado de salud. Mucha de la información requerida para medir la efectividad, requiere de una considerable cantidad de información, que puede estar o no disponible. Es por ello que se requieren de estudios clínicos y observaciones epidemiológicas cuidadosamente diseñadas, que no sólo contribuyen solo a la determinación de la calidad, sino que también son necesarios para establecer la base científica en la cual descansa una atención en salud racional.
- b. **Eficiencia:** Es la relación costo/ beneficio por la que se obtiene la mejor calidad al menor costo posible. Expresa los resultados finales obtenidos en relación con los costos en términos de dinero, recursos y tiempo. Se dice que un servicio es eficiente si consigue el máximo logro con el mínimo número de recursos posible, o con los recursos disponibles. Para algunos no es parte del concepto de calidad, sino que es simplemente el costo al cual se obtiene la calidad en la atención. Para otros, la atención innecesaria o una atención cos-

tosa innecesariamente, aun en el evento improbable de no interferir con el logro de mejoras importantes de la calidad, sugieren ineptitud, descuido e irresponsabilidad social. Por esta razón se reflejan en la competencia del prestador.

- c. Optimalidad:** Hace referencia a la razón de los efectos de la atención en salud o de los beneficios financieros de estos efectos, con respecto al costo de la atención.

Donabedian (100), asimismo, valora las mejoras en salud no en términos absolutos sino relativos al costo de la atención.

a. Aceptabilidad: Es la atención por parte de los pacientes o quienes los representan, por lo general, miembros de sus familias. Descansa en las siguientes cinco propiedades:

- Accesibilidad
- Relación médico paciente (enfermero-paciente para el caso del presente trabajo)
- Servicios
- Preferencias del paciente con los efectos de la atención
- Preferencias del paciente en relación con los costos de la atención.

b. Accesibilidad: Según el autor citado, es el grado de ajuste entre las características de los recursos disponibles para la salud. En esta definición se encuentran implícitos los recursos que se destinan a cubrir las necesidades de la población e identificar los aspectos que impiden su utilización. Entre estas barreras, el tiempo medio, en cualquiera de sus dimensiones, es una variable clave en el proceso de atención médica, a la vez que un indicador de la accesibilidad de los servicios de atención primaria prestados a la población.

6.5. Evaluación de la calidad

La evaluación de la calidad debe ser integral y para abordarla, acude al análisis sistémico. El logro de los resultados finales está condicionado por factores internos o externos al sistema, razón por la que es importante conocer el comportamiento de cada uno de sus componentes y del entorno. Es un proceso que hace parte del control, el cual permite verificar el cumplimiento de objetivos, metas, planes, desempeño, entre otros aspectos de la organización. Compara logros propuestos con resultados obtenidos, con el fin de tomar acciones correctivas en caso de que los resultados no estén acordes

con lo esperado o acciones de mantenimiento de fortalezas, en caso de que se haya cumplido en forma eficiente y eficaz con lo propuesto. (107).

Donabedian (100) también plantea que la calidad de la atención es el cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud, es decir, se refiere a los resultados de la atención; indica también que hay tres aproximaciones para determinar la calidad: estructura, proceso y resultado.

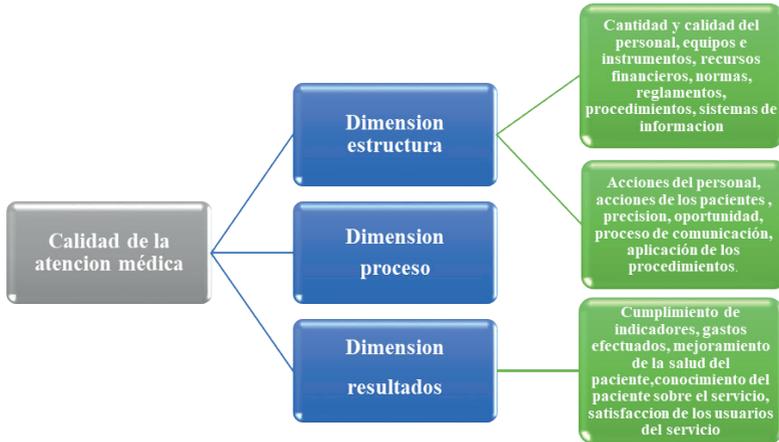
a. Estructura: Hace referencia a la disponibilidad, organización y utilización de la planta física, los recursos humanos, materiales, de equipo y financieros; estudia la distribución y funcionalidad de los espacios y de los equipos, la organización, formación y disponibilidad del recurso humano para la prestación de los servicios; así como la disposición de normas y protocolos de atención que aumentan o disminuyen la probabilidad de brindar una buena atención. No hay duda de que la estructura es importante en la calidad de la atención, puesto que la forma como un programa o sistema de atención en salud es establecido y funciona, moldea el comportamiento en ese programa o sistema. En consecuencia, la evaluación de la estructura produce usualmente juicios presuntivos de la calidad. Aunque las propiedades más abstractas de la estructura organizacional y el comportamiento son difíciles de medir, muchas de las características más concretas son estables y aún más fácilmente observadas. Consecuentemente, la evaluación de la estructura ha sido un aspecto fundamental en lo que a acreditación en salud se refiere. Además de ser un indicador útil de calidad. La evaluación de la estructura es frecuentemente necesaria para explicar cómo surgen las deficiencias en proceso y resultado (100).

b. Proceso: brinda información sobre la funcionalidad del sistema de prestación de servicios, medido a través de las actividades que ejecuta el personal que brinda la atención, así como el apoyo administrativo para desarrollarlas. Es la designación que se hace para los pacientes y por los pacientes. Especial importancia en este elemento, la constituye la evaluación de las relaciones interpersonales, el aspecto técnico-científico, lo ético y lo social (100).

c. Resultado: implica un cambio en el estado de salud del usuario, que puede atribuirse a la atención recibida; generalmente se mide por medio de indicadores del estado de salud, relacionados con la morbilidad, mortalidad, invalidez y por la conservación o mejoría del estado de salud del paciente (100).

Figura 6.

Modelo de calidad de la atención médica.



Nota. Elaboración propia

6.6. Indicadores

La base de la evaluación de la calidad se centra en comparar lo que se debe hacer con lo que se ha hecho. Este proceso se puede aplicar tanto a la estructura, como a los procesos y a los resultados obtenidos, para esto se necesita un patrón de referencia que para este caso está compuesto por indicadores, uno de los medios para evaluar la calidad es a través del uso de indicadores, los indicadores son un avance en la gestión porque permiten objetivar aspectos relevantes de la asistencia, establecer comparaciones, proponer objetivos y crear una cultura de evaluación y mejora de la asistencia (109).

Un indicador se puede definir como una medida que se usa a través del tiempo para determinar el rendimiento de las funciones o procesos. Se puede usar para valorar la adherencia a un estándar o el logro de metas de calidad. Es un valor cuantificable que puede usarse para evaluar el rendimiento a través del tiempo por medio de análisis trimestrales de datos acumulados, en vez de sólo ser una evaluación periódica en un momento dado (110).

Un indicador es una dimensión definida de la calidad o la idoneidad de un aspecto del servicio o de los cuidados. Es un parámetro que sirve como referencia para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria, la institución debe tener sus propios indicadores relacionados con la estructura, la actuación del

profesional, los riesgos o complicaciones, la utilización de recursos, los resultados y la satisfacción del usuario. La selección de los indicadores que se empleen para la valoración de la estructura, proceso y resultados, deben estar sujetas a los siguientes criterios:

- Pertenencia
- Sensibilidad
- Especificidad
- Inclusividad
- Validez
- Confiabilidad
- Comprensibilidad
- Sencillez

Es conocido que con los indicadores dependiendo de su formulación y aplicación se puede evaluar eventos, procesos y actividades o cada uno de sus componentes y de esta forma se plantean los indicadores estructura, proceso y resultado dentro de los indicadores de resultado se identifican los indicadores centinela, trazadores, basados en la opinión del cliente, indicadores negativos y positivos (108).

- a. Indicadores centinela:** Son aquellos por medio de los cuales se presentan sucesos de mayor importancia en el resultado de la atención, estos son meritorios de atención específica suficiente como para realizar una revisión individual de cada caso en que se produzca. Identifican la aparición de un evento serio cuya ocurrencia debe ser investigada inmediatamente.
- b. Los indicadores trazadores:** Son aquellos que registran y evalúan un evento que indica deficiencia o no en la calidad de la atención en un área específica; y sus resultados impactan la calidad de la atención de la institución o de un área específica de ésta. Por ejemplo, caídas.
- c. Los indicadores positivos:** Se basan en los sucesos considerados deseables y están asociados directamente a la buena calidad, puesto que indican cumplimiento con los estándares, es necesaria su formulación e implementación en un sistema de evaluación de calidad, puesto que se incluirán eventos específicos que se refieren directamente al nivel de calidad.

- d. **Los indicadores negativos:** Hacen referencia a un evento no deseable, el cual representa directamente un problema. Este debe ser abordado por la organización y modificado por medio de acciones, tendientes a intervenir las causas directas del evento negativo; de tal forma tiende a aumentarse, comprometiendo los niveles de calidad.

Los desafíos de la gestión del cuidado de los
profesionales de enfermería

Capítulo

VII

*Los Desafíos de la Gestión de
Cuidados de los
Profesionales de Enfermería*



7.1. Generalidades

De manera general, se dice que un desafío es algo que hay que superar y es valorado como una situación o experiencia difícil y/o nueva. Un desafío implica emprender acciones para superarlo y alcanzar la meta planteada. Los desafíos también pueden ser aquellos que tienen como meta producir modificaciones. A través de la realización del desafío se consiguen logros concretos a fin de mejorar una determinada situación que aqueja bien a un ser humano, a una organización o un estado, por ejemplo. Estas acciones involucran varios aspectos como el esfuerzo (motivado a la dificultad), el compromiso ya que conlleva consigo una meta importante para realizar, y requiere, además, poner en juego una serie de recursos personales (habilidades y capacidades) y/o sociales (apoyo de otros) y, por otro lado, recursos financieros, participación, colaboración, cooperación, etc.

La gestión en los cuidados de enfermería es cada vez más compleja y, por tanto, enfrenta una serie de desafíos producto de limitaciones financieras, el déficit de enfermeras, de insumos, los altos costos, las condiciones para la práctica, la normatividad excesiva, la legislación y las exigencias de los usuarios con mayor información y educación, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en la salud. Es decir, todos estos aspectos constituyen un gran desafío para la práctica y la gestión del cuidado de enfermería, además de que existen múltiples núcleos de poder, tales como: jefes, médicos, sindicatos, diversos grupos profesionales que generan problemas en relación al reconocimiento, estatus, comunicación, autonomía, responsabilidad que pueden complicar las actividades de gestión de cuidado para que sea exitosa. Atendiendo a ello, los profesionales de enfermería en el rol de gestores deben contar con competencias en gestión, liderazgo, cualidades interpersonales, pensamiento crítico, comunicación, habilidades de gestión, de negocios en la atención de la salud y por ende de los cuidados.

Se consideran según la literatura como algunas de las premisas de la práctica de la enfermería, las siguientes:

- La enfermería está comprometida con una práctica profesional al lado de personas, familias o comunidades, y sobre ella descansa la responsabilidad de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud.
- El centro de interés de la disciplina de enfermería indica aquello que se orienta a la práctica de la enfermera, sobre lo que dirige su juicio clínico y sus decisiones profesionales

- La práctica de enfermería se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. Por lo cual, la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona.
- La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas.
- La gestión del cuidado de enfermería es un proceso heurístico (entendido como la capacidad de las personas para descubrir, inventar o resolver problemas mediante la creatividad o pensamiento lateral), dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno, con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona.
- La gestión del cuidado en enfermería implica potenciar la calidad en enfermería, que lleva implícito la idoneidad profesional.

7.2. Los desafíos de la gestión de cuidados de enfermería más importantes en la actualidad

De acuerdo a lo planteado por Zarate (56) en el documento “La Gestión del Cuidado de Enfermería” cuyo eje central es la exposición de elementos conceptuales para la Gestión del Cuidado, su importancia para garantizar la calidad y algunos modelos que pueden ser aplicados en las instituciones de salud, la autora reconoce ciertos desafíos de la práctica de enfermería, los cuales pueden considerarse aún actuales, se sintetizan a continuación:

1. Desafíos de la práctica de enfermería orientada al cuidado.

Según la autora mencionada para enfrentar este primer desafío es necesario entre otras cosas:

- a. La colaboración.** Es necesario que la enfermera trabaje en estrecha colaboración con los médicos y otros profesionales a fin de asegurar el cumplimiento de las terapéuticas.
- b. Valoración de las actividades.** Valorar las actividades que le son delegadas al personal de enfermería, tareas nuevas o emergentes y de todas aquellas actividades que las alejen del centro de interés: el cuidado.

- c. Nuevos estilos de gestión: los planes de cuidados individualizados.** La práctica de enfermería bajo el contexto actual sugiere la necesidad de creación de nuevos estilos de gestión un cuidado basado en una concepción de la disciplina enfermera y orientado o dirigido a un cuidado personalizado, basado en la experiencia particular de salud. De allí que, el cuidado enfermero se convierte en específico, individual y contextual. Por lo cual, los planes de cuidado estandarizados elaborados para ciertas experiencias de salud que existen en la literatura, pueden servir de guía, pero los planes de cuidados individualizados son imprescindibles, es decir, utilizar el método de atención de enfermería en la práctica diaria será indudablemente necesario para hacer la diferencia.
- d. Creación de instrumentos para la recolección de datos sistemática.** La gestión del cuidado incluye también la creación de instrumentos para la recolección de datos de manera sistemática, sobre su experiencia en salud y su entorno (individual, familiar, comunitario), como base para el proceso de planificación que requieren de la ciencia y el arte de enfermería, que pueden variar según la concepción de la disciplina, pero deben ser guiados por los principios inherentes al cuidado. Cabe indicar que el uso de las herramientas de recolección y análisis de datos es fundamental en el desarrollo organizacional y pueden fortalecer la toma de decisiones y el posicionamiento de una organización.
- e. El cuidado humanizado.** A pesar de un entorno complejo, la enfermería debe ofrecer un cuidado humanizado. Dar prioridad a la persona antes que a las rutinas de la organización del trabajo, si es necesario modifica el entorno para asegurar un cuidado de calidad y libre de riesgos. El personal de enfermería que conoce bien a la persona y su contexto de vida puede facilitar las interacciones y decisiones conjuntas con los otros profesionales de la salud y de los servicios con que se cuenta.
- f. La colaboración intradisciplinaria y la práctica profesional constantemente renovada.** Este es otro aspecto de la gestión del cuidado inherente a la práctica de enfermería. Se trata de la colaboración intradisciplinaria que comprende entre el personal de enfermería: la consulta entre colegas, la participación de enfermería en el desarrollo de conocimientos y formación de futuras enfermeras/os, lo cual puede generar un impacto importante en la continuidad y la calidad de

los cuidados. Indica que explicar ante un novato el qué y el cómo del cuidado y compartir con él el progreso en la creación de un cuidado o en el acto de cuidar, favorecen la reflexión y el cuestionamiento y dan testimonio de una práctica profesional constantemente renovada.

- g. La investigación.** Es necesario, poner en práctica los resultados de las investigaciones, recolectar nuevos datos y desarrollar sus habilidades en este terreno.
- h. El papel principal de una o un Jefe o Gerente o Gestora/gestor en enfermería.** Las funciones básicas de enfermería en el sentido de geroría, contemplan: planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos de la institución. El personal de enfermería que realiza el papel de gestor debe guiar las actividades a partir de los conocimientos y principios que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política los cuales son necesarios para la práctica administrativa del cuidado de enfermería. Sin embargo, el responsable de la gestión debe considerar siempre los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina de enfermería que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Es decir, debe centrarse en las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería ya que es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería.
- i. Enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado de la persona. La creatividad, indagación y transformación.** La gestión de los cuidados va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de enfermería, esta gestión como proceso recurre a la creatividad, la indagación y la transformación. La contribución del personal de enfermería responsable de la gestión en enfermería es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera, este personal responsable de la gestión del cuidado se enfrenta a grandes retos, ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y dentro de éste buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

- j. **El ejercicio del liderazgo.** El personal de enfermería en el ejercicio del rol de gestor deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejora del cuidado.

2. **El entorno, un gran desafío para la práctica y la gestión del cuidado de enfermería.**

La administración de cuidados de enfermería, como se ha indicado, requiere el conocimiento de los múltiples factores del entorno en el que se sitúa la acción de gestión y de las personas que otorgan cuidados. Los aspectos que caracterizan el entorno, en el que se otorgan los cuidados, constituyen un gran desafío para la práctica y la gestión del cuidado de enfermería exitosa ya que el personal responsable del cuidado generalmente trabaja en un medio ambiente altamente complejo.

Es allí, donde las organizaciones, deben incorporar el manejo del cambio y la agilidad en su mecánica de trabajo, planificando en entornos ambiguos e inciertos, para ser más resistentes. Se deben crear estrategias ajustables que preparen al personal para los continuos cambios que se presenten y que se desarrollan a medida que evoluciona el entorno.

Por ejemplo, se podrían enunciar, entre los factores complejos del entorno en que se sitúa la acción de gestión y las personas que otorgan los cuidados:

- La complejidad de los cambios en la organización de la salud, los procesos de reforma en el sector
- Las restricciones financieras, el déficit de personal de enfermería, de insumos para la atención en salud, los altos costos, las condiciones de la práctica, la legislación o normatividad excesiva, las exigencias de los usuarios con mayor educación e información, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en salud.
- El trabajo del personal en centros hospitalarios, comunitarios, etc. que están administrados con una mecánica muy compleja, con principios de alta burocracia, de gran centralización, y excesiva división de tareas.
- Con asiduidad la organización, los servicios, y el trabajo se establecen con el enfoque médico del diagnóstico y del tratamiento, tales como: medicina, cirugía, obstetricia, pediatría, etc.
- Existencia de múltiples grupos de poder, jefes, médicos, sindicatos y

diversos grupos profesionales, lo cual genera algunos problemas en relación al reconocimiento, estatus, comunicación, autonomía y responsabilidad, que pueden complicar las actividades para una gestión del cuidado exitosa.

- En el interior de los propios departamentos de enfermería, existen elementos que obstaculizan el entorno para una gestión efectiva tales como: personal escaso, alta rotación de personal, ausentismo, equipos de trabajo muy heterogéneos en su formación, escasa educación continua, con una cultura profesional débil de ayuda, servicio y altruismo; que además debe hacer frente a situaciones de estrés, angustia y dolor de los pacientes.

Ante ello, propone algunas consideraciones, tales como:

a. Favorecer una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona. El liderazgo, la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración. Se requiere del personal de enfermería en función de jefatura, el ejercicio de dos procesos esenciales para garantizar un cuidado de calidad: el liderazgo y la motivación, e incorporar la participación, la comunicación y la colaboración de todo el personal a su cargo.

- El liderazgo permite influir en la acción de las personas responsables del cuidado en relación a su compromiso personal y de respeto a las personas, así, el personal de enfermería gestor puede transmitir los valores del cuidado y asumir actitudes de apoyo para con el personal responsable del mismo y reducir los factores que obstaculizan un cuidado de calidad.
- Asumir la responsabilidad de realizar acciones que motiven al personal, la motivación se puede medir por el grado de autonomía que las enfermeras adquieren y su nivel de responsabilidad en el cuidado. La motivación del personal responsable del cuidado es esencial a fin de lograr un entorno propicio para el cuidado. El personal de enfermería gestor tiene entonces el compromiso de:
 - Generar un clima de trabajo favorable y participativo
 - Hacer participar al personal en las decisiones
 - Pedir la opinión del grupo
 - Ser receptor ante las demandas del personal
 - Reconocer el trabajo individual y grupal

- Compartir la información
- Favorecer la creatividad
- Promover el espíritu de equipo
- Fomentar la autonomía y la capacitación de todos los miembros del grupo de cuidados.

En conclusión, la gestión de los cuidados está entonces orientada hacia la persona, el cliente, su familia, el personal de enfermería, los equipos interdisciplinarios. La gestión se identifica como un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración.

b. La cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona, utilizando el pensamiento enfermero. El rol de gestor del personal de enfermería. La dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados enfermeros, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería. En este contexto es necesario diseñar algunas estrategias que pueden ser consideradas por los responsables de la gestión del cuidado, a manera de ejemplo, señala la autora del documento:

- Discutir con el personal los valores, los paradigmas, los conceptos y los objetivos de los cuidados.
- Ayudar a otros profesionales, a los pacientes y familiares a comprender la contribución de la disciplina de enfermería para mejorar la salud individual y colectiva (a través de la investigación y la aplicación en la práctica).
- Apoyar los principios inherentes al cuidado de las personas.
- Explicar que la intervención terapéutica de enfermería requiere utilizar más tiempo que una intervención médica. Porque la enfermera utiliza la interacción, la relación de ayuda y sus recursos personales, evalúa integralmente al paciente ya que no se restringe sólo al análisis de problemas inmediatos.
- Centrar la gestión del cuidado en la salud más que en la enfermedad.
- Modificar los sistemas de prestación de cuidado: número y tipo de

personal, descripción de puestos, normas y reglamentos, criterios para evaluar los cuidados, programas de educación continua, sistemas de evaluación del desempeño y su impacto en los costos del sistema de salud, sistemas de registro del cuidado y auditoría de calidad.

c. Los modelos de cuidado. En líneas generales, el principal objetivo de los líderes de cualquier entidad debe ser establecer estrategias de gestión y modelos de gestión que permitan anticipar la evolución de la organización y evitar, o al menos reducir, la incertidumbre. Para lograr dicho objetivo, un directivo debe conocer a la perfección los modelos y estrategias disponibles para identificar los más adecuados para su organización, pero también debe ser capaz de diseñar, adaptar e implementar sistemas propios. Estos deben abordar todas las áreas de la organización, desde la creación de valores o el control de gestión, e integrar la capacidad de impulsar a la organización hacia un rendimiento óptimo y predecible.

Entonces, la gestión de los cuidados debe estimular la creación de modelos de cuidado basados en la concepción de la disciplina de enfermería, el uso de un lenguaje común, de símbolos, de conceptos comunes en la práctica clínica que refuercen el potencial, el compromiso y la identidad profesional de la enfermería, pero sobre todo la calidad del cuidado que se otorga a los usuarios y su familia.

De la lectura de otros documentos referidos a los desafíos actuales de la gestión de cuidados se deducen o extraen algunos como son:

a. Fortalecer las competencias tecnológicas y técnicas. Las nuevas tecnologías están presentes en cada aspecto de la vida actual de las personas y por supuesto, las organizaciones no escapan de ellas. Es por ello que aprovechar la tecnología para brindar capacitación a los empleados hoy en día es fundamental y se ha convertido en uno de los desafíos más importantes en la gestión del talento humano. Las mismas, tienen como finalidad propiciar la colaboración entre trabajadores, impulsar la innovación y compartir información de interés de acuerdo a los objetivos de las organizaciones y de cada individuo.

Otro de los retos que enfrenta este sector es la revolución de la información, ya que mientras más datos se tiene del paciente, mejor atención se puede brindar por lo que se presenta una gran oportunidad para la industria del cuidado de la salud. Es fundamental entender que la empresa de la salud es una gran oportunidad, se requiere unir la fuerza tecnológica con la fuerza

clínica para construir un sistema tecnológico que incluya toda la información de nuestros pacientes y se realice el uso de los datos clínicos eficientes con retroalimentación al sistema.

b. Maximizar las competencias gestoras y/o directivas. Capacidad de liderazgo y motivación, habilidades comunicativas, de negociación, de mediación y de gestión de equipos. Mantener y desarrollar un equipo de trabajo con el talento, destreza y motivación suficiente para lograr las metas de la organización, es función esencial de un gestor.

c. Innovar y mantener una actitud creativa. En la sociedad actual, los cambios se suceden a un ritmo casi frenético. La perspectiva conservadora que tradicionalmente ha predominado en el sector de salud no puede proporcionar resultados positivos en un entorno tan cambiante. Por ello, los cargos gerenciales y directivos deben dejar de lado esta tendencia y aprender a innovar, renovarse y encontrar soluciones creativas para afrontar los nuevos retos del entorno. La mejor forma de maximizar las posibilidades de éxito consiste en no tener miedo de adoptar nuevas prácticas y liderar la transformación de la organización.

Reseña Griselda (109), en el documento “Planteando estrategias para enfrenar los desafíos a la gestión del cuidado” que es necesario plantear las estrategias para enfrenar estos desafíos a la gestión del cuidado. Se realiza a continuación un resumen de los aspectos más significativos de su documento:

1. Desafío necesidad de invertir en los profesionales de la salud y garantizar una fuerza laboral más fuerte y diversificada que esté preparada para enfrentar los desafíos actuales y anticipe los desafíos y las prioridades de salud futuros.

A lo largo de los años, la enfermería ha afrontado diversos retos y avances en la profesión que la posicionan hoy en día como un eje central al interior de los diferentes sistemas de salud. El aporte de enfermería a la salud de la población es evidente y esto fue visible socialmente, sin embargo, también es evidente la necesidad de invertir en los profesionales de la salud y garantizar una fuerza laboral más fuerte y diversificada que esté preparada para enfrentar los desafíos actuales y anticipe los desafíos y las prioridades de salud futuros.

2. Desafío de demanda de un mayor esfuerzo de todos los involucrados.

Para enfrentar los desafíos se demanda un mayor esfuerzo de todos los involucrados, como son el sistema sanitario, gobierno, empleadores, instituciones educativas, asociaciones y organizaciones internacionales de enfermería y la ciudadanía, entre otros.

Algunos retos para la enfermería demandan un enfoque estratégico a largo plazo, con el concurso de diversos actores, que permita una orientación clara de las acciones seguras y sostenibles requeridas para afrontar los retos no superados, los que plantean los entornos de atención médica actuales y los que se visualizan en un futuro cercano.

3. Desafío en el ámbito de la gestión práctica clínica con modelos de cuidado exitosos.

- a. En el ámbito de la gestión de la práctica clínica es imprescindible transitar a modelos de gestión efectivos orientados a la planificación de recursos humanos que garanticen una dotación segura y apropiada de personal de enfermería.
- b. Es necesario contar con programas de educación permanentes al interior de las instituciones de salud que empoderen la fuerza de trabajo del futuro con competencias clínicas, conocimiento avanzado, habilidades y actitudes necesarias que les permita demostrar pensamiento crítico e innovador en el manejo clínico efectivo de sus pacientes.
- c. El futuro de la prestación de cuidados se basa en los equipos interprofesionales donde se incluyan otras profesiones y no solo el área de la salud, por lo que se demanda crear ambientes de trabajo positivos que propicien el fortalecimiento del trabajo en equipo multi e interprofesional.
- d. Es necesario gestionar estructuras organizacionales y ambientes laborales que faciliten elementos vinculados con un impacto positivo en la calidad y seguridad en la atención, tales como:
 - Entrega de un cuidado innovador
 - Transformación digital en el cuidado
 - Aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica

- Investigación clínica en enfermería

La gestión de la eficacia profesional de enfermería se traducirá en una contribución suficiente de los profesionales de enfermería en los entornos de prestación de servicios. Y en una práctica clínica fortalecida con modelos de cuidado exitosos basados en autonomía y responsabilidad y un liderazgo clínico que influye y avanza en el cuidado, las políticas y la colaboración en los diferentes niveles de los sistemas de salud.

4. **Desafío la educación y conocimiento.**

- a. En la educación se requiere garantizar que los programas de pregrado estén sustentados en modelos educativos que permitan formar personal en enfermería con un marco fundamental de excelencia para la práctica profesional.
- b. Asimismo, se requiere implementar modelos educativos que aseguren que el personal de enfermería adquiera las habilidades esenciales para influir en el cuidado. El desarrollo de estas habilidades permitirá que, al insertarse en el mercado laboral, el valor clínico y financiero de las enfermeras para las organizaciones sanitarias sea visible.
- c. Es necesario, contar con docentes formados debidamente con los mejores métodos y tecnologías pedagógicas y con experiencia clínica demostrada en las áreas temáticas, los cuales fortalezcan el desarrollo de competencias clínicas y competencias transversales en materia práctica colaborativa, cuidados interprofesionales, trabajo en equipo, uso de las tecnologías digitales, realidad virtual y simulación. Estos elementos son esenciales para que los egresados se desempeñen de manera activa en nuevos modelos de prestación de servicios y en diferentes entornos con puestos de trabajo acordes a la preparación académica donde puedan aplicar los conocimientos y les permitan mayores oportunidades a posiciones institucionales con extensión del alcance profesional.
- d. Invertir en el empoderamiento y consolidación de los profesionales de enfermería, a través de fortalecer su conocimiento y las competencias clínicas, es una inversión no solo al sistema nacional de salud, es una inversión a la salud poblacional y a la economía.

El empoderamiento en el conocimiento es un factor de competitividad económica que moviliza e impulsa el desarrollo de la enfermería que se refle-

jará en una mejora a la calidad y seguridad de la atención al paciente, familia y comunidad y en el impacto social de la enfermería.

5. **Desafío en el ámbito investigativo**

- a. Es necesario, impulsar una agenda de investigación ambiciosa que satisfaga las necesidades de atención médica actuales y futuras y anticipe los desafíos en salud. La investigación se debe orientar a abordar los desafíos de la atención médica y constituir las bases científicas para una práctica clínica innovadora que haría avanzar la enfermería y las ciencias de la salud en los próximos años.
- b. La tendencia es desarrollar investigación orientada a resultados con enfoques personalizados que maximicen la salud y el bienestar de las personas en todas las etapas de la vida y en diversas poblaciones y entornos.
- c. Los temas clave se orientan a la ciencia de síntomas, con promoción de estrategias de salud personalizadas, bienestar centrado en promover la salud y prevenir enfermedades, autogestión para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas; y cuidados paliativos y al final de la vida (ciencia de la compasión). Se recomienda abordar áreas prioritarias para avanzar la investigación en enfermería tales como: síntomas biológicos y ciencia de los síntomas, ciencias de la enfermería bioconductual y ciencias de datos “Big data”, que a través de la recopilación y el análisis de grandes bases de datos tienen el potencial de avanzar en la comprensión de la salud y enfermedad y apoyar la toma de decisiones clínicas orientadas a una medicina de precisión y personalizada.
- d. Se demanda invertir en la formación y el desarrollo de enfermeras científicas que aborden los desafíos con un enfoque reflexivo, innovador e interdisciplinario.

6. **Desafío en cuanto al liderazgo.**

- a. En el liderazgo en enfermería, se demanda que los líderes de la práctica y los de la academia fortalezcan su vinculación y trabajen en conjunto para diseñar, implementar y evaluar nuevos modelos de atención innovadores y que participen activamente en los avances en tecnología para la salud.
- b. Que se lideren nuevas áreas de investigación que contribuyan a impulsar el cambio de políticas que guíe al personal de enfermería del

cuidado y gerentes de enfermería en la creación de ambientes de práctica óptimos para generar resultados de calidad.

- c. El personal de enfermería con experiencia y comprensión de la realidad de la prestación de cuidados deben ocupar un lugar central en la planificación y diseño de los sistemas sanitarios sostenibles, equitativos, basados en la ética y adecuados para el futuro.
- d. Se debe contar con enfermeras en puestos de influencia y poder lo cual conduce a que los planteamientos estén centrados en la persona y orientados a lograr resultados más positivos para las personas y comunidades.
- e. Los desafíos o retos para el futuro demandan la necesidad de invertir en la enfermería para empoderarla a todos los niveles, específicamente en los más estratégicos, para garantizar que participen en las tomas de decisiones de alto nivel en salud, en el diseño de las políticas de salud y en el funcionamiento de los sistemas sanitarios garantizando un desempeño óptimo del personal de enfermería para mejorar la satisfacción de las necesidades de la población a la que atiende.

7. Desafío en el proceso de gestión e innovación de la asistencia médica

- a. Promover una reingeniería del sistema de salud la cual consiste en un proceso de cambio creativo, de reinventar y renovar las estructuras, los procesos, los sistemas y las maneras de medir los resultados y el desempeño de la organización. Es decir, que el proceso renueve y reinvente la práctica hospitalaria, el primer nivel de atención, y los diferentes escenarios, lo cual permitirá contar con un sistema nacional de salud con profesionales de enfermería con preparación sólida y visión futurista para responder y dar solución individualmente, y en asociación con otras disciplinas, a los problemas de salud de la población.
- b. Aprender a gestionar en cinco campos de acción: campo de acción técnico profesional, de recursos humanos, liderazgo, de uso de recursos y de imagen del servicio y de confianza frente a los pacientes. Acompañar el intercambio de productos intermedios, orientados al acortamiento de la estancia de los pacientes, y darle continuidad a la atención, controlar el gasto, contribuyendo a la eficiencia.

- c. El futuro estará en asumir la gestión, más allá de lo técnico de los procesos, ampliar los espacios de acción profesionales, aprender nuevas competencias, ser gestores de cuidados, desarrollar nuevos campos de acción: liderazgo y comunicación, manejo de los recursos a su cargo y de los recursos humanos. Desarrollando una carrera hospitalaria, de crecimiento profesional, mejorar las condiciones de trabajo y las remuneraciones

8. Desafío, el dominio tecnológico

En un mundo cada vez más interconectado y asediado por la evolución tecnológica, desarrollar habilidades de dominio tecnológico será clave para marcar la diferencia. La enfermería será expuesta a nuevas y modernas herramientas y técnicas de atención a los pacientes, por lo que deberá orientarse a la comprensión y dominio de estas, la importancia de la tecnología como una herramienta que ayuda al bienestar pero que, a la vez, debe ir acompañada de los valores de humanización y comunicación.

Por otro lado, y en el mismo orden de ideas, de cara al 2030, para los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, las cuatro áreas específicas sobre las que se apoyan los retos y/o desafíos más importantes de la enfermería son la educación, gestión de la práctica, la investigación y el liderazgo. (Ver Capítulo X).

- En el **eje de educación**, entre las acciones necesarias para disminuir el déficit de estos profesionales, que apunta el documento de la OMS, destacan el incremento en la inversión estatal para evitar una situación de escasez mundial, aumentar el número de graduados en enfermería, mejorar las opciones de empleo y retener a los profesionales en el sistema de salud. También en torno a este desafío, se advierte la necesidad de garantizar que los estudiantes se formen a través de modelos educativos adecuados a las nuevas exigencias de la profesión, que apunten a la excelencia para la práctica profesional a través de la consolidación de habilidades esenciales para el cuidado de las personas. Desde luego, esto va de la mano de la existencia de docentes debidamente formados, que fortalezcan el desarrollo de competencias clínicas y transversales en los diversos campos de acción de la profesión.
- En el eje de la **gestión de la práctica clínica**, los informes enfatizan en la necesidad de capacitar a la futura fuerza laboral con las competencias clínicas necesarias y los conocimientos, habilidades

y actitudes avanzadas para demostrar un pensamiento crítico e innovador en el manejo clínico efectivo de pacientes.

- **En el ámbito de la investigación**, las consideraciones de los organismos internacionales apuntan a la necesidad de aprovechar las fortalezas de la enfermería e impulsar su rol investigativo en pos de dar solución a las necesidades actuales de la población, la búsqueda del bienestar de las personas y la prevención de nuevos desafíos en salud.
- En cuanto al **futuro del liderazgo** en enfermería, este refiere a la necesidad de que, tanto líderes académicos como los que ejercen la práctica fortalezcan sus relaciones y aúnen esfuerzos para desarrollar, implementar y evaluar nuevos modelos innovadores de atención y participen activamente en el desarrollo de tecnologías de la salud.

Los desafíos de la gestión del cuidado de los
profesionales de enfermería

Capítulo

VIII

*Modelos o Teorías Referidos
al Cuidado en la Enfermería*



8.1. Definición de modelo

El término modelo proviene del concepto italiano de *modello*. La palabra se puede utilizar en distintos ámbitos y con diversos significados. Aplicado al campo de las ciencias sociales, un modelo hace referencia al arquetipo que, por sus características idóneas, es susceptible de imitación o reproducción. También al esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja. En este sentido, Carvajal A. (110) expone que el significado etimológico de la palabra “Modelo” implica a. medida, cantidad, proporción, b. ejemplar o prototipo, y c. un algo proporcionando a otra cosa.

Para Wartofsky (111) un modelo es una versión de representación de algo tomado del original. Es decir, que la nueva entidad se produce al imitar al original. Lo anterior da idea de que un Modelo resulta ser la representación gráfica de una realidad práctica o bien, una especie de descripción o representación de la realidad que pueden ser: hechos, situaciones, fenómenos, estructuras y sistemas, entre otros, que, por lo general, está en función de supuestos teóricos.

8.2. Modelos de gestión

La palabra gestión, por su parte, proviene del latín *gesĭo* y hace referencia a la acción y al efecto de gestionar o de administrar. Se trata, por lo tanto, de la concreción de diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera (Pérez y Merino, 2018). De esta forma, la gestión supone un conjunto de trámites que se llevan a cabo para resolver un asunto, concretar un proyecto o administrar una empresa u organización. Por ello, para lograr los modelos de gestión se requiere de la planeación estratégica y la gestión de factores humanos y recursos físicos, materiales y financieros para alcanzar las metas y los objetivos de la organización y de sus clientes. Además, se hace necesario conocer la filosofía organizacional con la formulación clara de la misión, visión, valores y estrategias de acción.

Para Arias y otros (112), el objetivo principal de crear modelos de gestión en las empresas y organizaciones es para ofrecer productos o servicios que permitan satisfacer las demandas de los usuarios en un entorno competitivo. En este sentido, no solamente hay que hacer las cosas bien, sino hacerlas mejor que los demás; es decir, innovar con estrategias directivas que garanticen los servicios.

En fin, un modelo de gestión constituye un esquema o marco de referencia para la administración de una entidad, bien sea esta de carácter público o privado.

8.3. Modelo de gestión de enfermería

Morfi (84) define la gestión del cuidado de enfermería como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, óptimos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y que se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final, la salud y que ésta se vincule directamente con el bienestar de los individuos y las poblaciones. Partiendo de esto, la gestión de los cuidados tiene el propósito de adecuar la atención y los cuidados a las necesidades de las personas sanas y enfermas y a la demanda de sus familiares, cuidadores y comunidad en general.

Por otro lado, Kérouac y otros (8) definen la gestión del cuidado enfermero como “un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud”; al ser un proceso, el profesional de la enfermería debe desarrollar diversos factores que contribuyan a promover una acción favorable en beneficio del paciente.

Por tanto, los modelos de gestión del cuidado de enfermería son representaciones gráficas y abstractas de una realidad práctica en donde la persona es el sujeto de estudio de la enfermería y el objeto, es el cuidado que se brinda a las personas. La creación de los modelos de gestión de enfermería nacen según Kérouac y otros (8) del papel que desempeña la enfermera gestora al planificar, organizar, dirigir y controlar los factores humanos y los recursos físicos, materiales y financieros con la intención de atender, con la mejor eficacia posible, los objetivos de la organización. Así, la enfermera gestora guía su actividad a partir de los conocimientos extraídos de las ciencias de la organización, gestión, economía, sociología y política, entre otras, para brindar ayuda a las personas.

En este proceso de cuidar, emergen modelos de gestión del cuidado de enfermería tales como los de las teóricas Henderson, Orem, King, Roy, Royers, Leininger, entre otros, que como indica Kérouac y otros (8) guían las actividades de dirección de los cuidados hacia el bienestar de las personas. Es decir, la concepción de la disciplina de enfermería al realizar la práctica clínica, debe ir acompañada de una práctica administrativa efectiva. Es allí, donde las teóricas de enfermería proponen nuevos caminos para realizar la gestión guiada por el cuidado de las personas, agrupadas en seis escuelas: las necesidades, interacción, efectos deseables, promoción de salud, el ser humano unitario y el *caring*, entre otras.

A continuación, se realiza una breve revisión documental de los diferentes modelos de gestión del cuidado en el ejercicio de la disciplina de enfermería,

Resumen de los principales modelos de gestión de cuidados de enfermería

1. Dorothea E. Orem. Teoría del déficit del autocuidado

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, Teoría del déficit autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.

La enfermería como ciencia se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria

Señalan (113) que Orem plantea la teoría del déficit del autocuidado la cual se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de promover y mantener su salud. Para la teórica las enfermeras gestoras deben tener no solamente un conocimiento renovador de los cuidados de enfermería, sino llevar éstos a la práctica.

Para Berbiglia y Banfield (114) el autocuidado de Orem se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de preservar y mantener la vida, salud y bienestar.

Así, la concepción de Orem guía al personal de enfermería al utilizar el enfoque centrado en las necesidades de salud de las personas que tengan dificultades o incapacidades con respecto a su autocuidado.

2. Imogene King. Teoría del logro de metas

Teórica de la escuela de las “interacciones”, desarrolla la Teoría del Logro de Metas donde establece que “La enfermería es un proceso de acción, reacción e interacción mediante el cual la enfermera y el paciente comparten información sobre su percepción en la situación de enfermería”.

Considera que promover la salud presupone acciones, reacciones, interacciones y transacciones que tienen lugar en 3 entornos: personal, interpersonal y social. Por tanto, la gestora de enfermería se mueve en estos 3 entornos e interacciona con ellos para satisfacer las necesidades de las personas.

Según, Sieloff y Messmer (115) King conceptualiza a la enfermería como un proceso de acción, reacción e interacción en el que la enfermera y el cliente comparten información sobre sus percepciones. Esto implica que la gestora de enfermería promueve la salud en los entornos donde se producen los cuidados, porque las organizaciones de salud constituyen una parte importante del entorno de cada persona. Por ello, King utiliza un marco de sistemas y subsistemas de la organización hospitalaria como un todo.

3. **Callista Roy. Modelo de adaptación, Roy Adaptation Model (RAM)**

Teórica de la escuela de los “efectos deseables” propone un modelo para la práctica de la administración basada en la teoría de la adaptación y de los sistemas.

Elaboró un modelo de adaptación, el Roy Adaptation Model (RAM), y señala que las respuestas adaptativas son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Así, para Roy la supervivencia y el crecimiento de la organización están agrupados por la capacidad de adaptación de las instituciones y los estímulos internos y externos generadores del cambio. Entonces, para cuidar, la enfermera gestora recurre a diversos mecanismos estabilizadores e innovadores para lograr el equilibrio y el cambio. Por ello, para Phillips (116) Roy propone sistemas de adaptaciones con entradas y salidas de información con procesos de atención y de retroalimentación. Para Roy la gestión de los cuidados consiste en asegurar la práctica de los servicios de calidad a los clientes. Así, los supuestos surgidos de las teorías de sistemas y de la teoría de adaptación son la base del modelo de gestión de Roy.

4. **Martha Royers. Teoría de los seres humanos unitarios**

Se sitúa en la escuela del “ser humano unitario”. La idea principal de Royers es la interacción entre los campos “persona” y “entorno”. Su modelo conceptual describe procesos vitales de los seres humanos relacionados con su entorno, estableciendo la existencia de campos de energía. Se clasifican en dos campos de energía: humana y ambiental, y cada uno constituye la unidad fundamental de los seres humanos como del entorno no vivo.

Entonces, la gestión ocurre en estos dos campos con la organización como respaldo.

La ciencia de Rogers aplicada a la profesión enfermera se basa en contemplar al ser humano respecto a sí mismo y al entorno, y gestionar los cuidados enfermeros en función de los cambios del entorno que son los que provocan cambios en el ser humano.

Así, la enfermera gestora conociendo los componentes de la organización realiza la interacción con la práctica administrativa para promover los cuidados considerando siempre a la persona como un ser integral y unitario.

De igual forma, para Gunth (117) la ciencia de Royers ve al hombre como un todo, con consecuencias importantes en la gestión del cuidado en donde la enfermería traducida en ciencia y arte, se centra en el interés por las personas y por el mundo en que viven éstas personas, integrándolas con su entorno, por fomentar la salud y el bienestar.

5. Madeleine Leininger. Teoría de cuidados culturales

De la escuela del “*caring*”. La teoría de cuidados culturales de Madeleine Leininger plantea que el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad, grupo o individuo puede definir el logro de objetivos en las prácticas asistenciales de enfermería.

La teoría de la transculturación plantea concretamente que el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad, grupo o individuo puede definir el logro de objetivos en las prácticas asistenciales de enfermería. De esta manera se prodigaron cuidados que respetan los sistemas genéricos o tradicionales y aplican a su vez los sistemas profesionales, logrando así un estado de salud holístico con una asistencia de enfermería coherente con la cultura. (118).

El cuidado transcultural en donde la enfermera gestora tiene en cuenta elementos como la cultura y la universalidad para brindar el cuidado. Por ello, la enfermera gestora deberá entonces, ejercer un liderazgo proactivo desde los valores, las creencias y la cultura de las personas para brindar los cuidados y el bienestar. De igual forma, la filosofía del “*caring*” es de un valor humanista, que la gestora de enfermería toma en cuenta al brindar los cuidados.

La teoría de Leininger se basa en las disciplinas de la antropología y de la enfermería. De hecho, la enfermería transcultural es el área principal que debe tener en cuenta la gestora de enfermería y que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo

con respecto a los valores sobre cuidados, de experiencia y carencias de salud y enfermedad.

8.4. Modelos o teorías referidos al cuidado en la enfermería: Modelo de interrelación, Teoría evolucionista, Teoría necesidades humanas, Teoría humanista, Relaciones interpersonales, Teoría de sistemas, Modelo de adaptación de Callista Roy

Las teorías en enfermería han proporcionado una guía de las ejecutorias e intervenciones con el cliente según la visión de cada teorizante. Existen un sinnúmero de teorizantes que han influido en la práctica de la profesión de la enfermería para el desarrollo de la misma, pero no todas han logrado el alcance necesario a pesar de su interés y visión.

Estos modelos o teorías, contribuyen a atender desde diversos aspectos al paciente, comprendiéndolo como un ser que se encuentra en interacción con otros y entorno, lo cual, influye en construir un entorno favorable para evitar acciones contraproducentes que afecten el entorno armónico del paciente, posibilitando articular una atención de calidad en relación en acompañar para una efectiva recuperación. Entre los modelos se citan:

1. Modelo de interacción

Se genera desde una fórmula donde la enfermera y paciente generan un vínculo para el desarrollo del cuidado, basándose en la comunicación como eje fundamental de la relación con la intención de adecuar un plan de atención en donde además participan familiares o responsables cercanos al paciente (Mastrapa y Gibert, 2016), para lo cual se requiere la escucha empática como elemento esencial. En este modelo, se desarrollan las siguientes teorías:

- **Teoría intermedia de la consecución de objetivos de Imogene M. King:** Las enfermeras establecen relaciones de modo intencional con los pacientes, para determinar, de conjunto, objetivos y acordar medios para lograrlos, a partir de la valoración, por parte de la enfermera, de las preocupaciones y problemas de salud de los pacientes, su forma de percibir los problemas y el hecho de compartir información que permita la consecución objetivos.
- **Modelo de relaciones entre seres humanos de Joyce Travelbee:** la enfermería se lleva a cabo a través de la relación persona-persona, donde una se refiere a la enfermera y la otra al paciente, dado que considera que la relación persona-persona es ante todo una experiencia o serie de experiencias que vive la enfermera y el receptor de

sus cuidados (paciente), según Travelbee se refiere a seres humanos que necesitan asistencia.

- **Teoría del proceso de enfermería de Ida Jean Orlando Pelletier:** resalta la relación recíproca entre paciente y enfermera, concibe la función profesional de la enfermería como la resolución y el cumplimiento de la necesidad de ayuda inmediata del paciente. Identifica y resalta los elementos del proceso de enfermería y le da particular importancia a la participación del paciente en el mismo. La acción de la enfermera en contacto con el paciente se denomina proceso de enfermería, este puede ser automático o deliberado. Las acciones de enfermería deliberadas son aquellas donde las percepciones, pensamientos y sentimientos resultan evidentes para el paciente y la enfermera, estas son las que han sido diseñadas para identificar y satisfacer las necesidades inmediatas del paciente y por tanto para cumplir su función profesional.
- **Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau:** describe la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Se basa en las fases de:
 1. **Orientación:** en esta fase, el individuo siente una necesidad y busca atención profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema de salud para determinar su necesidad de cuidado.
 2. **Identificación:** aquí el paciente se identifica con las personas que le brindan cuidados. La enfermera favorece la exploración de las sensaciones y la expresión de los sentimientos relacionados con su percepción del problema para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad y a reforzar los mecanismos positivos de la personalidad que le proporcione la satisfacción que necesita.
 3. **Explotación:** durante esta fase el paciente trata de obtener el máximo de la relación y conseguir los mayores beneficios posibles.
 4. **Resolución:** esta se produce cuando el paciente abandona los viejos objetivos y se traza nuevas metas. En este proceso, el

paciente se independiza de la identificación con la enfermera. (69).

Este modelo trata de establecer una práctica de la enfermería basada en la empatía como puerta de entrada para desarrollar una relación positiva y asertiva entre la enfermera y paciente, de ese modo, podrá existir mayor probabilidad de cumplir con el tratamiento eficazmente, por cuanto el paciente colabora y se hace parte fundamental del mismo, tomando una aptitud de apertura para concebir un plan de trabajo que sistematice el logro de los planteamientos propuestos al inicio del tratamiento. Así también, se promueve por parte de la enfermera, el generar estímulos positivos en las emociones del paciente, consolidando un estado de ánimo acorde para participar activamente, incluso si se hace necesario cambiar el tratamiento, el paciente se dispondrá con mayor prontitud a hacerlo, dado el grado de empatía alcanzado con el personal de enfermería.

2. Teoría evolucionista

La enfermera va adecuando los cuidados a la evolución del paciente, lo cual indica que va aprendiendo de la práctica, sumado que puede incorporar conocimientos científicos a partir de los hallazgos médicos (119). El tratamiento podría ser cambiado o mejorado en razón de la evolución del paciente, sin embargo el rol de la enfermera es abordar integralmente al paciente, en una primera etapa ayudándolo a comprender el valor del tratamiento desde atender el auto concepto, esto ayudará a llenar de optimismo al paciente con la intención de participar activamente en el tratamiento, para lo cual es importante incluir una visión profesional multidisciplinar a fin de considerar como integral la atención dada, siendo prioritario la mirada psicológica.

Siendo considerable involucrar la planificación y acción para el desarrollo humano dentro de esta teoría por cuanto hace posible que la enfermera establezca mayor probabilidad de involucrar el entorno como parte de la solución o prevención de las enfermedades, siendo la mayoría adaptativa por medio del ambiente que hace posible la mutación, siendo considerable que la enfermera se adapte en razón de atender al paciente con pertinencia al rol activo en la generación de una salud integral para la sociedad (123).

3. Teoría necesidades humanas

Es un modelo que busca satisfacer los requerimientos de las personas en función de las necesidades que deban ser atendidas para su recuperación, se basa en las ideas de Virginia Henderson, donde, la enfermera debe ayudar al paciente a alimentarse si es necesario para su recuperación y este no tiene la

capacidad de hacerlo (120), así el resto de necesidades son abordadas con la intención de brindar un acompañamiento satisfactorio al paciente. Describiendo que existen 14 necesidades que el paciente debe satisfacer: 1. Respiración normal; 2. Alimentación e hidratación adecuada; 3. Eliminación de los desechos corporales; 4. Movimientos y mantenimiento de posiciones deseadas; 5. Sueño y descanso; 6. Selección apropiada de la ropa; 7. Mantenimiento de la temperatura corporal; 8. Mantenimiento de la higiene corporal y el peinado; 9. Prevención de los peligros ambientales; 10. Comunicación; 11. Vivir de acuerdo con sus creencias y valores; 12. Trabajar de forma que proporcione satisfacción; 13. Participar en actividades recreativas y 14. Aprender y satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo de salud normal.

Es un modelo que aborda la integralidad del ser, colocándolo como fundamental en la relación enfermera – paciente, lo que se puede indicar como un enfoque centrado en la persona con la intención de mejorar la calidad de atención que recibe el paciente (121).

4. Teoría humanista

Se trabaja desde el auto conocimiento como esencia para establecer una relación entre la enfermera y paciente, para esto se requiere que la enfermera se encuentre formada para tal fin (La razón de ser va con el paciente). Los seres humanos dentro de esta visión se consideran como personas capaces de hacer selecciones responsables en la vida: a la salud se la concibe como un estado de “venir a ser”, donde hasta en condiciones de adversidad el ser humano encuentra significado para vivir y la enfermería fenomenológica se define como propiciadora de esta respuesta a las necesidades del cliente, auxiliándolo en sus selecciones, entre su principal corriente, se encuentra, la Teoría de Enfermería Humanística de Paterson y Zderad que enfatiza la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos. En este encuentro, ellos se sienten afectados de manera recíproca y la relación va bien más allá de que un encuentro técnico entre sujeto y objeto. Sobre esta perspectiva, la enfermería se define como una experiencia existencial vivida entre la enfermera y el paciente (122).

Esta teoría concibe la construcción de una relación entre enfermera y paciente con la intención de proyectar la construcción de códigos fenomenológicos que contribuyan a propiciar la construcción de un plan de trabajo armónico donde las experiencias de vida, cuenta como un fenómeno para generar mayor posibilidad de articular una acción favorable a la salud del paciente.

5. Relaciones interpersonales

Se basa esencialmente en la idea de Marta Rogers de que el paciente se relaciona directamente con su entorno, allí recibe una carga de energía positiva o negativa que afecta el rendimiento de su salud, siendo necesario que el enfermero emplee técnicas que contribuyan a la buena recuperación del paciente (123). Algunos de los aportes de Marta Rogers, son: se basa en sus suposiciones acerca de la persona y su interacción con el entorno; utiliza 4 bloques para desarrollar su modelo: Campos de Energía, Universo de Sistemas Abiertos, Patrones y tetradimensionalidad. Además, incorpora los principios de la homeodinámica a modo de comprensión de la vida, ya que éste puede proporcionar conocimientos para intervenir y guiar a un cliente a su bienestar.

A partir de lo expuesto, es necesario entender que el entorno genera un proceso de cambio energético en el paciente y que es necesario aprovecharlo con la intención de considerar la recuperación favorable, aunado que es posible no llegar a un nivel máximo de satisfacción, pero siendo posible equilibrar a partir de los esfuerzos entre enfermera y paciente, siendo posible desde la perspectiva de Marta Rogers, por cuanto concibe la enfermería como ciencia y arte, permitiendo a la enfermera maniobrar para aprender desde la experiencia de vida en ajuste de las emociones del paciente para su restauración integral.

6. Teoría de sistemas

La teoría de Betty Newman, se basa primordialmente en la relación de la persona con el estrés, la respuesta y los factores de reconstitución que son de naturaleza progresiva. El Modelo de Sistemas de Neuman presenta un método amplio, holístico y basado en sistemas para la enfermería que mantiene un factor de flexibilidad. Se centra en la respuesta del sistema del paciente a los estresores ambientales reales o potenciales y mantiene la estabilidad del sistema del paciente a través de intervenciones preventivas de enfermería primaria, secundaria y terciarias para reducir los estresores. Es decir, en comprender que el ser humano se encuentra en retroalimentación con el entorno, siendo considerable equilibrar las fuerzas que recibe de entorno, una vez logrado esta situación se puede hablar de armonía para el buen funcionamiento de la salud, incluyendo los factores estresores, por cuanto al minimizar la presencia de estresores del entorno, se favorece un ambiente creado agradable y familiar.

7. Modelo de adaptación de Callista Roy

La aplicación de este modelo constituye una oportunidad para realizar una valoración integral de la persona, ayudarla a sobrevivir a la transformación, conocer la percepción que tiene sobre la situación que vive en la actualidad y cómo la afronta; además conocer los estímulos que son de gran importancia para la realización de intervenciones más efectiva (124). Así se va generando una apreciación de adaptabilidad entre la enfermera y paciente con la intención de generar un mejor acercamiento al logro del equilibrio de la salud de la persona, sobre todo cuando existe un entorno cambiante y de riesgo epidemiológico producto de factores externos al individuo.

Los desafíos de la gestión del cuidado de los
profesionales de enfermería

Capítulo

IX

*Modelos que han probado
Efectividad para Mejorar la
Gestión del Cuidado*



Existen modelos organizacionales en los que prevalece la orientación hacia la práctica del cuidado, que pueden probarse y si son adecuados convertirse en modelos para la gestión del cuidado. Sin embargo, los modelos que sean propuestos deben ser acordes a cada medio, sin perder de vista la necesidad de evaluarlos en relación al impacto que éstos tienen en el cuidado y la satisfacción de los usuarios internos y externos de los servicios de enfermería.

Es importante dar pruebas de que mejorar la calidad del cuidado no es incompatible con las metas económicas del sistema de salud.

Se puede decir que el contexto ha transformado las prácticas y que la enfermería tiene en sus manos plantear estrategias para el cuidado individual y colectivo que difieren de las tradicionales, por ejemplo, en el trabajo comunitario, en donde los modelos de gestión deben tener una alta resolución que aseguren la promoción a la salud individual y colectiva.

De igual forma es imprescindible analizar el significado del cuidado en el hospital y la posibilidad de crear en este contexto nuevos escenarios de cuidado en el hogar, redefinir los estándares del cuidado para los enfermos agudos no hospitalizados, cuidados a grupos de enfermos crónicos, en fin, toda la diversidad de intervenciones que es necesario gestionar a objeto de asegurar al usuario diversas formas de cuidado integral, humano y libre de riesgos.

Los modelos para mejorar la gestión del cuidado en enfermería

Los modelos para mejorar la gestión del cuidado en enfermería, implica en este sector promover transformaciones en la organización de enfermería, en su manera de planear y ofertar servicios y particularmente de brindar cuidado de calidad que satisfaga las expectativas del usuario y por otro lado, para las instituciones sea costo-efectivo.

Zarate (56) expone que no existen fórmulas mágicas, ni modelos perfectos para mejorar la gestión del cuidado, a manera de ejemplo existen algunos que han probado su efectividad como los siguientes:

- a. Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)
- b. Enfermería Modular
- c. Gestión basada en las necesidades de cuidado de las personas

9.1. Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)

Se basa en planes de cuidado, para casos, prevención de riesgos, estándares de cuidado, se utiliza en el hospital o la comunidad (125).

Los Grupos relacionados al diagnóstico (GRD), en inglés Diagnosis Related Groups (DRG), son una clasificación para egresos hospitalarios. Son uno de los Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP) más universalmente utilizados para medir el producto hospitalario. Se obtienen a partir de la información que se registra en las historias clínicas de cada uno de los pacientes, comprenden una amplia familia de sistemas, y relacionan las características clínicas de los pacientes con el consumo de recursos. (126).

Generalidades

La necesidad de clasificar los pacientes según su casuística fue recomendada por primera vez en 1952 por Florence Nightingale, la finalidad era agrupar los casos de acuerdo con la enfermedad y similitud de los tratamientos, con el objetivo de poder analizar los beneficios y el costo de estos. Fundamentaba su recomendación basada en la experiencia de observar patrones similares de casos de pacientes en la práctica clínica (127).

Sistema de clasificación de pacientes

El objetivo primordial de los servicios de salud es la atención de la paciente, dicha atención debería ser medible y comparada, a fin de poder gestionar de manera eficiente los recursos disponibles. Un instrumento esencial para la toma de decisiones de productividad, monitoreo de costos, asignación de recursos humanos e indicadores epidemiológicos son los sistemas de clasificación de pacientes, que son una combinación de tipos de pacientes tratados por un hospital, un servicio, un médico o cualquier unidad funcional según categorías o clases predefinidas. Describe la producción de dicha unidad en términos de clases de pacientes similares desde un punto de vista clínico y consecuentemente, del proceso de cuidados recibidos y permite comparar parámetros entre hospitales (128).

Conjunto mínimo básico de datos (CMBD)

Se le denomina conjunto mínimo básico de datos (CMBD) a las variables mínimas recolectadas, registradas y codificadas homogéneamente que tiene como fuente la historia clínica del paciente. Existen tres categorías de datos básicos que son indispensables, éstas son: identificación del paciente, del episodio, los procedimientos y resultados clínicos.

Conjunto mínimo básico de datos (CMBD)

1. Datos de identificación del paciente
 - Identificación del paciente (número de historia clínica)
 - Fecha de Nacimiento
 - Sexo
 - Domicilio
2. Datos de identificación del episodio financiador
 - Fecha de Ingreso
 - Motivo de Ingreso
 - Fecha de alta
 - Circunstancia de alta
3. Variables clínicas
 - Diagnósticos principales (CIE-10)
 - Diagnósticos secundarios
 - Procedimientos (CIE-9 MC)

Definición de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)

Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) son un sistema de clasificación de pacientes que se basa en las características de estos, a partir del conjunto básico mínimo de datos, información contenida en la historia clínica (126), con el objetivo de estandarizar determinados procesos, reducir la variabilidad clínica, agrupándolos por pacientes de manera homogénea y con similitud de usos de recursos y de esta forma hacer eficiente el uso de los recursos mejorando la producción sanitaria. Es decir, asocia la casuística clínica con la demanda de los recursos.

Si se quiere medir la producción de un hospital es posible limitarse a contar a los pacientes y describirlos caso por caso, de esa forma se tendría una clasificación simple entre casos complejos y no complejos, pero se podría cometer el error de darle la misma importancia a ambos casos, siendo muy distintos si se considera el tiempo de estancia, los procedimientos realizados y el pronóstico de esta.

El GRD es una herramienta efectiva que permite agrupar a los pacientes por combinación de casos clínicos similares, no solo en relación con los diagnósticos principales y comorbilidades, sino además en el tiempo de estancia y utilización de recursos, permitiendo describir la importancia de esos grupos. Por otro lado, los GRD utilizan variables demográficas, además de los diagnósticos para clasificar a los pacientes en grupos que se puedan comparar clínicamente. Entonces, si por ejemplo una paciente con el diagnóstico determinado, de una estancia media de 10 días y otro paciente con el mismo diagnóstico y agrupado en el mismo GRD, tiene una estancia media de 5 días, se puede identificar la variabilidad de la estancia de ambos pacientes, y evaluar la calidad de atención y el uso adecuado de los recursos que se está utilizando en este diagnóstico. Pues el consumo de los casos agrupados en un GRD, deberían utilizar recursos similares.

Existen diferentes versiones de GRD que son utilizados en diferentes contextos y sus necesidades:

- Los AP-GRD (All patient- GRD) son una versión avanzada del GRD, sirven para agrupar a pacientes con mayor severidad, es decir, más complejos.
- Los APGRD son utilizados para comparar complejidad de casos entre hospitales, evaluar tasas de mortalidad entre servicios de hospitalización, al identificar alguna falla en los procesos, se pueden generar protocolos o guías de práctica clínica, o reformular su ejecución, sirve como herramienta de gestión y sistema de planeamiento.

Evolución e importancia

El uso de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) se inicia con un acuerdo entre la Health Care Financing y por el Health Systems Management Group en la universidad de Yale, por los años setenta, para cubrir la necesidad de hacer eficiente los recursos utilizados para la atención y así mejorar la calidad en la atención de las instituciones de salud en los Estados Unidos. Fetter (127) elaboró este sistema para su empleo en Medicare denominado DRG – Yale el cual contaba con 23 categorías diagnósticas mayores con sus respectivas sub-clasificaciones usando los diagnósticos secundarios, procedimientos, sexo, edad, morbilidades y complicaciones.

Se utilizó este sistema por primera vez en el año 1978 en el estado de New Jersey y sirvió para establecer un sistema de pago por parte de Medicare a los hospitales según su clasificación basado en una cantidad fija según el GRD específico obtenido por cada paciente atendido. El problema

en este sistema al principio radicaba en la limitación de la identificación de la severidad de la patología y los costos (gastos) en los recursos tecnológicos que se empleaban, por lo que, posteriormente la administración de finanzas sanitarias de Medicare y Medicaid desarrolló un propio sistema clasificatorio llamado HCFA –DRG y así fue evolucionando hasta crearse el REFINED – DRG con la colaboración de la Universidad de Yale.

De esta manera en 1988 el estado de New York hace extensivo el uso de los GRD para todo tipo de paciente de las diferentes edades generándose así los AP-DRG (“All Patient”), dos años después se crean los GRD refinados (APR - DRG) utilizado en varios estados de EE. UU., y muchos países del continente europeo y asiático en donde consideraban la gravedad, es decir la evaluación de severidad y riesgo de mortalidad del egreso.

En Europa, en donde también se presenta una semejante actividad asistencial como en EE.UU., también se estudió e investigó la viabilidad de los GRD y en su adaptación para obtener un sistema que permita una clasificación más acertada, mejor evaluación de los presupuestos en los nosocomios asociada a una financiación con su producción e identificación de case-mix (complejidad de la casuística).

El ministerio de sanidad de Portugal trabaja desde 1985, en coordinación con la Universidad de Yale la agrupación y su financiamiento hospitalarios basado en los grupos relacionados por diagnóstico con la finalidad de desarrollar y perfeccionar este sistema de gestión sanitaria, tres años después ya se estaba realizando la codificación de los egresos en sus hospitales y desde 1990 se empezó a utilizar como un método de asignación de presupuesto basados en sus propios pesos relativos (variable que expresa la complejidad del episodio que repercute en el gasto) los cuales fueron al principio resultado de un cálculo de referencia con los pesos de Maryland en Estados Unidos y luego ya fueron adaptándose según sus costes y casuística propia de estancia hospitalaria.

En Bélgica también se aplica el GRD, ahí se han realizado diversos estudios en su implementación como parte de un sistema de financiamiento hospitalario, siendo el primero en introducirse de manera oficial por su gobierno en el continente europeo a partir de principios del año 1994. En Italia también se han introducido los HCFA –GRD como un sistema de clasificación de pacientes como método de financiamiento de sus hospitales y gestión sanitaria.

En España se utilizan, actualmente, los All Patient Refined GRD (APR-GRD) establecido por el ministerio de sanidad español al renovar el sistema

de codificación de las enfermedades y procedimientos y el agrupador a partir de 2016 (se sustituyó por la CIE-10-MC/PCS), que como se señaló previamente, se caracterizan por ser un sistema de clasificación de pacientes en el cual sus grupos presentan mayor coherencia desde un punto de enfoque clínico, por cuanto tienen cuatro subclases según la severidad de su proceso y también en su riesgo de mortalidad.

Por este motivo, los APR-GRD constituyen una mejor selección que puedan utilizar los pagadores, los de gestión, y sus clientes en el conocimiento de los tipos de diagnósticos tratados en el nosocomio o institución como también sus costos respectivos, además, permiten una mejor identificación de las áreas que tengan problemas sanitarios y de esta manera plantea las bases para los sistemas de control de la institución.

Codificación de diagnósticos y procedimientos

Para poder construir los grupos relacionados al diagnóstico se debe codificar el diagnóstico principal según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE 10) y los procedimientos con la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica (CIE - 9 MC).

El CIE 10 no fue creado solamente como una clasificación o lista de codificación para definir los diferentes tipos de enfermedades, sino que también se quiso generar una relación coherente entre cada grupo de tal manera que pueda ser usada posteriormente para definir mejor su morbilidad.

Durante el año 1950 surgió la Clasificación Internacional, la que fue elaborada por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos y la Administración de Veteranos de Guerra con el propósito de dar un orden a los archivos hospitalarios, un año más tarde, la Columbia Presbiteriana Medical Center en New York desarrolló el CIE-6. Fue modificada posteriormente por la Asociación de Hospitales Americanos y la asociación de archivos médicos de EE. UU., desarrolla el CIE-7, en el año 1968 el Servicio de Salud Pública de EE.UU., desarrolla el CIE-8, realizando una codificación de datos diagnósticos con especial énfasis en morbilidad y mortalidad. Luego, la Comisión sobre actividades profesionales y hospitalarias (CPHA) de Ann Arbor en Michigan publica la adaptación hospitalaria de la ICDA basada en la CIE-8 y en la ICDA-8.

En el año 1977 se publica el CIE-9 con el respaldo de diversas asociaciones médicas americanas, entre ellas: la American Hospital Association, la American Association of Health Data System, la American Record Association, entre otras. Dos años más tarde se realizan las primeras modificaciones clí-

nicas surgiendo el CIE -9 MC usado tanto para definir diagnósticos como los procedimientos.

GRD y eficiencia en las instituciones de salud.

Clasificar a los pacientes atendidos, cuyas características demográficas y clínicas como edad, sexo, diagnóstico principal, comorbilidades, tratamientos, procedimientos, puede resultar como producto único miles de combinaciones, que es uno de los principales problemas de las instituciones de salud. Es por lo que en algunos países nace la necesidad de agruparlos, tomando en cuenta la similitud de estas características, y uniéndolas por grupos relacionados. Al agrupar a estos pacientes es posible identificar y reducir la variabilidad clínica, al tener la información de los casos similares o más parecidos, de esta forma es más fácil mejorar el uso de los recursos y usarlos con mayor eficiencia. El clínico podrá identificar sus casos más complejos y la gestión podrá solicitar moderar los gastos de la atención, utilizando la evidencia que se tiene en los otros casos similares, además de lograr que sea posible la monitorización del gestor del desempeño de la institución, con el objetivo de acercar a los profesionales de la salud del sector asistencial con los que están a cargo de la gestión de las instituciones de salud. (129).

Zapata (129) dice: “conocer la casuística hospitalaria permite hacer eficiente el uso de camas y otros recursos. La toma de decisiones documentada con indicadores actualizados es lo que permite gerenciar instituciones con menor margen de equivocación”.

GRD como sistema de pago

Las reformas de salud persiguen dos objetivos fundamentales: La equidad en el acceso de los servicios de salud y la contención de los costos con la mejora de la eficiencia. Esto último es materia de la asignación de los escasos recursos para hacer frente de los cambios de nuestra época: tecnológicos, demográficos y epidemiológicos. (130). Se asegura que la población tiene cada vez más expectativas sobre la oferta de los sistemas de salud, pero al mismo tiempo los recursos no crecen y se estima que la demanda puede superar la capacidad financiera de los financiadores de la salud, ya sean estos públicos o privados (131).

Debido a la escasez de recursos, cobra importancia en la relación contractual entre los agentes de un sistema de salud; los sistemas de pago. Estos son esencialmente importantes en la valoración de la eficiencia y calidad. En la valoración de la eficiencia son importantes en última instancia debido a que las decisiones que se tomen sobre el gasto y el nivel de producción de este

dependen de los profesionales de la salud, en los cuales influyen las formas de pago y los incentivos (136). De esta forma es importante saber qué es un sistema de pago; Álvarez y Pellisé dicen:

“Por sistemas de pago (o fórmula de remuneración) se entiende como la forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un prestador sanitario por la prestación de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes”. (132)

Estos sistemas de pago tienen dos dimensiones: la unidad de pago y la distribución del riesgo sanitario.

1. **La unidad de pago** es particular para cada sistema y trata de aproximar como medida de los insumos utilizados, de los productos intermedios o finales. Se pueden distinguir por el grado de agregación de los servicios asistenciales contratados: por lo que el pago por servicio sería la unidad más desagregada y el pago por ingreso hospitalario entre otros serían los de mayor agregación (136).

Así, en el pago por ingreso hospitalario (que usa a los GRD), el proveedor sabe que sus ingresos marginales están relacionados con el número de pacientes ingresados de cada grupo y no con el número servicios utilizados y menos con los días de estancia hospitalaria, siendo así; los incentivos para mejorar la eficiencia serían: el producto de pago por ingreso, el concepto de insumo sería el costo por ingreso, es decir, la intensidad con que se usan los recursos hospitalarios (136).

2. **Distribución del riesgo sanitario.** Son los riesgos financieros, cada fórmula de pago conlleva a riesgos financieros, y se concluye que, cuando más cercano sea el sistema de pago a un pago fijo más arriesga el prestador si los costos varían. En el caso de usar los GRD donde el pago se realiza después de diseñar una tarifa, el riesgo es compartido (136).

Se dice que existe una relación entre el medio de pago y el riesgo financiero ya sea para el proveedor como para el financiador, en la figura 2-13 se observa en el eje de las abscisas el medio de pago y en el eje de la ordenada el riesgo financiero, la línea roja representa al financiador y la línea verde al proveedor de servicios, si se analiza con cuidado se puede ver que el pago por costo fijo tiene poco riesgo para el proveedor pero un alto riesgo para el financiador, al otro extremo se tiene al pago por prima en donde el riesgo lo asume el proveedor, pues los GRD equilibran los riesgos tanto para el financiador como para el proveedor.

9.2. Enfermería modular

Se establece una delimitación de un área física que facilita el entorno, la enfermera permanece cerca del paciente, se le asigna un margen amplio de responsabilidad y permite la participación interdisciplinaria alrededor de los pacientes que pertenecen a un módulo, este está integrado por enfermeras, médicos, técnicos, trabajadores sociales. Para ello, la enfermería actúa como líder del equipo y coordina las acciones de todos los integrantes basados en las necesidades de los pacientes, así como organiza los recursos del entorno para asegurar el cuidado (133).

La enfermera aporta la asistencia total al paciente, en este método equipos más pequeños prestan la asistencia de enfermería a los pacientes que son agrupados. Algunas características y beneficios reseñados son:

- En ocasiones se usa la enfermería modular cuando no hay un número de enfermeras profesionales que practiquen la enfermería primaria.
- Disminuye la sensación de aislamiento.
- Aumenta la continuidad y calidad de la asistencia.
- Hay mayor tiempo de asistencia.
- Control más estricto.
- Hace y puede realizar cambios.

9.3. Gestión basada en las necesidades de cuidado de las personas

En este modelo se requiere conocer las características de los usuarios, edad, necesidades de cuidado, basado en la dependencia hacia el cuidado lo que determina la cantidad y calidad de personal para brindar cuidado.

En este sentido, se explican tres categorías de necesidades de cuidado que poseen los pacientes, en la primera en donde la persona es capaz de cuidarse a sí mismo y demanda en promedio de 1 a 2 horas de cuidado directo más 15 minutos para educación; en la segunda categoría las personas requieren ayuda para su cuidado, apoyo en alimentación, oxigenación, etc., exige en promedio entre 3 y 5 horas de cuidado directo y 30 minutos para educación; y la tercera considerada la más crítica, las personas requieren de atención intensiva o total que exige observación continuada y requiere de 6 a 8 horas de atención directa y 30 minutos adicionales por persona.

Se establecen cuatro categorías de necesidades de cuidado que van desde las categorías:

- I en donde la persona es capaz de cuidarse a sí mismo y demanda en promedio de 1 a 2 horas de cuidado directo más 15 minutos para educación;
- II, en donde la persona requiere ayuda para su cuidado, apoyo en alimentación, oxigenación, etc. exige en promedio entre 3 y 5 horas de cuidado directo y 30 minutos para educación.
- III, en la cual la persona requiere de atención intensiva, que exige observación continuada y requiere de 4 a 6 horas de atención directa y 30 minutos adicionales por persona.
- IV en la cual la persona requiere atención total corresponde al paciente crítico de unidades de terapia intensiva y requiere de 6 a 8 horas de atención directa y 45 minutos adicionales por persona (Zander, 1990, citado por Zarate (56))

Los desafíos de la gestión del cuidado de los
profesionales de enfermería

Capítulo

X

*Retos de Enfermería
en la Actualidad*



10.1. Los retos de enfermería para el 2030: la gestión de la práctica, la educación, la investigación y el liderazgo

Contexto

Cuantiosos documentos confirman los avances apuntados y destacan las dificultades y desafíos que las políticas sanitarias y los sistemas de salud enfrentan para asegurar el acceso universal a cuidados de enfermería cualificados, oportunos o pertinentes y seguros. Entre las grandes dificultades a las que se enfrentan algunos países se apuntan las siguientes:

- a. La falta de recursos o inversión en el sector sanitario
- b. La subvaloración de la enfermería
- c. La poca pertinencia de la educación en enfermería
- d. Los problemas de reclutamiento, retención y retorno del personal
- e. La lentitud en el logro de la calidad y seguridad en el cuidado
- f. La falta de información,
- g. El difícil acceso a la investigación y a la formación continua,
- h. La poca accesibilidad a puestos de decisión y las condiciones laborales limitadas en algunos países

Informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales

El informe técnico titulado “Situación de la enfermería en el mundo 2020” elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la campaña Nursing Now OMS/OPS (134), realiza un examen en profundidad del componente más numeroso del personal de salud, los profesionales de enfermería, y cuya conclusión es que se revelan importantes deficiencias en él y se señalan las esferas prioritarias de inversión en materia de formación, empleo y liderazgo para fortalecer el personal de enfermería en todo el mundo y mejorar la salud de todos.

Los aspectos más relevantes reseñados en el informe los recogen los colegios de enfermería de varios países, entre ellos el de España y son:

El personal de enfermería representa más de la mitad del personal de salud que hay en el mundo, y presta servicios esenciales en el conjunto del sistema sanitario. A lo largo de la historia el personal de enfermería ha estado

en primera línea de la lucha contra las epidemias y pandemias que amenazan la salud a nivel mundial, igual que sucede hoy. En todos los lugares del mundo están demostrando su compasión, valentía y coraje en la respuesta a la pandemia de COVID-19: nunca antes se había puesto más claramente de relieve su valía.

“Los profesionales de enfermería son la columna vertebral de cualquier sistema de salud. Hoy en día, muchos de ellos se encuentran en primera línea en la batalla contra la COVID-19”, expuso el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS.

“Este informe constituye un claro recordatorio del papel insustituible que desempeñan y una llamada de atención para asegurar que reciben el apoyo que necesitan para salvaguardar la salud del mundo”.

El documento, revela que el personal de enfermería cuenta actualmente con cerca de 28 millones de profesionales en todo el mundo. Las filas del personal de enfermería registraron un incremento de 4,7 millones entre 2013 y 2018. No obstante, la cifra actual sigue dejando un déficit mundial de 5,9 millones de profesionales, la mayoría en países de África, Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, así como en algunas partes de América Latina.

Resulta manifiesto el hecho de que más del 80% del personal de enfermería del mundo trabaje en países que albergan a la mitad de la población mundial. Y uno de cada ocho de estos profesionales ejerce en un país distinto al país en que nació o se formó. El envejecimiento también amenaza al personal de enfermería: se espera que uno de cada seis profesionales de la enfermería que hay en el mundo se jubile en los próximos 10 años.

Para evitar que se produzca una situación de escasez a escala mundial, se estima en el informe que los países que experimentan carencias deben aumentar el número total de graduados en enfermería a razón de un 8% anual de promedio, y mejorar sus opciones de obtener empleo y retenerlo en el sistema de salud. Todo ello tendría un costo de unos 10 dólares per cápita (el conjunto de la población) al año.

“Los políticos son conscientes del costo que supone formar y mantener una plantilla de profesionales de la enfermería, pero muchos de ellos solo reconocen ahora su verdadero valor”, dijo la presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras, Annette Kennedy. “Cada céntimo que se invierte en el personal de enfermería aumenta el bienestar de las personas y las familias de maneras muy claras y tangibles, que todo el mundo puede ver. Este informe

destaca la contribución que realiza la profesión de la enfermería y confirma que invertir en ella supone un beneficio para la sociedad, no un costo. El mundo necesita incorporar a millones de profesionales de la enfermería, y hacemos un llamamiento a los gobiernos para que hagan lo correcto e inviertan en esta maravillosa profesión y observen cómo sus poblaciones se benefician del increíble trabajo que solo los profesionales de la enfermería pueden hacer”.

Aproximadamente el 90 por ciento de todos los profesionales de la enfermería son mujeres, pese a lo cual hay pocas enfermeras ocupando puestos directivos en el sector de la salud. La gran mayoría de esos puestos están ocupados por hombres. Con todo, cuando en los países se permite que las enfermeras asuman una función directiva, por ejemplo, estableciendo un puesto de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería (o equivalente) y programas de liderazgo para el personal de enfermería, las condiciones de este colectivo mejoran.

“En el informe se hace un llamamiento, debidamente respaldado por datos y estudios científicos que eran muy necesarios, al fortalecimiento del liderazgo en la enfermería y las funciones avanzadas de enfermería, así como a la formación del personal de enfermería para el futuro”, señaló Lord Nigel Crisp, Copresidente de Nursing Now. “Las opciones de política recogen medidas que, en nuestra opinión, todos los países pueden adoptar en los diez próximos años para garantizar un número suficiente de profesionales de la enfermería y que los enfermeros y enfermeras aprovechan plenamente las competencias recibidas en su formación teórica y práctica y la ampliación de su ámbito profesional para mejorar la prestación de atención primaria de salud y responder a emergencias sanitarias como la COVID-19. Para ello debe iniciarse un amplio diálogo intersectorial que sitúe los datos científicos sobre la enfermería en el contexto del sistema de salud de los países, su personal sanitario y sus prioridades en materia de salud».

Para dotar al mundo del personal de enfermería que necesita, la OMS y sus asociados recomiendan a todos los países:

- a. Incrementar la financiación para formar y emplear más profesionales de la enfermería
- b. Fortalecer la capacidad de recopilar y analizar datos sobre el personal de enfermería y tomar las medidas conexas pertinentes
- c. Supervisar la movilidad y migración del personal de enfermería y gestionarlas con responsabilidad y de forma ética

- d. Ofrecer a los futuros profesionales de la enfermería formación teórica y práctica en las competencias científicas, tecnológicas y sociológicas que necesitan para avanzar en la atención primaria de salud
- e. Establecer puestos de liderazgo, en particular de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería, y apoyar el fomento del liderazgo entre los profesionales jóvenes de la enfermería
- f. Velar por que el personal de enfermería de los equipos de atención primaria de salud pueda llegar a desplegar todo su potencial, por ejemplo, en la prevención y atención clínica de las enfermedades no transmisibles
- g. Mejorar las condiciones de trabajo, en particular mediante niveles seguros de dotación de personal, sueldos justos, y el respeto del derecho a la seguridad y salud en el puesto de trabajo
- h. Aplicar políticas en el personal de enfermería que tengan en cuenta los aspectos de género
- i. Modernizar la reglamentación profesional de la enfermería armonizando las normas de formación y del ejercicio de la enfermería, y utilizando sistemas que permitan reconocer y tramitar las credenciales del personal de enfermería en todo el mundo
- j. Fortalecer la función del personal de enfermería en los equipos de atención uniendo los diferentes sectores: salud, educación, inmigración, finanzas y trabajo, con las partes interesadas de la enfermería para un diálogo de políticas y la planificación de la fuerza de trabajo.

Por tanto, siguiendo lo expuesto en el informe, se concluye que los gobiernos tienen que invertir en una aceleración mayúscula de la formación del personal de enfermería, la creación de empleos en el sector, y en el liderazgo. Sin los profesionales de la enfermería y otros profesionales de la salud, los países no pueden ganar la batalla contra los brotes, ni tampoco alcanzar la cobertura sanitaria universal para crear equidad en salud para 2030 ni los Objetivos de Desarrollo Sostenible para la salud y el bienestar.

Otro de los documentos es el denominado “La situación de la enfermería en la Región de las Américas. Informe final del Foro Regional para el Avance de la Enfermería en América Latina 8 y 9 de septiembre del 2022 (135) y en el marco de las prioridades mundiales indica que los desafíos son similares los de América Latina y algunas regiones del mundo, los cuales resume en:

- a. Poner el foco del cuidado en las personas, la salud, sus determinantes y prioridades.
- b. Movilizar la voluntad política, los compromisos y las inversiones para mejorar la enfermería.
- c. Asegurar una fuerza de trabajo suficiente, capacitada, motivada y sostenida que garantice accesibilidad, calidad y continuidad de los cuidados.
- d. Optimizar políticas y planes de enfermería nacionales, locales e institucionales.
- e. Instalar sistemas de calidad del cuidado y seguridad de los pacientes.
- f. Modernizar la gestión de servicios hacia modelos horizontales e interdisciplinarios
- g. Transformar la educación de enfermeras orientándola hacia las prioridades de salud, la cobertura universal, el cuidado centrado en las personas y la APS renovada.
- h. Generar en los servicios programas de investigación y práctica basada en evidencias.
- i. Mejorar las condiciones de trabajo de enfermería, lograr ambientes positivos de práctica, incentivos, promoción del desarrollo y programas de reconocimiento a la excelencia.
- j. Potenciar la producción de información y evidencias, promover la colaboración y el trabajo en redes.

En este orden de ideas, también plantean los organismos internacionales que ciertos retos para la enfermería, demandan un enfoque estratégico a largo plazo, que permita una orientación clara de las acciones seguras y sostenibles requeridas para afrontar los retos no superados, los que plantean los entornos de atención médica actuales y los que se visualizan en un futuro cercano. Para enfrentar los desafíos se demanda un mayor esfuerzo de todos los involucrados, como son el sistema sanitario, el gobierno, los empleadores, las instituciones educativas, las asociaciones y organizaciones internacionales de enfermería y la ciudadanía, entre otros (135).

Los cuatro ejes específicos sobre las que se apoyan los retos más importantes de la enfermería, de frente al 2030

Ante tales circunstancias o coyuntura, la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otros organismos internacionales, proyectan desafíos a corto, mediano y largo plazo, los cuales requieren de acciones concretas, divididas en cuatro ejes, a partir del concurso de todos los actores involucrados en el sistema sanitario: el estado, el personal de salud, las instituciones educativas, organizaciones de profesionales del área y la propia ciudadanía.

Los cuatro ejes específicos sobre las que se apoyan los desafíos o retos más importantes de la enfermería, de cara al 2030, son:

1. Educación
2. Gestión de la práctica clínica
3. La investigación
4. El liderazgo

En cuanto a ellos, bosquejan los órganos internacionales las acciones a emprender:

Eje educación

En el eje de educación, figuran las acciones necesarias para la disminución del déficit de estos profesionales (entendiendo la escasez de personal en una organización, en líneas generales, como aquella situación en donde que se tienen menos trabajadores de los que se necesitan realmente, para llevar a cabo el objetivo propuesto, lo que ocasiona ciertas fallas en la productividad, eficiencia y eficacia de la misma. Son muchos los riesgos de no contar con empleados suficientes y entre ellos se corre el riesgo de sobrecargar a los trabajadores fijos de la planta, en la búsqueda de poder cumplir con todas las actividades demandadas para el momento), entre las que se destacan:

- a. El incremento en la inversión estatal para evitar una situación de escasez mundial
- b. Aumentar el número de graduados en enfermería
- c. Mejorar las opciones de empleo
- d. Retener a los profesionales en el sistema de salud.

“Sin los profesionales de la enfermería y otros profesionales de la salud, los países no pueden ganar la batalla contra los brotes, ni tampoco alcanzar la cobertura sanitaria universal ni los Objetivos de Desarrollo Sostenible”, apunta parte del señalado informe.

También en torno a este desafío, se advierte la necesidad de garantizar que los estudiantes se formen a través de modelos educativos adecuados a las nuevas exigencias de la profesión, que apunten a la excelencia para la práctica profesional a través de la consolidación de habilidades esenciales para el cuidado de las personas. Desde luego, esto va de la mano de la existencia de docentes debidamente formados, que fortalezcan el desarrollo de competencias clínicas y transversales en los diversos campos de acción de la profesión.

Según Arroyo en declaraciones a la agencia de noticias Fides:

“Actualmente se requiere profesionales con sólidas competencias digitales, conocimiento de las tecnologías aplicadas al área, que manejen base científica fundamentada en las teorías de enfermería, que desarrollen procedimientos invasivos y no invasivos con pericia y técnica correcta, que generen estrategias educativas de prevención y promoción dirigidas a toda la población y que resuelvan problemas de su entorno aplicando procesos de investigación en beneficio de la sociedad. Sobre todo, que posean la esencia del profesional de enfermería, la cual es el de brindar cuidado al ser humano con valores éticos”. (136)

En educación, según, Nelson-Brantley y otros (137), se requiere garantizar que los programas de pregrado estén sustentados en modelos educativos que permitan formar enfermeras con un marco fundamental de excelencia para la práctica profesional. Modelos educativos que aseguren que las enfermeras adquieran las habilidades esenciales para influir en el cuidado. El desarrollo de estas habilidades permitirá que, al insertarse en el mercado laboral, el valor clínico y financiero de las enfermeras para las organizaciones sanitarias sea visible.

Es necesario, además, contar con docentes debidamente formados con los mejores métodos y tecnologías pedagógicas y con experiencia clínica demostrada en las áreas temáticas, que fortalezcan el desarrollo de competencias clínicas y competencias transversales en materia práctica colaborativa, cuidados interprofesionales, trabajo en equipo, uso de las tecnologías digitales, realidad virtual y simulación. Estos elementos son fundamentales para que los egresados se desempeñen activamente en nuevos

modelos de prestación de servicios y en diferentes entornos con puestos de trabajo acordes a la preparación académica donde puedan aplicar los conocimientos y les permitan mayores oportunidades a posiciones institucionales con extensión del alcance profesional (138).

Eje de la gestión de la práctica clínica

En el ámbito de la gestión de la práctica clínica es imprescindible transitar a modelos de gestión efectivos orientados a la planificación de recursos humanos que garanticen una dotación segura y apropiada de personal de enfermería. Es necesario contar con programas de educación permanentes al interior de las instituciones de salud que empoderen la fuerza de trabajo del futuro con competencias clínicas necesarias, conocimiento, habilidades y actitudes avanzadas que les permita demostrar un pensamiento crítico e innovador en el manejo clínico efectivo de sus pacientes.

La prestación de cuidados en el futuro se basa en los equipos interprofesionales donde se incluyan otras profesiones y no solo el área de la salud, por lo que se demanda crear ambientes de trabajo positivos que propicien el fortalecimiento del trabajo en equipo multi e interprofesional.

Es necesario gestionar estructuras organizacionales y ambientes laborales que faciliten la entrega de un cuidado innovador, la transformación digital en el cuidado, la aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica y la investigación clínica en enfermería, todos estos elementos vinculados con un impacto positivo en la calidad y seguridad en la atención.

La gestión de la eficacia profesional de enfermería se traducirá en una contribución suficiente de los profesionales de enfermería en los entornos de prestación de servicios. Y en una práctica clínica fortalecida con modelos de cuidado exitosos basados en autonomía y responsabilidad y un liderazgo clínico que influye y avanza en el cuidado, las políticas y la colaboración en los diferentes niveles de los sistemas de salud (139).

Eje de la investigación

Aun cuando el aporte de la enfermería es mucho mayor, a lo largo de la historia, ha sido visibilizada, por gran parte de la población, como un área secundaria o de apoyo al resto de las carreras del ámbito sanitario. Por ejemplo, en el ámbito de la investigación, la información generada desde el área, demuestra que sus profesionales no solo se abocan a la praxis, sino que aportan con evidencias científicas que coadyuvan a la solución de problemas de salud de los pacientes.

Por ello, las consideraciones de los organismos internacionales apuntan a la necesidad de aprovechar las fortalezas de la enfermería e impulsar su rol investigativo en pos de dar solución a las necesidades actuales de la población, la búsqueda del bienestar de las personas y la prevención de nuevos desafíos en salud.

En este orden de ideas, Arroyo expone

“En la actualidad, el profesional de enfermería está desarrollando y aplicando mucho más el método científico, basándose en las diferentes teorías propias de la profesión, lo que le está generando mayor independencia y relevancia en el proceso de brindar cuidados a la persona; la sociedad le ha vuelto a dar relevancia a la enfermería, siendo esta una de las profesiones más antiguas al servicio de la sociedad, brindado cuidado integrales a toda la población”. (136)

En el ámbito de la investigación, el Instituto Nacional de Investigación en Enfermería (NINR por sus siglas en inglés), a través de su plan estratégico, señala la necesidad de aprovechar las fortalezas de la ciencia de enfermería para impulsar una agenda de investigación ambiciosa que satisfaga las necesidades de atención médica actuales y futuras y anticipe los desafíos en salud. La tendencia es desarrollar investigación orientada a resultados con enfoques personalizados que maximicen la salud y el bienestar de las personas en todas las etapas de la vida y en diversas poblaciones y entornos.

Para Grady y Lucio (140), los temas clave de investigación se orientan a la ciencia de síntomas, con promoción de estrategias de salud personalizadas, bienestar centrado en promover la salud y prevenir enfermedades, autogestión para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas; y cuidados paliativos y al final de la vida (ciencia de la compasión). Se recomienda, dice, abordar áreas prioritarias para avanzar la investigación en enfermería como síntomas biológicos y ciencia de los síntomas, ciencias de la enfermería bioconductual y ciencias de datos “Big data”, que a través de la recopilación y el análisis de grandes bases de datos tienen el potencial de avanzar en la comprensión de la salud y enfermedad y apoyar la toma de decisiones clínicas orientadas a una medicina de precisión y personalizada. Además, se enfatiza que la investigación del futuro se debe orientar a abordar los desafíos de la atención médica y constituir las bases científicas para una práctica clínica innovadora que haría avanzar la enfermería y las ciencias de la salud en los próximos años. Este reto demanda invertir en la formación y el desarrollo de enfermeras científicas que aborden los desafíos con un enfoque reflexivo, innovador e interdisciplinario.

Eje del liderazgo

El liderazgo, se refiere a estar apto a asumir posición de líder en el equipo profesional de salud, objetivando el bienestar de la comunidad, y considerando en su ejercicio el compromiso, la responsabilidad, la empatía, la habilidad para toma de decisiones, la comunicación y la administración de forma efectiva y eficaz.

Es importante y relevante el liderazgo en los profesionales de enfermería, porque son estos los que proponen y ejecutan los planes de cuidado y son capaces de involucrar y guiar a sus pares en el proceso de atención. No obstante, la realidad es que a pesar de que enfermería influye y modifica conductas en el paciente y su entorno, este proceso de liderazgo no siempre es valorado por la sociedad y por el propio equipo interdisciplinario de salud, según indica parte de la literatura.

En las instituciones exigen al profesional de enfermería tener una adecuada formación sobre gestión, administración y un desarrollo de habilidades personales e interpersonales que facilitan el logro de la misión y visión de la organización; esto justifica que el profesional de enfermería sea ese líder que permite la participación y planeación de actividades en la práctica profesional dentro de un equipo multidisciplinario.

El profesional de enfermería requiere de un liderazgo que le permita participar en la toma de decisiones, a generar nuevas ideas y ayudar en la solución de problemas que presentan las personas, la familia y la comunidad.

Bajo estas premisas, el informe, en relación al futuro del liderazgo en enfermería, hace referencia a la necesidad de que, tanto líderes académicos como los que ejercen la práctica fortalezcan sus relaciones y aún en esfuerzos para desarrollar, implementar y evaluar nuevos modelos innovadores de atención y participen activamente en el desarrollo de tecnologías de la salud.

También, el documento, reivindica al personal de enfermería, en base a su experiencia y comprensión de la realidad de la prestación de cuidados, para ocupar sitios de liderazgo en pro de una adecuada planificación y toma de decisiones de alto nivel, en el diseño de las políticas de salud y en el funcionamiento de los sistemas sanitarios, en pro de garantizar una mejora constante en los servicios de atención a la población.

Los retos para el futuro demandan una reingeniería del sistema de salud que den lugar a la reingeniería del sistema de salud “que renueve y reinvente la práctica hospitalaria, el primer nivel de atención, y los diferentes escenarios,

lo cual permitirá contar con un sistema nacional de salud con profesionales de enfermería con una preparación sólida y visión futurista para responder y dar solución individualmente, y en asociación con otras disciplinas, a los problemas de salud de la población”, señala en su parte culminante el informe (134).

Por otro lado, la National Academies of Sciences (139) manifiesta en cuanto al futuro del liderazgo de la enfermería: se demanda que los líderes de la práctica y los de la academia fortalezcan su vinculación y trabajen en conjunto para diseñar, implementar y evaluar nuevos modelos de atención innovadores y que participen activamente en los avances en tecnología para la salud. Así mismo, que lideren nuevas áreas de investigación que puedan impulsar el cambio de políticas que guíe a las enfermeras líderes del cuidado y gerentes de enfermería en la creación de ambientes de práctica óptimos para generar resultados de calidad.

Las enfermeras por su experiencia y comprensión de la realidad de la prestación de cuidados deben ocupar un lugar central en la planificación y diseño de los sistemas sanitarios sostenibles, equitativos, basados en la ética y adecuados para el futuro. El contar con enfermeras en puestos de influencia y poder conduce a que los planteamientos estén centrados en la persona y orientados a lograr resultados más positivos para las personas y comunidades.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (141) expresa que los retos para el futuro demandan la necesidad de invertir en la enfermería para empoderarla a todos los niveles, específicamente en los más estratégicos, para garantizar que participen en las tomas de decisiones de alto nivel en salud, en el diseño de las políticas de salud y en el funcionamiento de los sistemas sanitarios garantizando un desempeño óptimo del personal de enfermería para mejorar la satisfacción de las necesidades de la población a la que atiende.

Asimismo, indica que invertir en el empoderamiento y consolidación de los profesionales de enfermería, a través de fortalecer su conocimiento y las competencias clínicas, es una inversión no solo al sistema nacional de salud, es una inversión a la salud poblacional y a la economía. El empoderamiento en el conocimiento es un factor de competitividad económica que moviliza e impulsa el desarrollo de la enfermería que se reflejará en una mejora a la calidad y seguridad de la atención al paciente, familia y comunidad y en el impacto social de la enfermería.

Los desafíos de la gestión del cuidado de los
profesionales de enfermería

Bibliografía



1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Sanitaria Internacional. Ginebra. [Online].; 1946. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
2. Jadad A, O'Grady L. How should health be defined? British Medical Journal. 2008; 337: p. 1364-1365.
3. Huber M, Knottnerus J, Green L, van der Horst H, Jadad A, Kromhout D, et al. How should we define health? 2011; 343(4163).
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Declaración de ALMA-ATA. In ; 1978.
5. Álvarez S. Medicina Integral. 2008;(III).
6. Collière M. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería.: McGraw-hill/Interamericana; 1993.
7. Medina J. La pedagogía del cuidado: saberes y práctica en la formación universitaria.: Laertes; 1999.
8. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero: Editorial Masson S.A; 2002.
9. Watson J. Nursing human science and human Care: A Theory of Nursing New York. National League for Nursing. 1988.; p. 27-35.
10. Benner P, Wrubel J. La Primacía del Cuidado: El estrés y el afrontamiento en la Salud y Enfermedad: Editorial Adisson-Wesley; 1989.
11. Travelbee J. Intervención en Enfermería Psiquiátrica.. ; 1982.
12. Daza de Caballero R, Torres AM, Prieto de Romano G. Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. Index Enferm. 2005; 14(48-49): p. 18-22.
13. Vesga LM. Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras.. Revista Cuidarte. 2012.
14. Martínez Pérez M. Arte y ciencia de la enfermería. Rev Méd Electrón. 2008; 30.
15. Martínez R. El arte de cuidar en Enfermería. Horiz Enferm. 2004; 15: p. 11-22.
16. OMS. Enfermería en acción.. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.; 1993.
17. CIE. Definición de enfermería. [Online].; 2002. Available from: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>.
18. NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Elsevier España S.L. 2013.

19. American Nurses Association (ANA). Scope and standards of public health nursing. 2004.
20. College of Registered Nurses of British Columbia. Scope of Practice for Registered Nurses (Standards, Limits and Conditions). 2014.
21. College of Registered Nurse of Nova Scotia. Standards for Nursing Practic:1-20. 2014.
22. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración: Masson.; 2003.
23. Griffith J, Christensen P. Nursing Process: Application of theories, frameworks and models.: Mosby.; 1986.
24. Charrier J, Ritter B. El Plan de Cuidados Estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica España. E, editor. Madrid: Masson.; 2005.
25. Real Academia Española. Real Academia Española. [Online].: <https://dle.rae.es/gesti%C3%B3n>; 2022. Available from: <https://dle.rae.es/gesti%C3%B3n>.
26. Milos H, Bórquez P, Larraín A. La “Gestión del cuidado” en la legislación chilena: Interpretación y alcance. Cienc. enferm. [online]. ; 16(1): p. 17-29.
27. Mulens R. La gestión de enfermería desde las dimensiones del cuidado. 2018.
28. Cabacas C. Significado de la experiencia de la gestión del cuidado de enfermeras en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena. 2012.
29. Estefo A, Silvana P, Klijn T. enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Cienc. enferm. [Internet]. 2010; 16(3): p. 33-39.
30. Ministerio de Salud de Chile. Norma General Administrativa N° 19. Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada , Exenta N° 1127. ; 2007.
31. Gobierno de España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre. De ordenación de las profesiones sanitarias.. ; 2003.
32. Rodríguez V, Paravic T. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. Revista electrónica trimestral de enfermería. 2011.
33. Consejo Internacional de Enfermería, CIE. La definición de enfermería. Suiza.; 2015.

34. Real Academia Española. Real Academia Española. [Online].; 2023. Available from: <https://dle.rae.es/rol>.
35. Mendes M, Lopes Monteiro da Cruz DA. La Teoría de los Roles en el Contexto de la Enfermería; 2009.
36. American Nurses Association. Código de Ética para Profesionales de la Enfermería con Declaraciones Interpretativas. ; 2022.
37. Consejo Internacional de Enfermería. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Suiza.; 2006.
38. Orellana P. Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. Rev. Ciencia y Enfermería. 2007; 13(1): p. 17-24.
39. Alonso P, Ezquerro O, Fargues IGJ, Marzo M, Navarra M, Subirana M. Enfermería basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. España: DAE. Ed. Madrid; 2004.
40. Limón E. Investigación en enfermería. La enfermería basada en la evidencia. Revista de Investigación en Enfermería. 1999; 7: p. 35-8.
41. Barderas A, Escobar G. Fuentes de información en Enfermería: buscando la evidencia. Rev. Enfermería Anestesia- Reanimación y Terapia del Dolor. 2004; 12: p. 44-7.
42. Galvão C, Sawada N, Mendes I. A busca das melhores evidências. Rev. Esc Enfermagem. 2003; 37(4): p. 43-50.
43. Marqués S. La Lectura Crítica. Fundamental en Enfermería y para las enfermeras.: Evidentia; 2009.
44. Sousa V, Driessnack M, Mendes I. An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: Quantitative research designs. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(3): p. 502-7.
45. Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. Journal Advance Nursing. 2000; 31(3): p. 599-606.
46. Álvarez D. Enfermería en América Latina: una mirada al horizonte. Av Enferm. 2015; 33(2): p. 295-305.
47. Marcellino de Melo G, Schelindwein B. Liderazgo del enfermero: una revisión integradora de la literatura. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(3):1-9. 2011; 19(3): p. 1-9.
48. Del Barrio M. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. Enferm Intensiva. 2014; 25(2): p. 52-57.

49. Aguayo M, Castelló M, Monereo C. La identidad del académico de enfermería: entre la docencia y la investigación. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2014; 23(2): p. 241-249.
50. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima segunda edición: Espasa Capel S.A.; 2001.
51. Colliere M. "Encontrar el sentido, original de los cuidados enfermeros". *Revista Rol de Enfermería*. 1999; 2(22): p. 27-31.
52. Poblete M, Valenzuela S. *Cuidado humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios: Acta Paul Enferm*; 2007.
53. Phaneuf M. "Cuidados de Enfermería del Proceso de Atención de Enfermería" España: Interamericana; 1999.
54. Dossier B, Erb G. *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica* España: Mcgraw- Hill Interamericana; 1998.
55. Waldow R. *Cuidar: Expresión humanizadora de Enfermería Brasil*. : Editora Vozes Ltda.; 2006.
56. Morfi R. *Gestión del cuidado en Enfermería*. *Rev Cubana Enfermer* v.26 n.1. 2010; 26(1).
57. Meleis A. *Theoretical Nursing Administration: Today's Challenges, Tomorrow's Bridges*. Blackwell Scientific Publications. 1989;: p. 7-18.
58. Zarate R. *La Gestión del Cuidado de Enfermería*. España; 2004.
59. Oliveira C. *Gestión del cuidado en salud Brasil: Interface*; 2011.
60. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Med Electron*. 2014; 36(6): p. 835-845.
61. León C. *Enfermería ciencia y arte del cuidado*. *Rev Cubana Enfermer [Internet]*. 2006; 22(4).
62. Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 8th ed.: Elsevier; 2015.
63. Soler Y, Pérez E, López M, Quezada D. *Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. *Arch Méd Camagüey*. 2016.
64. Ulloa I, Mejia C, Plata E, Noriega A, Quintero D, Grimaldos M. *Tratamiento implantológico en pacientes con maxilares atróficos*. *Rev Cubana Enferm*. 2017.
65. Fernandes R, Menezes R, Dantas D, Araújo A, Coura A, Enders B. *Capacidad de autocuidado de pessoas com lesao medular para higiene*. *Rev Cubana Enferm*. 2017.

66. García J, Martín O, Chávez M, Conill E. Gestión del cuidado en Enfermería y su aporte a la economía en hospital de Cabinda. *Rev Cien Méd.* 2018.
67. González G, Del Toro M, Fernández SP, Díaz P. Aspectos culturales de la puérpera que influyen en el cuidado del primero hijo. *Rev Cubana Enferm.* 2016.
68. Dandicourt C. Modelos de enfermería relacionados con el cuidado preventivo orientado a la comunidad y la familia. *Rev Cubana Enferm.* 2019.
69. Mastrapa Y, Gibert M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cubana Enferm.* 2016.
70. Moreno D. Fundamentos del diseño de un modelo de atención de Enfermería para la gestión del cuidado. *Rev Cubana Enferm.* 2018.
71. Rodríguez J, Galván G, Pacheco M, Parcon M. Evaluación del dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias por enfermería. *Arch Med Camagüey.* 2019.
72. Marcos M, Tizón E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico: *Gerokomos.*; 2013.
73. González A, Naranjo Y, Mirabal J, Alvarez B. Estrategia de autocuidado en los adultos mayores con cáncer de próstata en la comunidad: *Arch Méd Camagüey*; 2019.
74. Bastidas C, Olivella M, Bonilla C. Significado del autocuidado en la persona que vive con enfermedad coronaria: *Salud Uninorte*; 2015.
75. Pérez A, Suárez M, Valdés Y, Vasallo M. Modelo de autocuidado. Su aplicación en el proceso de atención de enfermería en Cuba.. *Rev medica electrónica.* 2014.
76. Raile M, Alligood A, Marriner T. Modelos y teorías en enfermería. 7th ed. España: Elsevier; 2007.
77. Watson J. Cuidado de Enfermería: Un enfoque de Ciencia Humana para la práctica de Enfermería actual y futura.: National League of Nursing; 1988.
78. Watson J. Postmodern nursing and beyond: Harcourt brace/Elsevier; 1999.
79. Peplau H. Relaciones interpersonales en Enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica: Salvat; 1990.

80. Tazón MP. Relaciones y comunicación en enfermería. Madrid.: Ediciones DAE; 2000.
81. Chiavenato I. Administración. Introducción a la Teoría General de la Administración. 7th ed.: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
82. Ortún V. ¿Conocimiento para gestionar? Gestión Clínica Sanitaria. 1999; 1: p. 5-6.
83. Gestión de los cuidados. Revista Científica de Enfermería.. 2018.
84. Salgueiro A. Indicadores de Gestión y Cuadro de Mando. Editorial Díaz de Santos. 2001;; p. 24-30.
85. Amat J. El Control de Gestión: Una perspectiva de Dirección. Ed. Ediciones Gestión S.A. 2000;; p. 270.
86. Morfi S. Gestión del cuidado en Enfermería. Nursing care management. Revista Cubana de Enfermería. 2010; 26(1): p. 1-2.
87. Ortiz A. Gestión del cuidado en enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. 2000; XVIII(1): p. 93-102.
88. Cortés J. Gestión clínica y medicina familiar; 2003.
89. Complejo Universitario Norte. Gestión de Cuidados de Enfermería. ; 2005.
90. Ibarra A. Una perspectiva sobre la evolución en la utilización de las razones financieras o ratios. Pensamiento & Gestión. 2006;(21).
91. International Council of Nursing (CIE). Declaración de posición del CIE: Gestión de los servicios de enfermería y atención de Salud. ; 2000.
92. Servicio Murciano de Salud. Programa pilotaje 2010. Enfermera gestora de casos. ; 2010.
93. Bulechek GM, Butcher KK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6th ed.: Elsevier; 2013.
94. Romero G. La gestión de casos de enfermería, una gran desconocida. [Online].; 2014. Available from: http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/1939-la-gesti%C3%B3n-de-casos-en-enfermer%C3%ADa-una-gran-desconocida#.VQhFoY6G_Ic.
95. Servicio Andaluz de Salud. Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud: Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la Gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud. ; 2017.

96. Duarte G, Izquierdo MD, Pérez G, Artilles J, Aguirre A, Cueto M. La enfermera comunitaria de enlace: una propuesta de mejora en atención domiciliaria. *Boletín Enfermería Comunitaria*. 2002; 8: p. 27-28.
97. López P. *Análisis de la Enfermería en la Gestión de Casos*. ; 2018.
98. Fraile M, Cerezo A, Sánchez M, Vasco I, Villa J. Enfermera gestora de casos en atención primaria. *Abordaje de enfermos crónicos*. [Online].; 2015. Available from: [https://www.enfermeradigital.com/common/img/tfgs/trabajos/PROYECTO%20TFG%20EGC%20con%20autorizacio%CC%81n%20-%20Maria%20Teresa%20Eli%CC%81as%20Llera\(1\).pdf](https://www.enfermeradigital.com/common/img/tfgs/trabajos/PROYECTO%20TFG%20EGC%20con%20autorizacio%CC%81n%20-%20Maria%20Teresa%20Eli%CC%81as%20Llera(1).pdf).
99. Garcés R. Case management as a methodology for connecting the health and social care systems in Spain [Article in Spanish]. *Aten Primaria*. 2015; 47: p. 482-489.
100. Donabedian A. *La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación*: Editorial La Prensa Médica Mexicana; 1984.
101. Donabedian A. *Defining and Measuring the Quality of Health Care Assessing Quality Health Care. Perspectives for Clinicians*. 1993;: p. 43.
102. Esfero S, Paravic T. *Enfermería en el rol de gestora de los cuidados*. *Ciencia y Enfermería XVI*. 2010; 3: p. 33-39.
103. Varo J. *Gestión estratégica de a calidad en los servicios sanitarios España*: Díaz de Santos; 1994.
104. Deming W. *Out of the crisis. Quality, productivity and competitive position*. Citado por Varo, Jaime. *Gestión estratégica de a calidad en los servicios sanitarios*: Díaz de Santos; 1994.
105. Arias A.. *Desarrollo, definición e historia de la calidad. Unidad 1. Gestión de la calidad*. ; s/f.
106. *Universidad Naional de Colombia. La planeación*. ; s/f.
107. Pardo C. *Liderazgo personal r interpersonal en los coordinadores y profesionales en enfermería que laboran en las IPS de 3er. Nivel de atención en Cartagena*. ; 2011.
108. Montiel G. *Administración de los servicios de salud en enfermería. Evaluación de la calidad de atención de los servicios de enfermería México: OPS-CIESS*; 1988.
109. Blumenthal D, Epstein A. *Quality of health care. Part 6.. Engl Journ Med*. 1996; 335: p. 1328-31.

110. Rooney A, Ostenber P. Licenciatura, Acreditación y Certificación: Enfoques para la Evaluación y Administración de la Calidad de los Servicios de Salud. ; 1999.
111. Jiménez R. Jiménez, Rosa. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual.. Rev. Cubana Salud Pública. 2004.
112. Griselda M. Planteando estrategias para enfrenar los desafíos a la gestión del cuidado. ; 2017.
113. Carvajal A. Teorías y modelos: formas de representación de la realidad. ; 2002.
114. Wartofsky M. Teorías y modelos: formas de representación de la realidad. ; 2018.
115. Arias S, Labrador N, Gámez B. Modelos y épocas de la evaluación educativa. 2018.
116. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. Modelos y teorías en enfermería. Ed. Elsevier. 2015;; p. 234-282.
117. Berbiglia V, Banfield B. Modelos y teorías en enfermería. Modelos y teorías en enfermería. Ed. Elsevier. 2018;; p. 232-235.
118. Sieloff C, Messmer P. Modelos y teorías en enfermería. Modelos y teorías en enfermería. Ed. Elsevier. 2018;; p. 293-297.
119. Phillips D. Modelos y teorías en enfermería. Ed. Elsevier. 2018;; p. 232-235,.
120. Gunth MF. Modelos y teorías en enfermería:. Ed. Elsevier. 2018;; p. 213-220.
121. Leininger M. Collection on Human Caring and Transcultural Nursing, Archives of Caring in Nursing, Christine E. Lynn College of Nursing Florida Atlantic University; 1998.
122. León C. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. Revista Cubana de Enfermería. 2017.
123. Barreto Y, Velasquez V. Centro de Desarrollo Humano Comunitario: programa para familias afrocolombianas desde la investigación acción participativa[Community center for human development: program for African-Colombian families based on the participatory action research approach]. Revista de salud pública (Bogota, Colombia). 2016; 18(5): p. 768-781.

124. Naranjo Y, Rodríguez J, Concepción J. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016.
125. Flagg A. The role of patient-centered care in nursing. *The Nursing clinics of North America*. 2015; 50(1): p. 75-86.
126. Leite M, Freitag L. Análisis de Contexto del concepto de Ambiente en la Teoría Humanística de Paterson y Zderan. *Index de Enfermería*. 2005; 14(48-49): p. 42-45.
127. Arias P, Mejía M, Matus D. Revisión documental basada en la teoría de Martha Rogers: cuidado armónico a las adolescentes gestantes en Bogotá en el año 2017. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm*. 2017; 9(1): p. 45-51.
128. Despaigne C. Aplicabilidad del modelo de adaptación de Sor Callista Roy en el cuidado de personas con COVID-19.. *Revista Cubana de Enfermería*. 2021.
129. Gardner K. A summary of findings of a five year comparison study of primary and team nursing. *Nursing Research*. 1991; 40(2): p. 113-117.
130. Paolillo E, Russi U, Cabrera D, Martins L, Scasso M, Constantin M, et al. Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), experiencia con IR-GRD en el sanatorio Americano, sistema FEMI. *Rev. Med. Urug*. 2008;; p. 258-266.
131. Fetter R. Casemix classification systems; 1999.
132. Torres R, Rossi S, Siede J, Becerra J. Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) - Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y medición de producto sanitario; 2005.
133. Zapata M. Importancia del sistema GRD para alcanzar la eficiencia hospitalaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2018;; p. 347-352.
134. CEPAL. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
135. Banco Interamericano de Desarrollo. Planes de beneficios en salud de América latina. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.; 2014.
136. Álvarez B, Pellisé L. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE.. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;; p. 55-70.

137. Álvarez B, Lobo F, Pellisé L. Sistemas de pago a proveedores de servicios sanitarios en países Latinoamericanos y de la OCDE. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1998.
138. Margargal P. Modular nursing: nurses rediscover nursing. Nursing management. ; 1987.
139. Organización Mundial de la Salud. Situación de la enfermería en el mundo. [Online].; 2020. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>.
140. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Informe final del Foro Regional para el Avance de la Enfermería en América Latina. [Online].; 2022. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/situacion-enfermeria-region-americas-informe-final-foro-regional-para-avance-enfermeria>.
141. Arroyo M. Los retos y desafíos de la enfermería del siglo XXI. Agencia de noticias Fides. 2023.
142. Nelson H, Bailey K, Barcheller J, Bernard N, Caramanica L, Snow F. The Future of Nursing Leadership.; 2019.
143. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025 [Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025]. Ginebra: OM; 2021.
144. National Academies of Sciences. Engineering, and Medicine. Building Data Capacity for Patient-Centered Outcomes Research: Interim Report 3 - A Comprehensive Ecosystem for PCOR. The National Academies Press. 2022.
145. Grady P, Lucio L. Nursing Science: Claiming the future. : J Nurs Scholars. ; 2015.
146. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Una voz para liderar. Una visión de futuro para la atención de salud. Ginebra: CIE; 2021.

Los desafíos de la gestión del cuidado de los **profesionales de enfermería**



Publicado en Ecuador
octubre 2023

Edición realizada desde el mes de febrero del 2023 hasta
septiembre del año 2023, en los talleres Editoriales de MAWIL
publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje Digital, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman.
Portada: Collage de figuras representadas y citadas en el libro.

Los desafíos de la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería

Autores Investigadores

Leonella Carolina Farfán Vélez
 Lisbeth Madelayne Andrade Pizarro
 Carlos Alfredo Briones Morales
 Carlos Elías Briones Macías
 Bryan Steeven Flores Medina
 Ricardo Jair Ferrín García
 Gloria Elizabeth Solórzano Zambrano
 Reina Yadira Villavicencio Macías
 Leisberth Iván Zamora Pazmiño
 Myriam Susana Donoso Palomeque
 Kethy María Mera Fernández

ISBN: 978-9942-622-65-5



Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

