

Valores, ética y apoyo activo

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Al finalizar el capítulo, usted será capaz de:

1. Explicar de qué modo los valores, los marcos morales y los códigos deontológicos afectan a las decisiones morales.
2. Explicar el modo en que los profesionales de enfermería usan el conocimiento de los valores para tomar decisiones éticas y facilitar la toma de decisiones éticas por los pacientes.
3. Cuando se presenta una situación ética, identificar las cuestiones morales y los principios implicados.
4. Exponer las cuestiones éticas comunes a que se enfrentan en la actualidad los profesionales de enfermería.
5. Exponer el papel de apoyo activo del profesional de enfermería.

TERMINOS CLAVE

Actitudes, 81	Eutanasia activa, 92	Teorías (deontológicas) basadas en principios, 85
Apoyo activo, 93	Eutanasia pasiva, 92	Teorías (teleológicas) basadas en las consecuencias, 84
Autonomía, 85	Fidelidad, 86	Utilidad, 84
Beneficencia, 86	Justicia, 86	Utilitarismo, 84
Bioética, 84	Moralidad, 84	Valores, 81
Clarificación de valores, 81	No maleficencia, 85	Valores personales, 81
Código deontológico, 86	Reglas morales, 85	Valores profesionales, 81
Compromiso, 86	Responsabilidad, 86	Veracidad, 86
Conflicto moral, 89	Sistema de valores, 81	
Creencias, 81	Suicidio asistido, 92	
Desarrollo moral, 84	Teorías (de atención) basadas en las relaciones, 85	
Ética, 82		
Ética de la enfermería, 84		

En su trabajo diario, los profesionales de enfermería abordan acontecimientos humanos íntimos y fundamentales como el nacimiento, la muerte y el sufrimiento. Deben decidir la moralidad de sus propias acciones cuando se enfrentan a las numerosas cuestiones éticas que rodean a estos ámbitos tan sensibles. Debido a la especial relación entre profesional de enfermería y paciente, el primero se sitúa en una posición excepcional para apoyar y defender a los pacientes y sus familiares que se ven frente a elecciones difíciles, y a quienes viven los resultados de las decisiones que toman otros por y para ellos.

El actual entorno de contención del costo y escasez de personal de enfermería tiende a poner el acento en los valores de empresa. El crea nuevos problemas morales e intensifica los antiguos, haciendo más esencial que nunca que los profesionales de enfermería tomen decisiones morales fundadas. Por tanto, los profesionales de enfermería necesitan: a) desarrollar una sensibilidad hacia las dimensiones éticas de la práctica de enfermería; b) examinar sus propios valores y los de los pacientes; c) comprender cómo influyen los valores en sus decisiones, y d) pensar en la clase de problemas morales a los que probablemente se enfrentarán. Este capítulo explora las influencias de los valores y los marcos morales en las dimensiones éticas de la práctica de enfermería y en el papel del profesional de enfermería como defensor del paciente.

Valores

Los **valores** son creencias o actitudes duraderas sobre el valor esencial de una persona, objeto, idea o acción. Son importantes porque influyen en las decisiones y acciones, incluida la ética del profesional de enfermería en la toma de decisiones. Aun cuando no se expongan y tal vez se mantengan incluso de modo no consciente, las cuestiones relativas a los valores subyacen a todos los dilemas morales. Naturalmente, no todos los valores son morales. Por ejemplo, las personas tienen valores sobre el trabajo, la familia, la religión, la política, el dinero y las relaciones, por nombrar solo algunos. A menudo, los valores se dan por supuestos. De igual forma que las personas no son conscientes de que respiran, habitualmente no piensan en sus valores; simplemente los aceptan y actúan en consonancia.

Las personas organizan sus valores internamente en un continuo que va de lo más importante a lo de menor relevancia, para formar un **sistema de valores**. Los sistemas de valores son básicos para definir el estilo de vida, dando una orientación a la vida, y conforman la base del comportamiento, especialmente el basado en decisiones u opciones.

Las creencias y actitudes están relacionadas con los valores, pero no son idénticas a ellos. Las personas tienen muchas creencias y actitudes diferentes, pero solo un pequeño número de valores. Las **creencias** (o convicciones) son interpretaciones o conclusiones que las personas aceptan como ciertas. Se basan más en la fe que en los hechos. Las creencias no afectan necesariamente a los valores. Por ejemplo, la declaración «si estudio mucho sacaré buena nota» expresa una creencia que no implica un valor. En cambio, la frase «sacar buenas notas es muy importante para mí. Debo estudiar mucho para conseguirlas» implica tanto un valor como una convicción.

Las **actitudes** son posiciones o sentimientos mentales hacia una persona, objeto o idea (p. ej., aceptación, compasión, franqueza). Normalmente, una actitud persiste en el tiempo, mientras que una creencia puede durar solo brevemente. A menudo, las actitudes se interpretan como buenas o malas, positivas o negativas, mientras que las creencias se juzgan como correctas o incorrectas. Las actitudes tienen aspectos de pensamiento y conducta. Varían enormemente entre individuos. Por ejemplo, algunos pacientes pueden abrigar un intenso sentimiento de la necesidad de que se respete su intimidad, mientras que a otros les parecerá una cuestión poco importante.

Transmisión de valores

Los valores se aprenden a través de la observación y la experiencia. Por tanto, están fuertemente influidos por el entorno sociocultural de la persona, es decir, por las tradiciones sociales; por grupos culturales, étnicos y religiosos; y por la familia y los amigos. Por ejemplo, si un padre demuestra honradez de forma persistente al tratar con los demás, su hijo probablemente empezará a valorar esta cualidad. Los profesionales de enfermería deben tener presente la influencia de los valores en la salud (v. capítulo 17 ∞). Por ejemplo, algunas culturas valoran el tratamiento por un sanador o curandero por encima del prescrito por el médico. Para información adicional sobre los valores culturales relacionados con la salud y la enfermedad, véase el capítulo 18 ∞.

Valores personales

Aunque las personas extraen los valores de la sociedad y sus subgrupos individuales, interiorizan estos valores en parte o en la totalidad y los perciben como **valores personales**. Los individuos necesitan los valores sociales para sentirse aceptados y los valores personales para adquirir una sensación de individualidad.

Valores profesionales

Los **valores profesionales** de la enfermería se adquieren durante la socialización en esta disciplina a partir de los códigos deontológicos, las experiencias de enfermería, los profesores y los compañeros. La *American Association of Colleges of Nursing* (AACN, 2008) identificó cinco valores esenciales para el profesional de enfermería: altruismo, autonomía, dignidad humana, integridad y justicia social (tabla 5-1).

Clarificación de los valores

La **clarificación de valores** es un proceso por el cual las personas identifican, examinan y desarrollan sus valores individuales. Un principio de clarificación de valores sostiene que no hay ningún conjunto de valores que sirva para todos. Cuando las personas pueden identificar sus valores, pueden conservarlos o modificarlos y actuar así basándose en valores

TABLA 5-1 Valores esenciales en enfermería

Altruismo es la preocupación por el bienestar de los demás. En la práctica profesional, el altruismo se refleja en la preocupación del profesional de enfermería por el bienestar de los pacientes, otros profesionales de enfermería y demás proveedores de cuidados de salud.
Autonomía es el derecho a elegir por uno mismo. La práctica profesional refleja la autonomía cuando el profesional de enfermería respeta los derechos de los pacientes a tomar sus propias decisiones sobre sus cuidados de salud.
Dignidad humana es el respeto por el valor y unicidad inherentes de los individuos y los pueblos. En la práctica profesional, la dignidad humana se refleja cuando el profesional de enfermería valora y respeta a todos los pacientes y compañeros.
Integridad es la actuación de acuerdo con un código ético apropiado y las normas prácticas aceptadas. La integridad se refleja en la práctica profesional cuando el profesional de enfermería es honrado y aporta los cuidados basándose en un marco ético aceptado dentro de la profesión.
Justicia social es la actuación de acuerdo con un trato justo con independencia de la situación económica, la raza, la etnia, la edad, la nacionalidad, la discapacidad física o la orientación sexual.

Tomado de *The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice* (pg. 27-28). American Association of Colleges of Nursing, 2008, Washington, DC: Author. Reproducido con autorización.

CUADRO 5-1 Clarificación de valores

Elección (cognitivo)	Creencias que se eligen
	■ Libremente, sin presión externa
	■ Entre varias alternativas
	■ Después de reflexionar y sopesar las consecuencias

Ejemplo: Una persona adquiere un conocimiento sobre recursos energéticos, producción y consumo; el efecto invernadero; y las demás cuestiones ambientales, incluyendo formas de reducir al mínimo el uso y de reciclar los recursos limitados.

Valoración (afectivo)	Las creencias elegidas son valoradas y apreciadas
------------------------------	---

Ejemplo: La persona se siente orgullosa de su convicción de que tiene la obligación de participar de algún modo en la reducción de los residuos ambientales.

Actuación (conductual)	Las creencias elegidas
	■ Se afirman ante los demás
	■ Se incorporan en la propia conducta
	■ Se repiten de modo consistente a lo largo de la vida

Ejemplo: La persona participa en el programa urbano de reciclaje de residuos domésticos, usa el transporte público en lugar del automóvil propio cuando le es posible, ayuda a organizar el reciclado en su lugar de trabajo y se muestra activa ante las iniciativas políticas y legislativas relacionadas con las cuestiones ambientales.

Tomado de *Values and Teaching*, 2nd ed. (p. 47), by L. Raths, M. Harmin, and S. Simon, 1978, Columbus, OH: Merrill. Adaptado y reproducido con autorización de los autores.

elegidos libremente, y no de forma inconsciente. La clarificación de valores promueve el desarrollo personal, estimulando la conciencia, la empatía y la penetración. Por tanto, es un paso importante que ha de dar el profesional de enfermería para abordar los problemas éticos.

Una teoría de la clarificación de valores usada extensamente fue la desarrollada por Raths, Harmin y Simon (1978). Estos autores describieron un «proceso de adquisición de valores» de pensamiento, sentimientos y conducta que llamaron «elección», «valoración» y «actuación» (cuadro 5-1). En algunos casos, el ejercicio de clarificación de valores puede servir para ayudar a los individuos o grupos a hacerse más conscientes de sus valores y del modo en que ello puede influir en sus acciones. Por ejemplo, pedir a un paciente que muestre su conformidad o desacuerdo con una lista de frases o que clasifique en orden de importancia una relación de convicciones puede ayudar al profesional de enfermería y al paciente a que este último exprese con más franqueza sus valores para que puedan considerarse en la planificación de la atención específica que se le dispensa. En la tabla 5-2 puede verse un ejemplo de un ejercicio general de clarificación de valores.

Clarificación de los valores del profesional de enfermería

Los profesionales y estudiantes de enfermería han de analizar los valores que sostienen sobre la vida, la muerte, la salud y la enfermedad. También tienen valores personales y profesionales. Una estrategia para adquirir conciencia de los valores personales es pensar en las actitudes personales ante cuestiones específicas como el aborto o la eutanasia, preguntándose: «¿Puedo aceptarlo o vivir con ello?» «¿Qué haría o qué querría hacer en esa situación?». Como en cualquier persona, en los valores de los profesionales de enfermería influye su cultura, su educación y su edad. Sin embargo, la investigación demuestra que los valores profesionales fundamentales de dignidad humana, igualdad y evitación del sufrimiento no han variado a lo largo del tiempo ni entre distintos grupos (Rassin, 2008).

Clarificación de los valores del paciente

Para desarrollar un plan de cuidados eficaz, los profesionales de enfermería han de identificar los valores de los pacientes en la medida en que influyen y se relacionan con un problema determinado de salud. Por ejemplo, un paciente con un defecto de visión probablemente dará un alto valor a la capacidad de ver, y uno con dolor crónico valorará su ausencia. Normalmente, estas cosas se dan por supuestas. Para más información sobre creencias y valores en torno a la salud, consúltese el capítulo 17. El profesional de enfermería nunca debe presuponer que el paciente tiene unos valores determinados. Al contrario, ha de descubrir cuáles son estos valores a través de la conversación. Cuando los pacientes sostienen valores poco claros o en conflicto que perjudican a su salud, se debe aplicar la clarificación de valores como una intervención de enfermería. En la tabla 5-3 pueden verse algunos ejemplos de conductas que indican probablemente la necesidad de clarificación de los valores sobre cuestiones de salud.

El proceso siguiente tal vez sirva de ayuda a los pacientes para clarificar sus valores.

1. **Enumerar las alternativas.** Cerciorarse de que el paciente conoce todas las acciones alternativas. Preguntar «¿Está pensando en otras posibles soluciones? Hábleme de ellas».
2. **Examinar las posibles consecuencias de las elecciones.** Asegurarse de que el paciente ha pensado sobre las consecuencias posibles de cada acción. Preguntar «¿Está pensando en lo que ganará con esto? ¿Qué beneficios cree que conseguirá?».
3. **Elegir libremente.** Determinar si el paciente elige libremente, preguntar «¿Tiene algo más que decir sobre la opción? ¿Ha tomado una decisión?».
4. **Determinar qué se siente acerca de la elección.** Algunos pacientes pueden no sentirse satisfechos con su decisión. Una pregunta respetuosa podría ser la siguiente: «Algunas personas se sienten bien después de tomar una decisión; otras no. ¿Cómo se siente usted?».
5. **Reafirmar la elección.** Preguntar «¿Cómo se lo dirá a los demás (familiares, amigos)?».
6. **Actuar según un patrón.** Determinar si el paciente se comporta de forma consistente en un cierto sentido, preguntar «¿Cuántas veces ha hecho esto antes?» o «¿Volverá a tomar esta decisión?».

Cuando aplica estos pasos para clarificar los valores, el profesional de enfermería ayuda al paciente a pensar en cada pregunta, pero no impone sus valores personales. El profesional de enfermería raramente, si es que lo hace, dará su opinión cuando el paciente se la pregunte, y solo con mucho cuidado o cuando el profesional de enfermería sea un experto en el área en cuestión. Dado que cada situación es diferente, lo que el profesional de enfermería pudiera elegir para su propia vida puede no ser relevante para las circunstancias del paciente. Así, si el paciente pregunta al profesional de enfermería «¿qué haría usted en mi situación?», es mejor reorientar la pregunta hacia el paciente que contestar según el punto de vista del profesional.

Moralidad y ética

El término **ética** tiene varios significados en el uso común. Se refiere a: a) un método de indagación que ayuda a las personas a comprender la moralidad de la conducta humana (es decir, es el estudio de la moralidad); b) las prácticas o creencias de un cierto grupo (p. ej., ética médica, ética de la enfermería), y c) las normas esperadas de conducta moral de un grupo determinado según se describe en el código formal de ética profesional del grupo. Los profesionales de enfermería han

TABLA 5-2 Cuestionario para clarificación de valores

1 = Cosas que valoro mucho 2 = Cosas que valoro 3 = Cosas que no valoro

Ayudar a la sociedad	Hacer algo que contribuya a mejorar el mundo en que vivimos
Ayudar a los demás	Participar directamente para ayudar a otras personas, ya sea individualmente o en grupos pequeños
Ética en el trabajo	Sentirse satisfecho por el trabajo bien hecho
Disfrutar de la vida	Disfrutar de la vida, divertirse
Honradez	Poder decir a los demás lo que pienso y creo realmente; ser honesto conmigo mismo
Aprobación	Conseguir gustar a otras personas
Competencia	Participar en actividades en que pueda probar mis capacidades contra otros
Tomar decisiones	Tener la capacidad de decidir cursos de acción
Respeto	Conseguir que los demás piensen bien de mí y me tengan aprecio
Liderazgo	Estar en una posición de influencia en las actitudes u opiniones de otras personas
Conocimiento	Conseguir comprensión a través del estudio y/o la experiencia
Maestría en el trabajo	Convertirme en un experto en la materia en que trabajo
Paz	Vivir en una sociedad y un entorno pacíficos y armoniosos
Creatividad	Tener la oportunidad de crear algo nuevo, como ideas, productos, obras de arte
Libertad	Ser capaz de decir o hacer lo que quiero
Buen carácter	Saber internamente que hago lo correcto, lo moral y lo justo
Lealtad	Ser fiel con las personas cercanas y/o creer en lo que hago
Justicia	Ser justo y ecuánime y conseguir que los demás me traten con justicia y equanimidad
Estabilidad	Seguir una rutina y unas obligaciones que son básicamente predecibles
Seguridad	Sentirme seguro y libre de daños
Reconocimiento	Ser reconocido públicamente
Hijos	Tener hijos sanos y felices
Emociones	Experimentar un grado elevado (o frecuente) de emoción
Aventura	Tener obligaciones que exijan con frecuencia asumir riesgos
Poder	Tener autoridad sobre los demás
Seguridad económica	Tener dinero suficiente para comprar lo que quiero
Ocio	Tener tiempo para mis aficiones, para hacer deporte u otras actividades
Armonía interior	Estar en paz conmigo mismo
Riqueza	Conseguir beneficios, ganancias, hacer mucho dinero
Confianza	Conseguir que las personas confíen en mí y ser capaz de confiar en ellas
Retos	Hacer actividades que pongan a prueba mis aptitudes físicas y/o mentales
Independencia	Poder determinar lo que haré cada día sin una intromisión importante de los demás
Cambio y variedad	Cambiar con frecuencia de responsabilidades y de lugar
Cumplimiento moral	Sentir que lo que hago contribuye a un conjunto de normas morales que, en mi opinión, son muy importantes
Comunidad	Ser parte de una comunidad cercana y de apoyo
Atención	Sentir amor y afecto a diario
Salud	Estar libre de enfermedad o dolencias, sentirme bien físicamente
Religión/espiritualidad	Hacer lo correcto según mis creencias religiosas y/o espirituales
Familia	Tener la seguridad de que los miembros de mi familia están sanos y seguros
Amistad	Tener buenos amigos con los que pueda contar

Incluya en la siguiente lista los cinco valores esenciales principales (empezando por el 1)

MIS 5 VALORES MÁS ESENCIALES

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Tomado de Questionnaire for Values Clarification, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, copyright 2002. Consultado en <http://www.jhuccp.org/research/download/Valuesinstrument.pdf>

TABLA 5-3 Conductas que pueden indicar valores poco claros

CONDUCTA

Ignorar el consejo de un profesional de la salud
Comunicación o conducta incoherente
Numerosos ingresos en una institución de salud por el mismo problema
Confusión o incertidumbre sobre qué curso de acción tomar

EJEMPLO

Un paciente con una cardiopatía que valora el trabajo duro ignora los consejos de hacer ejercicio con regularidad.
Una mujer embarazada dice que quiere tener un hijo sano, pero sigue bebiendo alcohol y fumando.
Una mujer obesa de mediana edad busca ayuda repetidamente por sus dolores de espalda, pero no pierde peso.
Una mujer quiere conseguir un trabajo para hacer frente a sus obligaciones financieras, pero también quiere quedarse en casa para cuidar de su marido enfermo.

sido considerados los más éticos y honrados en las encuestas Gallup en EE. UU. año tras año desde 1999, a excepción de cuando se eligió a los bomberos poco después de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 (Saad, 2009). La **bioética** es la ética aplicada a la vida o la salud humana (p. ej., a decisiones sobre el aborto o la eutanasia). La **ética de la enfermería** se refiere a cuestiones éticas que se producen en la práctica de enfermería. La *American Nurses Association* (ANA) ha revisado el *Ámbito y normas prácticas* (2010) de los profesionales de enfermería que son responsables de su conducta ética. La norma de la actividad profesional n.º 7 está relacionada con la ética (cuadro 5-2). La edición actual de esta norma se amplió significativamente para poner un mayor acento en la responsabilidad y el papel de defensor del paciente del profesional de enfermería.

La moralidad (o moral) es similar a la ética, y a menudo ambos términos se usan indistintamente. **Moralidad** se refiere habitualmente a las normas privadas y personales sobre lo que está bien o mal, tanto en comportamiento como en carácter y actitud. A veces la primera clave que apunta a la naturaleza moral de una situación es el hecho de que despierta una conciencia o induce sentimientos como culpa, esperanza o vergüenza. Otro indicador es la tendencia a responder a la situación con palabras como *debo, debería, correcto, equivocado, bueno y malo*. Las cuestiones morales tienen que ver con valores y normas sociales importantes; no se refieren a cosas triviales.

Los profesionales de enfermería deben distinguir entre moralidad y leyes. Las leyes reflejan los valores morales de una sociedad y sirven de orientación para saber lo que es moral. Sin embargo, una acción puede

ser legal, pero no moral. Por ejemplo, una orden de reanimación de un paciente agonizante es legal, pero cabría preguntarse si el acto es moral. Por otra parte, una acción puede ser moral pero ilegal. Por ejemplo, si un niño en casa deja de respirar, es moral, pero no legal, superar la velocidad límite mientras se conduce al hospital. Los aspectos legales de la práctica de la enfermería se tratan en el capítulo 4.

Los profesionales de enfermería deben también distinguir entre moralidad y religión en lo que tiene que ver con las prácticas de salud, aunque ambos conceptos están relacionados. Por ejemplo, según algunas creencias religiosas, las mujeres deben someterse a intervenciones como la ablación femenina que pueden provocar una mutilación física. Otras religiones o grupos pueden considerar esta práctica como una violación ética del derecho humano a decidir por uno mismo (Solomon y Noll, 2007). Casos comunes adicionales de diferencias en las perspectivas morales sobre la salud que afectan a las creencias religiosas son las transfusiones sanguíneas, el aborto, la esterilización y el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y sexo seguro.

ALERTA CLÍNICA

Muchos chinos son budistas o confucionistas. Las creencias confucionistas no consideran al feto un ser humano. Sin embargo, los budistas creen que el feto es una forma de vida humana. Como consecuencia, los chinos pueden mostrar diferentes opiniones sobre el aborto, dependiendo de su afiliación religiosa.

CUADRO 5-2 Normas de la ANA de la actividad profesional

NORMA 7: ÉTICA

El profesional de enfermería ejerce su profesión con ética.

Competencias

El profesional de enfermería:

- Usa el Código de Enfermería con Declaraciones Interpretativas (ANA, 2001) para guiar la práctica.
- Proporciona los cuidados de una manera que preserva y protege la autonomía, la dignidad, los derechos, los valores y las creencias del consumidor de cuidados de salud.
- Reconoce el papel central del consumidor de cuidados y su familia como miembros principales de cualquier equipo de cuidados de salud.
- Mantiene la confidencialidad del consumidor de cuidados de salud con parámetros legales y reguladores.
- Ayuda a los consumidores de cuidados de salud a lograr la autodeterminación y a tomar decisiones informadas.
- Mantiene la relación entre el profesional de enfermería terapéutico o profesional y el consumidor de cuidados de salud dentro de los límites apropiados.
- Contribuye a resolver las cuestiones éticas que afectan al consumidor de cuidados de salud, a sus compañeros, a los grupos comunitarios, a los sistemas y a otros participantes.
- Toma la acción apropiada relacionada con un comportamiento ilegal, falta de ética o inapropiado que pueda amenazar o poner en peligro los mejores intereses del consumidor o la situación de cuidados de salud.
- Habla oportunamente para preguntar sobre la práctica de cuidados de salud cuando sea necesario para la mejora de la calidad y la seguridad.
- Defiende unos cuidados equitativos para el consumidor de cuidados de salud.

Desarrollo moral

Las decisiones éticas obligan a las personas a pensar y razonar. El razonamiento es una función cognitiva y, por tanto, puede desarrollarse. Se llama **desarrollo moral** al proceso de aprendizaje para conocer la diferencia entre lo correcto y lo erróneo y saber lo que debe y no debe hacerse. Es un proceso complejo que empieza en la infancia y continúa a lo largo de la vida.

Las teorías de desarrollo moral intentan responder a preguntas como estas: ¿Cómo se adquiere la moralidad? ¿Qué factores influyen en el comportamiento de una persona ante una situación que entraña un dilema moral? Dos teóricos bien conocidos del desarrollo moral son Lawrence Kohlberg (1969) y Carol Gilligan (1982). La teoría de Kohlberg se centra en los derechos y el razonamiento formal; la de Gilligan pone el acento en la atención y la responsabilidad, aunque señala que los individuos utilizan los conceptos de ambas teorías en su razonamiento moral. Para una exposición extensa de estas dos teorías, véase el capítulo 20.

Marcos morales

Las teorías morales ofrecen diferentes marcos a través de los cuales los profesionales de enfermería pueden ver y clarificar las situaciones clínicas que perturban a los pacientes. Dichos profesionales usarán las teorías morales para desarrollar explicaciones sobre sus decisiones y acciones éticas y para hablar de situaciones problemáticas con los demás. Se utilizan extensamente tres tipos de teorías morales, que pueden diferenciarse según el acento que ponen en: a) las consecuencias; b) los principios y obligaciones, o c) las relaciones.

Las **teorías (teleológicas) basadas en las consecuencias** examinan los resultados (consecuencias) de una acción para valorar si esta es correcta o incorrecta. El **utilitarismo**, una forma de teoría basada en las consecuencias, opina que una buena acción es aquella que alcanza la mayor utilidad, es decir, la que aporta el máximo beneficio y el menor daño para el mayor número de personas. Tal es el llamado principio de **utilidad**. Este enfoque se aplica a menudo para tomar decisiones sobre la financiación y el suministro de cuidados de salud. Las teorías teleológicas se centran en las cuestiones relativas a la equidad.

Las **teorías (deontológicas) basadas en principios** ponen en juego procesos lógicos y formales y valoran sobre todo los derechos, deberes y obligaciones individuales. La moralidad de una acción viene determinada no por sus consecuencias, sino por el hecho de estar regida por un principio imparcial y objetivo. Por ejemplo, al cumplir la regla de «no mentir», un profesional de enfermería creerá que debe decirle la verdad a un paciente en situación terminal, aun cuando el médico le haya instruido para que no lo haga. Existen muchas teorías deontológicas, cada una de las cuales justifica las reglas de la conducta aceptable de modos diferentes.

Las **teorías (de atención) basadas en las relaciones** realizan el valor, la generosidad, el compromiso y la necesidad de cuidar y mantener las relaciones. A diferencia de las dos teorías precedentes, que enmarcan los problemas en términos de justicia (equidad) y razonamiento formal, las teorías de la atención (v. capítulo 25) juzgan las acciones según una perspectiva de atención y responsabilidad. Las teorías basadas en principios valoran sobre todo los derechos individuales, mientras que las de atención promueven el bien común o el bienestar del grupo.

Un marco moral guía las decisiones morales, pero no determina el resultado. Imagínese una situación en la que un paciente anciano y débil ha dejado claro que no desea someterse a más intervenciones quirúrgicas, pero la familia y el cirujano insisten. Tres profesionales de enfermería han decidido que no ayudarán a preparar a este anciano para la cirugía y que trabajarán a través de los canales apropiados para intentar evitarlo. Usando un razonamiento basado en las consecuencias, el profesional A piensa que «la cirugía le causará más sufrimiento; probablemente no sobrevivirá, y la familia tal vez se sienta después culpable». Aplicando el razonamiento basado en los principios, el profesional B opina que «viola el principio de autonomía. Este hombre tiene derecho a decidir lo que pasa en su cuerpo». Usando el razonamiento basado en la atención, el profesional C piensa que «mi relación con este paciente me compromete a protegerlo y a atender sus necesidades, y creo que le debo compasión. Tengo que intentar ayudar a que la familia entienda que necesita su apoyo». Cada una de estas perspectivas se basa en el marco moral de la enfermería.

Principios morales

Los principios morales son declaraciones sobre conceptos filosóficos extensos y generales, como autonomía y justicia. Proporcionan la base de las **reglas morales**, que son prescripciones de acción específicas.

Por ejemplo, la regla «no se debe mentir» se basa en el principio moral del respeto por los demás (autonomía). Los principios son útiles en las discusiones éticas, porque incluso si se está en desacuerdo sobre cuál es la acción correcta en una situación es posible coincidir en los principios que han de aplicarse. Este acuerdo puede servir de base para una solución que sea aceptable para todas las partes. Por ejemplo, la mayoría de la gente estará de acuerdo en el principio de que los profesionales de enfermería tienen la obligación de respetar a sus pacientes, aun cuando estén en desacuerdo sobre si el profesional de enfermería debería ocultar a un paciente determinado cuál es su pronóstico.

La **autonomía** se refiere al derecho a tomar las propias decisiones. Los profesionales de enfermería que aplican este principio reconocen que cada paciente es único, tiene derecho a ser como es, y también el derecho a elegir sus metas personales. Las personas tienen una «autonomía interior» que les permite tomar sus decisiones; también cuentan con una «autonomía exterior» si sus elecciones no están limitadas o impuestas por otras personas.

Respetar el principio de autonomía significa que el profesional de enfermería respeta el derecho de un paciente a tomar sus decisiones, incluso cuando la opción elegida no le parezca la óptima para el interés del paciente. También significa tratar a los demás con consideración. En un centro de cuidados de salud, este principio se viola, por ejemplo, cuando un profesional de enfermería hace caso omiso de lo que le dice un paciente acerca de sus síntomas (p. ej., dolor). Finalmente, el respeto por la autonomía significa que no debe tratarse a las personas como una fuente de conocimiento o formación impersonal. Este principio entra en juego, por ejemplo, en el requisito de que los pacientes han de dar un consentimiento informado antes de que puedan someterse a distintas pruebas o procedimientos o de participar como sujetos de investigación. Véase «Consentimiento informado» en el capítulo 4.

La **no maleficencia** es la obligación de «no hacer daño». Aunque aparentemente es un principio sencillo de aplicar, en realidad resulta complejo. El término daño puede referirse a una causa intencionada, a poner a alguien en peligro de sufrirlo y a causas lesivas involuntarias. En enfermería, el daño intencionado nunca es aceptable. Sin embargo, poner a una persona en riesgo de sufrir daño tiene muchas facetas. Un paciente puede estar en riesgo de sufrir daño como una consecuencia conocida de una intervención de enfermería que pretende ayudarle. Por ejemplo, un paciente puede reaccionar negativamente a una medicación. El daño involuntario tiene lugar cuando no se ha previsto el riesgo; por ejemplo,

NOTA DE INVESTIGACIÓN

¿Las personas mayores tienen autonomía en las residencias de la tercera edad?

El objetivo de un estudio de Hellström y Sarvimäki (2007) era describir el modo en que las personas mayores que viven en las residencias de la tercera edad (una variante de la vida asistida) experimentan la autodeterminación y la manera en que son valoradas como seres humanos. Las autoras del estudio opinan que la autodeterminación es un componente de la autonomía. Entrevistaron a once personas que vivían en cinco residencias diferentes de la tercera edad en el sur de Suecia: seis mujeres y cinco hombres, de edades comprendidas entre 73 y 93 años. Los datos se estudiaron mediante un análisis cualitativo de los contenidos. Como asunto global en las entrevistas surgió la privación de capacidades, que señalaba un entorno que no refuerza la autodeterminación individual. Los participantes manifestaron que tenían poca o ninguna intervención en las decisiones, sentían que debían complacer a sus cuidadores para recibir una buena atención y en general abrigan

sentimientos de victimismo. Los resultados revelaron una experiencia negativa acerca del modo en que estas personas creían que debían ser valoradas.

IMPLICACIONES

Aunque las autoras afirmaban que algunos de los motivos de insatisfacción y falta de autonomía de los participantes tenían que ver con cuestiones económicas recientes que habían conducido a una reducción en la dotación de personal y de recursos en los centros, también sugirieron que la formación de los cuidadores podía mejorar algunas de las preocupaciones de los residentes. La capacidad de mostrar atención, escuchar y ser abierto ante las ideas y sugerencias de dichos residentes es una característica fundamental esperada de los cuidadores, lo cual no debería guardar ninguna relación con la dotación de personal o los recortes presupuestarios.

si al agarrar a un paciente que se va a caer el profesional de enfermería lo coge tan fuerte que le provoca hematomas en el brazo. Los especialistas de enfermería no siempre coinciden en el grado de riesgo que es moralmente permisible para intentar el resultado beneficioso.

Beneficencia significa «hacer el bien». Los profesionales de enfermería están obligados a hacer el bien, es decir, a aplicar acciones que beneficien a los pacientes y a las personas que los apoyan. Sin embargo, hacer el bien puede conllevar también un riesgo de hacer daño. Por ejemplo, un profesional de enfermería puede aconsejar a un paciente acerca de un programa de ejercicio agotador para mejorar su salud general, pero no debe hacerlo si el paciente tiene riesgo de sufrir un ataque cardíaco.

El concepto de **justicia** se refiere a menudo como equanimidad. Los profesionales de enfermería se enfrentan a menudo a decisiones en las que debe prevalecer un sentido de la justicia. Por ejemplo, un profesional de enfermería que hace visitas a domicilio encuentra a una paciente llorando y deprimida, y sabe que podría ayudarla si se queda 30 minutos más hablando con ella. Sin embargo, ello le restaría tiempo a su siguiente paciente, que es un diabético que necesita mucho seguimiento y observación. El profesional de enfermería tendrá que sopesar los hechos con detenimiento con el fin de repartir su tiempo con equidad entre sus pacientes.

Fidelidad significa ser fiel a los acuerdos y promesas. En virtud de su posición como cuidadores, los profesionales de enfermería tienen responsabilidades para con los pacientes, los empleadores, el gobierno y la sociedad, así como para consigo mismos. Los profesionales de enfermería hacen a menudo promesas del tipo «volveré con un analgésico» o «voy a preguntarlo». Los pacientes se toman estas promesas muy en serio, y así deben hacerlo también los profesionales de enfermería.

Veracidad se refiere a decir la verdad. Aunque parece fácil, en la práctica las opciones no siempre están claras. ¿Debe decirse la verdad cuando se sabe que hará daño? ¿Es preferible mentir si se piensa que así se aliviará la ansiedad y el miedo? Mentir a personas enfermas o en estado terminal rara vez está justificado. La pérdida de confianza en el profesional de enfermería y la ansiedad causada por no saber la verdad, por ejemplo, superan habitualmente los beneficios derivados de mentir.

Los profesionales de enfermería también deben tener responsabilidad profesional. Según el código deontológico para profesionales de enfermería de la ANA (2005), **compromiso** significa «responder ante

uno mismo y los demás de las propias acciones», mientras que **responsabilidad** se refiere al «compromiso específico o a la responsabilidad asociada con la realización de los deberes de una función determinada». Así, el profesional de enfermería con sentido de la ética es capaz de explicar el razonamiento que subyace a toda acción y reconoce las normas por las que se registrará.

Ética de la enfermería

En el pasado, los profesionales de enfermería contemplaban la ética de la toma de decisiones como una responsabilidad del médico. Sin embargo, no hay ninguna profesión responsable de las decisiones éticas, ni la experiencia en una disciplina como la medicina o la enfermería convierte necesariamente a una persona en un experto en ética. Dado que las situaciones son cada vez más complejas, cada vez es más importante la participación de todos los profesionales que intervienen.

Las normas éticas de la *Joint Commission* establecen que las instituciones de cuidados de salud ofrecen comités de ética o una estructura similar para redactar las directrices y políticas y proporcionar formación, asesoramiento y apoyo sobre cuestiones éticas. Estos comités multidisciplinares incluyen en sus filas a profesionales de enfermería y puede recabarse su opinión para revisar un caso u ofrecer orientación a un paciente competente, los familiares de un paciente no competente o los proveedores de cuidados de salud. Garantizan que se examinen los hechos relevantes de un caso, ofrecen un foro en el que pueden expresarse diferentes opiniones, suministran apoyo a los profesionales de enfermería y pueden reducir los riesgos legales de la institución. En algunos centros se mantienen rondas sobre ética. En estas reuniones, se presentan los dilemas éticos de casos reales o simulados desde una perspectiva más teórica, ofreciendo a los presentes una introducción de las cuestiones y los procesos utilizados en el análisis de estos dilemas (figura 5-1 ■).

Códigos deontológicos en enfermería

Un **código deontológico** es una declaración formal de los ideales y valores de un grupo. Es un conjunto de principios éticos: a) compartido por miembros del grupo; b) reflejo de sus criterios morales a lo largo del tiempo; y c) útil como una norma para sus acciones profesionales. Los códigos deontológicos tienen habitualmente requisitos más estrictos

ASISTENCIA SEGÚN LA CULTURA Principios morales

Los principios morales son aceptados comúnmente como universales. Sin embargo, los principios que guían la biotética fueron introducidos en 1979 por Beauchamp y Childress, y tienen su raíz en una perspectiva secular de Europa occidental. Así, a menudo surge un conflicto cuando se intenta adaptar estos principios a las bases de orientación moral de grupos culturales diversos. Grupos religiosos (católicos, tes-

tigos de Jehová y musulmanes) y étnicos (africanos, asiáticos, latinoamericanos) podrían sostener visiones diferentes de las que tienen los proveedores de cuidados de salud. Los profesionales de enfermería deben conocer estos principios, dado que se relacionan con la toma de decisiones éticas, además de adquirir una comprensión de las interpretaciones morales de los pacientes.

PRINCIPIO EJEMPLOS DE VARIANTES ÉTNICAS/CULTURALES

Autonomía	El paciente o su familia tal vez esperen que el proveedor respete el derecho a negarse a un tratamiento. La principal responsabilidad para la toma de decisiones puede derivarse a otras personas, como familiares, ancianos o la comunidad religiosa. Se considera que la familia y la comunidad están afectadas por el estado y las decisiones del paciente tanto como el propio individuo.
Veracidad	Los pacientes tal vez no deseen que se diga la verdad en enfermedades que amenacen la vida, ya que se eliminaría la esperanza y, por tanto, se aceleraría la muerte. Los familiares podrían pedir que no se le comunique el diagnóstico al paciente.
No maleficencia	Hablar de directivas avanzadas y cuestiones como la reanimación cardiopulmonar pueden verse como perjudiciales para el paciente en términos físicos y emocionales. La retirada del soporte vital o de tratamientos fútiles o perjudiciales tal vez se entienda como una forma de acortar la vida o de acelerar la muerte.
Beneficencia	El paciente o sus familiares quizá esperen que los proveedores de cuidados de salud promuevan el bienestar y la esperanza en el paciente, y le proporcionen un tratamiento que prolongue su vida.



Figura 5-1 ■ Un comité de ética contempla todos los aspectos del caso en consideración.

Mark Richards/PhotoEdit.

tos que las normas legales, y nunca tienen preeminencia inferior a las normas legales de la profesión. Los profesionales de enfermería son responsables de estar familiarizados con el código que rige su práctica.

Las asociaciones de enfermería internacionales, nacionales y estatales han establecido códigos deontológicos. El *International Council of Nurses (ICN)* adoptó por primera vez un código deontológico en 1953, cuyas revisiones más recientes (2006) se muestran en el cuadro 5-3. La ANA adoptó su primer *Código de enfermería* en 1950. La versión actual (cuadro 5-4) refleja varios cambios importantes en el código (llamado actualmente *Código deontológico de enfermería*). Se ha añadido una declaración sobre la compasión y el deber de proteger a los pacientes se ha ampliado para incluir todos los derechos del paciente.

Los códigos deontológicos de enfermería tienen los siguientes objetivos:

1. Informar al público sobre las normas mínimas de la profesión y ayudarlo a comprender la conducta de la enfermería profesional.
2. Ofrecer un signo del compromiso de la profesión al público al que atiene.
3. Delinear las principales consideraciones éticas de la profesión.
4. Proporcionar normas éticas de conducta profesional.
5. Orientar a la profesión en la autorregulación.
6. Recordar a los profesionales de enfermería la especial responsabilidad que asumen cuando cuidan de los enfermos.

CUADRO 5-3 Código deontológico del *International Council of Nurses*

PREÁMBULO

Los profesionales de enfermería tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal. 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, sexo, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Los profesionales de enfermería prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.

EL CÓDIGO DEL ICN

El *Código deontológico del ICN para la profesión de enfermería* tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética.

ELEMENTOS DEL CÓDIGO

1. El profesional de enfermería y las personas
 - La responsabilidad profesional primordial del profesional de enfermería será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.
 - Al dispensar los cuidados, el profesional de enfermería promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.
 - El profesional de enfermería se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que dé a los cuidados y a los tratamientos relacionados.
 - El profesional de enfermería mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.
 - El profesional de enfermería compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.
 - El profesional de enfermería compartirá también la responsabilidad de mantener el medioambiente natural y protegerlo con-

tra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción.

2. El profesional de enfermería y la práctica
 - El profesional de enfermería será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.
 - El profesional de enfermería mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.
 - El profesional de enfermería juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad.
 - El profesional de enfermería observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público.
 - Al dispensar los cuidados, el profesional de enfermería se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.
3. El profesional de enfermería y la profesión
 - El profesional de enfermería incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.
 - El profesional de enfermería contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación.
 - El profesional de enfermería, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas y seguras en la enfermería.
4. El profesional de enfermería y los compañeros de trabajo
 - El profesional de enfermería mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores.
 - El profesional de enfermería adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud.

Tomado de *The ICN Code of Ethics for Nurses*, International Council of Nurses, 2006, Geneva, Switzerland: Impimeries Populaires. Reproducido con autorización.

CUADRO 5-4 Código deontológico para profesionales de enfermería de la American Nurses Association

1. El profesional de enfermería, en toda relación profesional, actúa con compasión y respeto por la dignidad, el valor y la personalidad inherente de cada individuo, sin límite alguno por consideraciones sobre la condición social o económica, los atributos personales o la naturaleza de los problemas de salud.
 - 1.1 Respeto por la dignidad humana
 - 1.2 Relaciones con los pacientes
 - 1.3 Naturaleza de los problemas de salud
 - 1.4 Derecho a decidir
 - 1.5 Relación con los compañeros y otros
2. El principal compromiso del profesional de enfermería es para con el paciente, ya sea un individuo, una familia, un grupo o una comunidad.
 - 2.1 Primacía de los intereses del paciente
 - 2.2 Conflicto de intereses de los profesionales de enfermería
 - 2.3 Colaboración
 - 2.4 Límites profesionales
3. El profesional de enfermería promueve, defiende y lucha por proteger la salud, la seguridad y los derechos del paciente.
 - 3.1 Intimidad
 - 3.2 Confidencialidad
 - 3.3 Protección de los participantes en una investigación
 - 3.4 Normas y mecanismos de revisión
 - 3.5 Actuación en prácticas cuestionables
 - 3.6 Práctica menoscabada
4. El profesional de enfermería es responsable y rinde cuentas por la práctica individual de enfermería y determina la delegación de tareas apropiada consistente con su obligación de dispensar una atención óptima al paciente.
 - 4.1 Aceptación de compromiso y responsabilidad
 - 4.2 Compromiso de criterio y acción de enfermería
 - 4.3 Responsabilidad de criterio y acción de enfermería
 - 4.4 Delegación de actividades de enfermería
5. El profesional de enfermería tiene los mismos deberes para consigo mismo y los demás, incluida la responsabilidad de preservar la integridad y la seguridad, mantener la competencia y perseverar en el desarrollo personal y profesional.
 - 5.1 Respeto moral por sí mismo
 - 5.2 Crecimiento profesional y mantenimiento de la competencia
 - 5.3 Entereza de carácter
 - 5.4 Conservación de la integridad
6. El profesional de enfermería participa en el establecimiento, mantenimiento y mejora de los entornos de salud y las condiciones de empleo para dispensar unos cuidados de salud de calidad y coherentes con los valores de la profesión a través de la acción individual y colectiva.
 - 6.1 Influencia del entorno en las virtudes y valores morales
 - 6.2 Influencia del entorno en las obligaciones deontológicas
 - 6.3 Responsabilidad para con el entorno de salud
7. El profesional de enfermería participa en el avance de la profesión a través de contribuciones a la práctica, la formación, la administración y el desarrollo del conocimiento.
 - 7.1 Avance de la profesión a través de la participación activa en la política de enfermería y salud
 - 7.2 Avance de la profesión mediante el desarrollo, mantenimiento e aplicación de normas profesionales en la práctica clínica, administrativa y educativa
 - 7.3 Avance de la profesión a través del desarrollo de conocimientos, la difusión y la aplicación a la práctica
8. El profesional de enfermería colabora con otros profesionales de la salud y el público en la promoción de los esfuerzos comunitarios, nacionales e internacionales para cubrir las necesidades de salud.
 - 8.1 Necesidades y preocupaciones de salud
 - 8.2 Responsabilidades con el público
9. La profesión de enfermería, tal y como está representada por las asociaciones y sus miembros, es responsable de articular los valores de enfermería, de mantener la integridad de la profesión y su práctica y de modelar la política social.
 - 9.1 Establecimiento de valores
 - 9.2 La profesión ejerce su responsabilidad colectiva a través de asociaciones profesionales
 - 9.3 Integridad intraprofesional
 - 9.4 Reforma social

Tomado de American Nurses Association, Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements, 2005, Nursesbooks.org, Silver Spring, MD. Consultado en http://nursingworld.org/ethics/code/protected_nwcoeb13.htm. Reproducido con autorización.

Orígenes de los problemas éticos en enfermería

Se ha suscitado una creciente conciencia de los profesionales de enfermería sobre problemas éticos principalmente debido a: a) los cambios sociales y tecnológicos, y b) las fidelidades y obligaciones en conflicto de los profesionales de enfermería.

Cambios sociales y tecnológicos

Los cambios sociales, como el movimiento de las mujeres y el consumo creciente, también plantean problemas. El gran número de personas sin seguro de salud, el alto costo de los cuidados de salud y el rediseño del lugar de trabajo según el criterio de atención dirigida suscitan cuestiones relativas a la equidad y la asignación de recursos.

La tecnología crea nuevas cuestiones que no existían en tiempos precedentes. Antes de la existencia de monitores, respiradores y alimentación parenteral, no se producía el problema ético de «permitir» morir a un lactante prematuro de 800 gramos. Antes del trasplante de órganos, la muerte no exigía una definición legal que pudiera permitir la extracción de tejidos viables y su entrega a otras personas vivas. Los avances en la capacidad de decodificar y controlar el crecimiento de los tejidos a través de manipulación génica plantea nuevos dilemas éticos potenciales relacionados con la clonación de organismos y la alteración del cur-

so de las enfermedades hereditarias y las características biológicas. Hoy en día, con tratamientos que pueden prolongar y mejorar la vida, surgen cuestiones como las siguientes: ¿Debemos hacer todo cuanto podemos? ¿A quién debe darse tratamiento, a todas las personas o solo a aquellas que pagan, o únicamente a las que tienen posibilidades de mejorar?

Lealtades y obligaciones en conflicto

Debido a su singular posición en el sistema de cuidados de salud, los profesionales de enfermería viven conflictos entre sus lealtades y sus obligaciones para con los pacientes y sus familiares, los proveedores de atención primaria, las instituciones que les dan empleo y los organismos que conceden las licencias. Las necesidades del paciente pueden entrar en colisión con las políticas institucionales, las preferencias de los proveedores de atención primaria, las necesidades de la familia del paciente o incluso las leyes estatales. Según el código deontológico de enfermería, la primera lealtad del profesional de enfermería es para con el paciente. Sin embargo, no siempre es fácil determinar qué acción sirve mejor a las necesidades del paciente. Por ejemplo, el profesional de enfermería puede saber que se ha demostrado que la marihuana es eficaz para una dolencia para la cual el paciente no ha respondido a los tratamientos convencionales. Aunque surgen cuestiones legales, el profesional de enfermería debe determinar si, éticamente, el

paciente debería ser informado de una alternativa potencialmente eficaz. Otro ejemplo es el de las decisiones individuales de profesionales de enfermería en relación con los piquetes durante una huelga. El profesional de enfermería puede sufrir un conflicto entre el impulso de apoyar a sus compañeros de trabajo en sus esfuerzos para mejorar las condiciones laborales, el de garantizar la atención a los pacientes y no abandonarlos y el de la lealtad hacia el empleador del hospital.

Toma de decisiones éticas

El razonamiento ético responsable es racional y sistemático. Ha de basarse en principios y códigos deontológicos, y no en emociones, intuición, políticas fijas o precedentes (es decir, algún caso similar anterior). En el cuadro 5-5 se muestran dos modelos de toma de decisiones.

Una buena decisión es aquella que se riga por el mejor interés del paciente y al mismo tiempo preserva la integridad de todos los implicados. Los profesionales de enfermería tienen obligaciones éticas para con sus pacientes, la institución que les da empleo y los proveedores de atención primaria. Por tanto, los profesionales de enfermería deben ponderar los factores en liza cuando toman decisiones éticas. Véase, por ejemplo, el cuadro 5-6. Aunque el razonamiento se basa en principios y tiene como centro el bienestar del paciente, implicarse en problemas y dilemas éticos resulta estresante para el profesional de enfermería. Este profesional puede sentirse dividido entre sus obligaciones para con el paciente, la familia y el empleador. Lo que redunda en el máximo interés del paciente podría ser contrario al sistema de creencias personal del profesional de enfermería. Esta situación se denomina **conflicto moral** y se considera un problema serio en el lugar de trabajo. Un método para ayudar a los profesionales de enfermería a afrontarlo consiste en aplicar

CUADRO 5-6 Ejemplos de obligaciones de los profesionales de enfermería en las decisiones éticas

- Aumentar al máximo el bienestar del paciente.
- Encontrar un equilibrio entre la necesidad de autonomía del paciente y las responsabilidades de los miembros de su familia de cara al bienestar del paciente.
- Apoyar a la familia y potenciar el sistema de apoyo familiar.
- Aplicar las políticas hospitalarias.
- Proteger el bienestar de los demás pacientes.
- Proteger las normas de atención del profesional de enfermería.

«las 4 aces para superar el conflicto moral» de la *American Association of Critical-Care Nurses* (2006): *ask* (preguntar), *affirm* (afirmar), *assess* (valorar), *act* (actuar). Con este modelo, el profesional de enfermería se *pregunta* si hay signos de conflicto moral, se *afirma* en un compromiso para abordar ese conflicto, *valora* las fuentes y la gravedad del mismo y la disposición a actuar, y *actúa* para poner en marcha un plan que lo mitigue. En centros en los que es frecuente que se planteen conflictos éticos, los profesionales de enfermería deben establecer sistemas de apoyo, como conferencias en equipo y el recurso a asesoramiento profesional para facilitar la libre expresión de sus sentimientos.

ALERTA DE SEGURIDAD

Abordar el conflicto moral es una actitud coherente con las competencias centradas en el paciente de la *Quality and Safety Education for Nurses*: reconocer la tensión existente entre los derechos del paciente y la responsabilidad organizativa para una atención ética y profesional. Debe valorarse la decisión compartida de dar poder a los pacientes y sus familias; aún cuando surjan disensiones (Crohenwert et al., 2007).

Muchos problemas de enfermería no son de índole moral, sino cuestiones de la buena práctica de la enfermería. Un primer paso importante en la toma de decisiones éticas es determinar si hay una situación que lo exija realmente. Pueden aplicarse los siguientes criterios:

- Existe una elección difícil entre acciones que entran en conflicto con las necesidades de una o más personas.
- Existen principios o marcos morales que pueden usarse para dar alguna justificación para la acción.
- La elección está guiada por un proceso de ponderación de los motivos.
- La decisión debe elegirse de forma libre y consciente.
- La elección se ve afectada por los sentimientos personales y por el contexto particular de la situación.

El cuadro 5-7 presenta un ejemplo de toma de decisiones éticas.

Aunque es importante la opinión del profesional de enfermería, en la toma de decisiones éticas suelen intervenir varias personas. El paciente, su familia, los individuos que le dan apoyo espiritual y otros miembros del equipo de cuidados de salud trabajan en conjunto para alcanzar decisiones éticas (figura 5-2 ■). Por tanto, la colaboración, la comunicación y el compromiso son cualidades importantes para los profesionales de la salud. Cuando estos no tienen la autonomía para actuar según sus opciones morales o éticas, es esencial alcanzar un compromiso.

ALERTA CLÍNICA

El comportamiento ético es contextual: lo que en una situación dada se interpreta como una acción o decisión ética podría no serlo en una situación diferente.

CUADRO 5-5 Modelos de toma de decisiones éticas

THOMPSON Y THOMPSON (1985)

- Revisar la situación para determinar problemas de salud, necesidades de decisión, componentes éticos e individuos clave.
- Reunir información adicional para aclarar la situación.
- Identificar las cuestiones éticas en la situación.
- Definir las posiciones morales personales y profesionales.
- Identificar las posiciones morales de los individuos clave implicados.
- Identificar los conflictos de valores, si los hubiere.
- Determinar quién debe tomar la decisión.
- Identificar el ámbito de acciones con los resultados previstos.
- Decidir un curso de acción y llevarlo a cabo.
- Evaluar/revisar los resultados de la decisión/acción.

CASSELLS Y REDMAN (1989)

- Identificar los aspectos morales de los cuidados de enfermería.
- Recabar los hechos relevantes relacionados con una cuestión moral.
- Aclarar y aplicar los valores personales.
- Comprender las teorías y principios éticos.
- Utilizar los recursos interdisciplinarios competentes.
- Proponer acciones alternativas.
- Aplicar los códigos deontológicos de la enfermería para ayudar a orientarlos.
- Elegir y aplicar acciones resolutivas.
- Participar activamente en la resolución del problema.
- Aplicar las leyes estatales y federales que rigen la práctica de la enfermería.
- Evaluar la acción resolutiva adoptada.

Tomado de *Bioethical Decision-Making for Nurses* (p. 99), by J.B. Thompson and H.O. Thompson, 1985, Norwalk, CT: Appleton-Century-Croft; and "Preparing Students to be Moral Agents in Clinical Nursing Practice", by J. Cassells and B. Redman, 1989, *Nursing Clinics of North America*, 24(2), pp. 463-473. Reproducido con autorización.

CUADRO 5-7 Aplicación de un modelo de toma de decisiones bioéticas**SITUACIÓN**

La Sra. L, una mujer de 67 años, es hospitalizada con múltiples fracturas y heridas causadas por un accidente de automóvil. Su marido, que murió en el accidente, fue llevado al mismo hospital. La Sra. L, que conducía el automóvil, pregunta constantemente al profesional de enfermería por su esposo. El cirujano le ha dicho al profesional de enfermería que no le comunique a la Sra. L que su marido ha muerto; sin embargo, el cirujano no da al profesional de enfermería ningún motivo para actuar de este modo. El profesional de enfermería le expresa su inquietud al jefe de enfermería, que le dice que debe seguir las órdenes; el cirujano decidirá cuándo debe informarse a la Sra. L. Sin embargo, el profesional de enfermería no se siente cómodo con la situación y se pregunta qué es lo que debería hacer.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

1. Identificar los aspectos morales. Véanse los criterios propuestos en la página anterior para determinar si existe una situación moral.
2. Recabar los hechos relevantes relacionados con la cuestión.
3. Determinar lo adecuado de la decisión. Por ejemplo, ¿en nombre de quién se está tomando la decisión? ¿Quién debería decidir y por qué?
4. Clarificar y aplicar los valores personales.
5. Identificar teorías y principios éticos.
6. Identificar leyes o políticas institucionales aplicables.
7. Hacer uso de recursos interdisciplinarios competentes.
8. Desarrollar acciones alternativas y proyectar sus resultados sobre el paciente y su familia. Posiblemente debido a la limitación de tiempo disponible para deliberaciones éticas en el centro clínico, los profesionales de enfermería suelen identificar dos alternativas opuestas (p. ej., decir u omitir la verdad) en lugar de generar múltiples opciones. Ello crea un dilema incluso cuando no existe.
9. Aplicar códigos deontológicos de la enfermería como ayuda para orientar las acciones. (Los códigos de enfermería suelen promover la autonomía y el apoyo activo de la enfermería.)
10. Para cada alternativa acción, identificar el riesgo y la gravedad de las consecuencias para el profesional de enfermería. (Algunos empleadores tal vez no respalden la autonomía y el apoyo activo de la enfermería en situaciones éticas.)

CONSIDERACIONES

Las acciones alternativas son decir la verdad o callarla. Los principios morales implicados son la honradez y la lealtad. Estos principios están en conflicto, porque el profesional de enfermería quiere ser franco con la Sra. L sin mostrarse desleal con el cirujano y el jefe de enfermería. El profesional de enfermería sopesará las posibilidades para decantarse por que se tome una opción elegida de forma libre y consciente. La elección probablemente se verá influida por los sentimientos de preocupación de la Sra. L y por un contexto que incluye la comunicación incompleta del cirujano con el paciente y el profesional de enfermería.

Los datos deben incluir información sobre los problemas de salud del paciente. Determinar quién está implicado, la naturaleza de su implicación y sus motivos para actuar. En este caso, las personas implicadas son la paciente (preocupada por su marido), el marido (que ha fallecido), el cirujano, el jefe de enfermería y el profesional de enfermería responsable. Los motivos se desconocen. Tal vez el profesional de enfermería desee proteger su relación terapéutica con la Sra. L; posiblemente el médico cree que esta acción protege a la Sra. L de un trauma psicológico y del consiguiente deterioro físico.

En este caso, la decisión se tomará pensando en la Sra. L. El cirujano cree, obviamente, que el médico debe ser el único en decidir, y el jefe de enfermería está de acuerdo con él. Resultaría provechoso que los dos profesionales de enfermería tuvieran criterios concordantes para decidir quién debe tomar la decisión.

Podemos inferir de esta situación que la Sra. L valora el bienestar de su marido, que la jefa de enfermería valora la política y el procedimiento y que el profesional de enfermería parece valorar el derecho de la paciente a disponer de la información. El profesional de enfermería ha de clarificar sus propios valores y los del cirujano, así como confirmar los valores de la Sra. L y de la jefa de enfermería.

Por ejemplo, no decirle a la Sra. L la verdad puede ser negar su autonomía. El profesional de enfermería querría preservar el principio de honradez diciéndole la verdad a la Sra. L. Los principios de beneficencia y no maleficencia también intervienen, debido a los posibles efectos de las acciones alternativas sobre el bienestar físico y psicológico de la Sra. L.

Dado que el cirujano simplemente «dio instrucciones» en vez de una orden auténtica, las políticas de la institución tal vez no exijan a el profesional de enfermería que siga dichas instrucciones. El profesional de enfermería debe aclarar este punto con el jefe de enfermería y conocer las leyes sobre práctica de enfermería de su localidad.

En este caso, el profesional de enfermería podría consultar la bibliografía para saber si los pacientes se ven perjudicados cuando reciben malas noticias si han sufrido lesiones, y también podría consultar con el capellán del hospital.

Se siguen dos acciones alternativas, con posibles resultados (también pueden resultar apropiadas otras acciones):

1. Seguir el consejo del jefe de enfermería y actuar como dice el cirujano. Posibles resultados: a) la Sra. L se pone nerviosa y se enfada cuando descubre la información que se le ha ocultado, o b) al esperar a que la Sra. L esté más fuerte para darle la mala noticia, el equipo de cuidados de salud puede evitar un mayor daño en la salud de la Sra. L.
2. Hablar más de la situación con el jefe de enfermería y el cirujano, insistiendo en el derecho a la autonomía y la información de la Sra. L. Posibles resultados: a) el cirujano reconoce el derecho de la Sra. L a ser informada, o b) el cirujano dice que la salud de la Sra. L está en peligro e insiste en que no debe informarse hasta un momento posterior. Independientemente de si la acción es congruente o no con el sistema de valores personales del profesional de enfermería, tiene prioridad el mejor interés de la Sra. L.

Si el profesional de enfermería cree profundamente que la Sra. L debería saber la verdad, entonces, como defensor del paciente, tendría que optar por reunirse de nuevo con el jefe de enfermería y el cirujano.

Si el profesional de enfermería le dice la verdad a la Sra. L sin el acuerdo del jefe de enfermería y el cirujano, se arriesga a que el cirujano se enfade y a recibir una reprimenda del jefe de enfermería. Si sigue el consejo del jefe de enfermería, recibirá su beneplácito y del cirujano; sin embargo, el profesional de enfermería se arriesga a que se la acuse de falta de asertividad, y de violar el valor personal de la veracidad. Si el profesional de enfermería solicita una reunión específica al efecto del órgano consultivo, tal vez consiga respeto por su asertividad y profesionalidad, pero corre el riesgo de que el cirujano se moleste al ver cuestionadas sus instrucciones.

CUADRO 5-7 Aplicación de un modelo de toma de decisiones bioéticas (cont.)

ACCIONES DE ENFERMERÍA	CONSIDERACIONES
11. Participar activamente para resolver la cuestión. Recomendar acciones que puedan ser apoyadas éticamente, reconociendo que todas las acciones tienen aspectos positivos y negativos.	El grado apropiado de acción de enfermería varía según la situación. A veces los profesionales de enfermería participan para elegir lo que debe hacerse; en otras ocasiones simplemente apoyan al paciente que va a tomar la decisión. En esta situación, si no puede llegarse a un acuerdo sobre una acción, el profesional de enfermería debe decidir si la cuestión tiene la importancia suficiente para que merezca asumir los riesgos que implica.
12. Aplicación de la acción.	El profesional de enfermería aplicará una de las acciones desarrolladas en el punto 8.
13. Evaluar la acción adoptada. Implicar al paciente, su familia y otros miembros del equipo de salud en la evaluación, si es posible.	El profesional de enfermería puede empezar por preguntarse: «¿He hecho lo correcto?» ¿Tomaría las mismas decisiones si se repitiera la situación? Si el profesional de enfermería no se siente satisfecho con la respuesta, puede revisar otras alternativas y reiniciar todo el proceso.



Figura 5-2 ■ Cuando existe la necesidad de tomar una decisión ética o de defender el interés del paciente, son muchas las personas que contribuyen al resultado final.

A. Ramsey/PhotoEdit.

Estrategias para mejorar las decisiones y la práctica ética

Existen varias estrategias que ayudan a los profesionales de enfermería a superar las restricciones organizativas y sociales que pueden entorpecer la práctica ética de la enfermería y crear inquietud moral en ellos. Como profesional de enfermería debería hacerse lo siguiente:

- Conocer los valores propios y los aspectos éticos de la enfermería.
- Estar familiarizado con los códigos deontológicos de enfermería.
- Buscar oportunidades de formación continua para mantenerse al tanto de las cuestiones éticas en enfermería.
- Respetar los valores, opiniones y responsabilidades de otros profesionales de la salud que pueden ser diferentes de los propios.
- Participar o promover comités de ética. Los comités de ética usan casos reales o hipotéticos que se centran en las dimensiones éticas de la atención a los pacientes más que en el diagnóstico clínico y el tratamiento del mismo.
- Participar en comités de ética institucionales.

- Esforzarse por la práctica en colaboración en la que los profesionales de enfermería actúan eficazmente en cooperación con otros profesionales de la salud.

Cuestiones éticas específicas

Algunos de los problemas éticos profesionales de enfermería que se encuentran con la máxima frecuencia son cuestiones relacionadas con los pacientes afectados por el VIH/sida, el aborto, el trasplante de órganos o de tejidos, las decisiones sobre enfermos terminales, cuestiones relativas a la contención de costos que amenazan el bienestar del paciente y el acceso a los cuidados de salud (asignación de recursos) y quebrantamientos de la confidencialidad del paciente (p. ej., gestión computarizada de la información).

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)

Debido a su vinculación con la conducta sexual, el consumo de drogas y el declive físico y la muerte, el sida carga con estigmas sociales. Según una declaración de la ANA, la obligación moral de cuidar de un paciente infectado por el VIH no puede omitirse a menos que el riesgo sea mayor que la responsabilidad (ANA, 2006).

Otras cuestiones éticas se centran en las pruebas sobre contagio del VIH y en la presencia de sida en los profesionales de la salud y los pacientes. Surgen cuestiones como si hacer estas pruebas a todos los proveedores y pacientes debe ser obligatorio o voluntario y si los resultados de las pruebas han de entregarse a las empresas de seguros, los compañeros sexuales o a las personas que cuidan de los afectados. Como sucede con todos los dilemas éticos, existen implicaciones positivas y negativas de cada posibilidad para las personas específicas.

Aborto

El aborto es una cuestión muy controvertida sobre la cual muchas personas expresan sentimientos muy intensos. El debate continúa abierto, contraponiendo el principio de santidad de la vida contra el de autonomía y el derecho de la mujer a controlar su propio cuerpo. Se trata de un asunto especialmente complejo, ya que no se ha alcanzado un consenso público.

La mayoría de las leyes estatales y provinciales cuentan con disposiciones conocidas, como cláusulas de conciencia que permiten a los médicos y profesionales de enfermería, así como a las instituciones, negarse a asistir en un aborto si ello viola sus principios morales o religiosos. Sin embargo, los profesionales de enfermería no tienen derecho a imponer sus valores a un paciente. Los códigos deontológicos de enfermería apoyan los derechos de los pacientes a la información y el asesoramiento para tomar decisiones.

Trasplante de órganos

Los órganos para un trasplante pueden provenir de donantes vivos o de donantes que acaban de morir. Muchas personas optan en vida por convertirse en donantes dando su consentimiento según la ley uniforme de Donaciones Anatómicas (v. capítulo 4 ∞). Las cuestiones éticas relacionadas con el trasplante de órganos incluyen la asignación de los órganos, la venta de partes del cuerpo, la implicación de niños como donantes potenciales, el consentimiento, la definición clara de la muerte y los conflictos de intereses entre donantes y receptores potenciales. En algunas situaciones, las creencias religiosas también plantean conflictos. Por ejemplo, ciertas religiones prohíben la mutilación del cuerpo, incluso aunque sea en beneficio de otra persona.

Las interpretaciones o creencias espirituales del individuo sobre cuándo empieza la vida humana tienen una influencia en sus opiniones acerca de la investigación con células madre. La ANA apoya el uso ético de células madre para investigación y para fines terapéuticos que tengan una influencia en la salud (ANA, 2007). Esta posición difiere ligeramente de una postura anterior acerca de la clonación (duplicación exacta de células u organismos). La investigación con células madre es la base de las terapias celulares en las que se induce a las células madre a diferenciarse en tipos celulares específicos necesarios para reparar células o tejidos dañados o destruidos. En esta investigación se utilizan células madre adultas y embrionarias. Las segundas se obtienen de embriones de preimplantación de 5 días. Las células adultas son formas celulares indiferenciadas que están presentes en tejidos diferenciados.

Cuestiones sobre el final de la vida

El aumento en los avances tecnológicos y el número creciente de ancianos han ampliado los dilemas éticos. Ofrecerles la máxima información y asistencia profesional, así como la más alta calidad de atención y cuidados, adquiere la máxima importancia en estos momentos. Algunos de los problemas éticos conflictivos a los que se enfrentan los profesionales de enfermería se refieren a cuestiones que giran en torno a la muerte y la enfermedad terminal. Estas cuestiones incluyen, entre otras, la eutanasia, el suicidio asistido, la terminación del tratamiento de prolongación artificial de la vida y la retirada u omisión de alimento y líquidos.

Declaraciones de voluntad vital anticipada

Muchos de los problemas morales que rodean a la fase última de la vida pueden resolverse si los pacientes cumplimentan una declaración de voluntad vital anticipada. En la actualidad, los 50 estados de EE. UU. han promulgado una legislación sobre estas declaraciones. Las declaraciones de voluntad vital anticipada expresan al personal de salud los deseos del paciente acerca de los tratamientos, dando su voz a otros cuando los pacientes han perdido la capacidad comunicativa o tomar sus decisiones. Véase en el capítulo 43 ∞ una exposición completa de las declaraciones de voluntad vital anticipada.

Eutanasia y suicidio asistido

Eutanasia es una palabra griega que significa «buena muerte». La **eutanasia activa** implica acciones para provocar directamente la muerte del paciente, con o sin su consentimiento. Un ejemplo sería la administración de una medicación letal para poner fin al sufrimiento del paciente. Con independencia de cuáles sean las intenciones de quien lo realiza, la eutanasia activa está prohibida por ley y puede conllevar una acusación penal de asesinato.

Una variante de la eutanasia activa es el **suicidio asistido**, por el cual se da a los pacientes los medios para poner fin a su vida si lo solicitan (p. ej., proporcionándoles pastillas o un arma). Algunos países o estados tienen leyes que permiten el suicidio asistido para pacientes gravemente enfermos, en la antecámara de la muerte y que desean poner fin a su vida.

Aunque algunas personas tal vez no estén de acuerdo con el concepto, en enero de 2006, el Tribunal Supremo de EE. UU. respaldó las regulaciones del estado de Oregón para despenalizar el suicidio asistido (v. capítulo 4 ∞). En cualquier caso, el profesional de enfermería debería recordar que la legalidad y la moralidad no siempre coinciden. Determinar si una acción es legal solo es un aspecto de la decisión acerca de su ética. Las cuestiones relativas al suicidio y el suicidio asistido siguen siendo controvertidas en nuestra sociedad. La declaración de la *American Nurses Association* sobre el suicidio asistido y la eutanasia activa (ANA, 1994a, 1994b) establece que la eutanasia activa y el suicidio asistido violan el *Código deontológico de enfermería*.

La **eutanasia pasiva**, más comúnmente referida como la retirada u omisión de tratamiento para la prolongación artificial de la vida, implica la retirada de los medios extraordinarios de soporte vital, como un ventilador, o la omisión de intentos especiales por revivir a un paciente (p. ej., dándole la condición de «fuera de código») y permitir morir al paciente por la dolencia médica que le aqueja. El tratamiento para la prolongación artificial de la vida es legal y éticamente más aceptable para la mayoría de las personas que el suicidio asistido.

Terminación del tratamiento para la prolongación de la vida

Los antibióticos, los trasplantes de órganos y otros avances tecnológicos (p. ej., ventiladores) ayudan a prolongar la vida, pero no necesariamente restauran la salud. Los pacientes pueden especificar que desean que se les retiren las medidas de prolongación artificial de la vida, expresar declaraciones de voluntad vital anticipada sobre esta cuestión o pueden designar a otra persona para que tome la decisión en su nombre. Sin embargo, en general es más embarazoso para los profesionales de la salud retirar un tratamiento que decidir iniciarlo o no. Los profesionales de enfermería deben comprender que la retirada de un tratamiento no es una decisión que signifique omitir los cuidados. Como proveedores de atención primaria, deben garantizar que se dispensen medidas sensibles de cuidados y atención conforme avanza la enfermedad del paciente. Cuando este está en su domicilio, estos profesionales a menudo suministran este tipo de formación y apoyo a través de servicios de cuidados paliativos (v. capítulo 43 ∞ para más información sobre los cuidados paliativos y terminales).

Es difícil para las familias retirar un tratamiento, lo que hace muy importante que comprendan plenamente lo que supone. Suelen tener ideas equivocadas sobre cuáles son los tratamientos que prolongan la vida. Mantener a los pacientes y sus familiares bien informados es un proceso continuo, que debe darles tiempo para plantear preguntas y hablar extensamente sobre la situación. Es también esencial que comprendan que les es posible reevaluar la situación y cambiar de decisión si así lo desean.

Retirada u omisión de alimento y líquidos

Generalmente se acepta que dar alimento y líquidos es parte de la práctica corriente de la enfermería y, por tanto, un deber moral. Sin embargo, cuando el alimento y los líquidos se administran por sonda a un paciente en estado terminal, o se suministran durante un período prolongado a un paciente inconsciente del que no se espera mejora, algunos lo consideran una medida extraordinaria o heroica. Un profesional de enfermería está obligado moralmente a retirar el alimento y los líquidos (o cualquier tratamiento) si se determina que resulta más perjudicial su administración que su omisión. El profesional de enfermería debe también respetar la negativa competente e informada del paciente a tomar alimento y líquidos. El *Código deontológico para profesionales de enfermería* de la ANA (2005) apoya esta posición a través del papel del profesional de enfermería como defensor del paciente y del principio moral de autonomía. Sin embargo, el debate sobre los fundamentos éticos, legales, personales y religiosos aún continúa (Montuori, 2009).

Asignación de recursos de salud escasos

La asignación de suministros limitados de bienes y servicios de cuidados de salud, incluidos trasplantes de órganos, articulaciones artificiales y servicios de especialistas, se ha convertido en una cuestión muy urgente conforme los costos médicos siguen aumentando y se aplican medidas más estrictas de contención de los mismos. El principio moral de autonomía no puede aplicarse si no es posible dar a cada paciente lo que elige tener. En esta situación, los proveedores de cuidados de salud pueden usar el principio de justicia, intentando elegir la mejor opción de todas.

La atención de enfermería es también un recurso de salud. La mayoría de las instituciones han estado aplicando un «rediseño del lugar de trabajo» para recortar costos. A algunos profesionales de enfermería les preocupa que la dotación de personal no sea la adecuada para prestar el nivel de atención que ellos valoran. California es el primer estado que ha promulgado una legislación que exige unas proporciones de profesionales de enfermería-pacientes en hospitales y otros centros de cuidados de salud. Dada la escasez de recursos a escala nacional de profesionales de enfermería, surge un dilema ético cuando, para proporcionar la dotación de personal adecuada, los centros han de alejarse de los pacientes económicamente desfavorecidos. Los profesionales de enfermería deben seguir buscando formas de hallar un equilibrio entre la economía y la prestación de cuidados en la asignación de recursos de salud.

Gestión de la información personal sobre salud

Según el principio de autonomía, los profesionales de enfermería están obligados a respetar la intimidad y confidencialidad de los pacientes. La intimidad es tanto un mandato legal como un imperativo ético. La *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996 (HIPAA) incluye normas que protegen la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos, y normas que definen la revelación adecuada de información identificable sobre salud y protección de los derechos de los pacientes. Los pacientes han de poder confiar en que los profesionales de enfermería revelarán los detalles sobre su situación solo cuando sea apropiado y comunicarán solo la información necesaria para ofrecerles los cuidados de salud. Los registros computarizados de pacientes hacen que los datos sensibles estén accesibles para muchas personas y acentúan los problemas de confidencialidad. Los profesionales de enfermería deben ayudar a desarrollar y mantener medidas y políticas de seguridad para garantizar un uso adecuado de los datos de los pacientes.

Apoyo activo

Las personas enfermas se sienten a menudo incapaces de hacer valer sus derechos como lo harían si estuvieran sanas. Un **apoyo activo** es la acción de una persona que expresa y defiende la causa de otra. El sistema de cuidados de salud es complejo, y muchos pacientes están demasiado enfermos para asumirlo. Si se sienten incapaces de hacer frente a las cuestiones que de él se derivan, los pacientes necesitan un apoyo activo para que traspace las capas de burocracia y les ayude a conseguir lo que precisan. En el cuadro 5-8 se muestran los valores básicos para un apoyo activo a los pacientes. Los pacientes pueden también valerse por sí solos. Hoy en día, los pacientes buscan tener más independencia y control sobre su cuerpo cuando están enfermos.

Si un paciente no tiene capacidad para tomar decisiones, no es legalmente competente o es menor de edad, estos derechos pueden ser ejercidos en su nombre por una persona especialmente designada a tal efecto. Es importante, sin embargo, que el profesional de enfermería recuerde que el control del paciente sobre sus decisiones de salud responde a un punto de vista occidental. En otras sociedades, dichas decisiones pueden ser tomadas normalmente por el cabeza de la familia u otro miembro de la comunidad. El profesional de enfermería debe descubrir el punto de

CUADRO 5-8 Valores básicos del apoyo activo a los pacientes

- El paciente es un ser holístico y autónomo que tiene derecho a elegir sus opciones y decisiones.
- Los pacientes tienen el derecho a esperar una relación con los profesionales de enfermería basada en el respeto mutuo, la confianza, la colaboración para resolver problemas relacionados con su salud y sus necesidades de cuidados de salud y la consideración de sus pensamientos y sentimientos.
- Es responsabilidad del profesional de enfermería garantizar que el paciente tiene acceso a servicios de cuidados de salud que cubran sus necesidades.

vista del paciente y su familia y respetar sus tradiciones en relación con la forma de tomar decisiones.

Para ayudar a hacer más explícitos los derechos de los pacientes tanto ante el paciente como ante el proveedor de cuidados de salud, las organizaciones de consumidores han publicado varias versiones de la relación de derechos del paciente. La utilizada de forma más habitual fue revisada por última vez en 2003 por la *American Hospital Association* en el marco de la Colaboración en la Atención al Paciente: Comprensión de las Expectativas, Derechos y Responsabilidades (cuadro 5-9).

Papel de defensor del paciente

La meta global del defensor del paciente es proteger sus derechos. Un defensor del paciente informa a este de sus derechos y le proporciona la información necesaria para tomar decisiones informadas.

Un defensor del paciente apoya a los pacientes en sus decisiones, dándoles una responsabilidad plena o mutua en la toma de decisiones si son competentes legalmente. Debe ser muy cuidadoso para ceñirse a sus objetivos y no mostrar aprobación o desaprobación sobre las decisiones del paciente. Este apoyo activo requiere la aceptación y el respeto del derecho del paciente a decidir, incluso cuando el profesional cree que la decisión es errónea. En la mediación, el defensor interviene directamente en nombre del paciente, a menudo influyendo en otras personas. Un ejemplo consiste en pedir a un proveedor de atención primaria que revise con el paciente las razones y la duración esperada de un tratamiento, porque el paciente dice que se le olvida preguntárselo a dicho proveedor.

Apoyo activo en atención domiciliar

Aunque las metas del apoyo activo siguen siendo las mismas, la atención domiciliar plantea circunstancias excepcionales para el profesional de enfermería que actúa como defensor del paciente. Por ejemplo, en el hospital el paciente actuará basándose en los valores infundidos por los profesionales de enfermería y los proveedores de atención primaria. Pero en el domicilio, ha de actuar según sus propios valores personales, lo cual puede revertir en viejos hábitos y formas antiguas de hacer las cosas que tal vez no resulten beneficiosos para su salud. El profesional de enfermería puede ver este hecho como una falta de cumplimiento de las prescripciones; no obstante, debe respetarse la autonomía del paciente.

En atención domiciliar, los recursos limitados y una falta de servicios de atención a pacientes pueden desplazar el interés del bienestar del paciente a preocupaciones sobre la asignación de recursos. Las consideraciones financieras limitan la disponibilidad de servicios y materiales, dificultando la garantía de que se satisfacen las necesidades del paciente.

Apoyo activo profesional y público

El apoyo activo y la defensa del paciente son necesarios para la profesión de enfermería y para el público. Los beneficios que aporta la enfermería al desarrollo y la mejora de la política de salud en los niveles institucionales y de gobierno ayudan a conseguir unos mejores cuidados de salud.

CUADRO 5-9 La colaboración en la atención al paciente: comprensión de las expectativas, los derechos y las responsabilidades

Cuando necesita atención hospitalaria, su médico y el personal de enfermería y otros profesionales de su hospital se esfuerzan en trabajar con usted y su familia para cubrir sus necesidades de cuidados de salud. Los médicos y el personal dedicado sirven a la comunidad en toda su diversidad étnica, religiosa y económica. Su meta es que usted y su familia tengan los mismos cuidados y atención que desearían para sus propias familias y ellos mismos.

■ **Implicación en su atención.** Usted y su médico suelen tomar decisiones sobre sus cuidados antes de ir a hospital. Otras veces, sobre todo en urgencias, esas decisiones se toman durante su estancia en el hospital. Cuando tenga lugar una toma de decisión, debe incluir:

■ **Hablar de su situación médica y darle información sobre las opciones de tratamiento médicamente apropiadas.** Para tomar decisiones informadas con el médico, tendrá usted que comprender:

- * Las ventajas y riesgos de cada tratamiento.
- * Si el tratamiento es experimental o forma parte de un estudio de investigación.
- * Lo que puede esperarse razonablemente del tratamiento y cualquier efecto a largo plazo que pudiera tener sobre la calidad de vida.
- * Lo que necesitarán usted y su familia después de salir del hospital.
- * Las consecuencias financieras del uso de servicios no cubiertos o proveedores externos a la red.

■ Indique al personal de atención si necesita más información sobre las opciones de tratamiento.

■ **Hablar de su plan de tratamiento.** Cuando ingrese en el hospital, firmará un consentimiento general al tratamiento. En algunos casos, como cirugía o tratamiento experimental, puede pedírsele que confirme por escrito que comprende lo que se ha planificado y que está de acuerdo con ello. Este proceso protege su derecho a admitir o rechazar un tratamiento. Su médico le explicará las consecuencias médicas del rechazo al tratamiento recomendado. También protege su derecho a decidir si quiere participar en un estudio de investigación.

■ **Obtención de información de su caso.** Las personas que lo atienden han de tener una información completa y correcta sobre su salud y cobertura de manera que puedan tomar decisiones acertadas sobre su atención. Ello incluye:

- * Enfermedades, intervenciones quirúrgicas o estancias hospitalarias previas.
- * Reacciones alérgicas previas.
- * Cualquier medicamento o suplemento dietético (como vitaminas y hierbas) que esté tomando.
- * Cualquier requisito de red o admisión según su plan de salud.

■ **Comprensión de sus objetivos y valores centrales sobre la salud.** Usted puede tener metas y valores de cuidados de salud o creencias espirituales que son importantes para su bienestar. Ello se tendrá en cuenta en la mayor medida posible a lo largo de su estancia en el hospital. Compruebe que su médico, su familia y su equipo de cuidados de salud están al tanto de sus deseos.

■ **Comprensión de que podrían tomarse decisiones cuando usted no pueda.** Si ha firmado un poder de cuidados de salud para expresar lo que habría que hacer si usted deja de estar capacitado para tomar decisiones sobre sus cuidados de salud, o «testamento vital» o «declaración de voluntad vital anticipada» que declare sus deseos acerca de los cuidados terminales, entregue una copia a su médico, su familia y su equipo de cuidados de salud. Si usted o su familia necesitan ayuda para tomar decisiones difíciles, puede acceder a diversos asesores, sacerdotes y otras personas a su disposición.

Mientras permanezca con nosotros, recibirá informaciones más detalladas sobre algunos de sus derechos como paciente del hospital y cómo ejercerlos. Nuestra consigna es siempre mejorar. Si tiene alguna pregunta, observación o inquietud, póngase en contacto con _____.

Extrado de *The Patient Care Partnership: Understanding Expectations, Rights and Responsibilities*, American Hospital Association, 2003, Washington, DC. Autor. Reservados todos los derechos. Consultado en <http://www.aha.org/aha/issues/communicating-with-patients/pt-care-partnership.html> Reproducido con autorización.

Los profesionales de enfermería que actúan con responsabilidad como defensores del paciente en el nivel público y profesional están en situación de inducir cambios. Para actuar como defensor del paciente en este escenario, el profesional de enfermería necesita comprender las cuestiones éticas en enfermería y cuidados de salud, así como tener un conocimiento de las leyes y regulaciones que afectan a la práctica de enfermería y la salud de la sociedad (v. capítulo 4).

Realizar una acción eficaz como defensor del paciente implica:

■ Reconocer que los derechos y valores de los pacientes y sus familias deben tener prioridad cuando entran en conflicto con los de los proveedores de cuidados de salud.

- Mantener la asertividad.
- Ser consciente de que existe la posibilidad de que surgan conflictos en torno a cuestiones que recomienden consulta, confrontación o negociación entre el profesional de enfermería y el personal administrativo o entre el profesional de enfermería y el proveedor de atención primaria.
- Trabajar con instituciones comunitarias y otros profesionales.
- Saber que el apoyo activo y la defensa del paciente pueden exigir una acción política, con la comunicación de las necesidades de cuidados de salud de un paciente al gobierno y otras instituciones oficiales que tengan autoridad para actuar acerca de tales necesidades.

Puntos de pensamiento crítico

Se ha indicado a un hombre de 79 años con una enfermedad vascular periférica grave que una lesión que tiene en el pie debe tratarse con cirugía de derivación vascular o amputación. Aunque el cirujano cree que puede salvarse el pie con una derivación, el hombre elige la amputación. Su razón es que la zona curará más rápido y le permitirá reanudar antes las actividades normales. Pide la opinión del profesional de enfermería.

1. ¿Qué valores y creencias parecen inspirar al paciente para esta decisión?
2. ¿Qué información adicional podría necesitar recabar el profesional de enfermería del paciente o el cirujano?

3. ¿Cuál es la responsabilidad ética/moral del profesional de enfermería en este caso?

4. ¿A qué fidelidades y obligaciones en conflicto se enfrenta el profesional de enfermería?

5. ¿Qué valor tiene el Código deontológico de enfermería para el profesional de cara a resolver este dilema?

Véanse las respuestas a «Posibilidades de pensamiento crítico» en la página web de recursos del estudiante.

Capítulo 5 Revisión

PUNTOS CLAVE

- Los valores son convicciones duraderas que dan dirección y sentido a la vida y orientan la conducta personal.
- La clarificación de valores es un proceso en el que las personas identifican, examinan y desarrollan sus propios valores.
- La ética de la enfermería se refiere a los problemas morales que surgen en la práctica de enfermería y a las decisiones éticas que toman los profesionales de enfermería.
- La moral se refiere a las pautas privadas y personales sobre lo que está bien o mal en la conducta, el carácter o la actitud.
- Las cuestiones morales son las que despiertan una conciencia de los sentimientos de culpa, esperanza o vergüenza; están relacionadas con normas y valores sociales importantes y evocan palabras como *bueno, malo, correcto, erróneo, deber y obligación*.
- Tres marcos morales comunes (enfoques) son las teorías basadas en las consecuencias (teleológicas), en los principios (deontológicas) y en las relaciones (atención).
- Los principios morales (p. ej., autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, fidelidad y veracidad) son conceptos filosóficos amplios y generales que pueden usarse para tomar y explicar las elecciones morales.
- Un código deontológico profesional es una declaración formal de los ideales y valores de un grupo que sirve como norma y orientación para las acciones profesionales del grupo e informa al público de su compromiso.

- Los problemas éticos surgen como consecuencia de cambios en la sociedad, avances en la tecnología, conflictos dentro de la propia enfermería y conflictos de lealtades y obligaciones de los profesionales de enfermería (p. ej., para con los pacientes, sus familias, los empleadores, los proveedores de atención primaria y otros profesionales de enfermería).
- La meta del razonamiento ético, en el contexto de la enfermería, es alcanzar un acuerdo mutuo y pacífico regido por el mejor interés del paciente; para alcanzar el acuerdo puede necesitarse un compromiso.
- Los profesionales de enfermería son responsables de determinar sus propias acciones y en apoyo de los pacientes que han de tomar decisiones morales o de otras personas que tomarán dichas decisiones en nombre de los pacientes.
- Los profesionales de enfermería pueden potenciar su práctica ética y el apoyo activo a los pacientes clarificando sus propios valores, comprendiendo los valores de otros profesionales de la salud, familiarizándose con los códigos deontológicos de la enfermería y participando en comités y reuniones de ética.
- El apoyo activo y la defensa del paciente implican preocuparse y actuar en nombre de otra persona u organización con el fin de provocar un cambio.
- Las funciones del defensor del paciente consisten en informar, apoyar y mediar.

COMPRUEBE SUS CONOCIMIENTOS

1. Cuando surge una cuestión ética, ¿cuál de las siguientes es una de las principales responsabilidades de la enfermería en el tratamiento de las situaciones de atención a pacientes?
 1. Ser capaz de defender la moralidad de las acciones propias.
 2. Mantenerse neutral, con desapego al tomar decisiones éticas.
 3. Garantizar que un equipo es responsable de decidir las cuestiones éticas.
 4. Seguir exactamente los deseos del paciente y sus familiares.
2. ¿Cuál de las siguientes situaciones es más claramente una violación de los principios subyacentes asociados con la ética de la enfermería profesional?
 1. La política del hospital permite el uso de monitorización fetal interna durante el parto. Sin embargo, existe bibliografía tanto para apoyar como para rechazar el valor de esta práctica.
 2. Cuando se pregunta por la finalidad de una medicación, un compañero de un profesional de enfermería responde: «Nunca me he preocupado de ello. Simplemente dale lo que está en la prescripción».
 3. Los profesionales de enfermería de la unidad acuerdan patrocinar un acto para recaudar fondos para apoyar una huelga laboral propuesta por los compañeros de enfermería de otro centro.
 4. Un paciente dice que no le ha dicho la verdad al médico cuando le preguntó si había seguido la dieta terapéutica en casa.
3. Después de un accidente de automóvil, los padres se niegan a permitir que se retire el aporte vital a su hijo, que no tiene función cerebral aparente. Aunque el profesional de enfermería cree que debería dejarse morir al niño y plantearse la donación de órganos,

apoya su decisión. ¿Qué principio moral sirve de base para la respuesta del profesional de enfermería?

1. Respeto a la autonomía.
 2. No maleficencia.
 3. Beneficencia.
 4. Justicia.
4. ¿Cuál de las siguientes frases sería de *más* ayuda cuando un profesional de enfermería quiere ayudar a los pacientes a clarificar sus valores?
 1. «No es una buena decisión. ¿Por qué cree que serviría?».
 2. «Lo más importante es seguir el plan de cuidados. ¿Ha cumplido las órdenes del médico?».
 3. «Algunas personas podrían tomar una decisión diferente. ¿Qué le ha llevado a elegir esta?».
 4. «Si me lo pregunta, me gustaría darle mi opinión sobre lo que debe hacer. Ahora, ¿qué piensa sobre su decisión?».
 5. Después de recuperarse de una prótesis de cadera, un paciente anciano quiere irse a casa. La familia desea que el paciente ingrese en un centro de mayores. Si el profesional actuara como defensor del paciente, debería realizar lo siguiente:
 1. Informar a la familia de que el paciente tiene derecho a decidir por sí mismo.
 2. Pedir al proveedor de atención primaria que le dé el alta para irse a casa.
 3. Sugerir al paciente que contrate un abogado para proteger sus derechos.
 4. Ayudar al paciente y a su familia a expresar sus opiniones a la otra parte.

6. ¿En cuáles de los siguientes sentencias influyen los valores, marcos morales y códigos éticos en las decisiones morales de los profesionales de enfermería?

1. El profesional de enfermería proporcionará una atención directa al paciente que sea coherente con sus valores personales.
2. El profesional de enfermería buscará garantizar que los valores de los pacientes y los suyos propios coincidan.

3. La elección del marco moral determinará cuál será el resultado en el paciente.

4. El profesional de enfermería debe actuar de acuerdo con el código ético de su profesión aun cuando sus propios valores difieran de él.

Véanse las respuestas a «Compruebe sus conocimientos» en el apéndice A.

Recursos Pearson para estudiantes de enfermería



Puede encontrar materiales de estudio adicionales en

nursing.pearsonhighered.com

Prepárese para triunfar con preguntas prácticas adicionales de estilo NCLEX®, tareas y actividades interactivas, enlaces web, animaciones, videos y mucho más.

LECTURAS Y BIBLIOGRAFÍA

LECTURAS RECOMENDADAS

- ALLISON, M. P., & Arnold, R. M. (2008). Role of the ethics committee: Helping to address value conflicts or uncertainties. *Chest*, 134, 417-424. doi:10.1378/chest.08-0136
- Este artículo plantea dos cuestiones sobre los comités de ética y el modo en que deberían ayudar a los profesionales clínicos. Las fuerzas legales, reguladoras y profesionales impulsan el desarrollo de comités de ética, pero todo como una alternativa a las demandas judiciales. Además, se plantea una respuesta a la necesidad clínica de un mecanismo formal para abordar los conflictos de valores y las incertidumbres que se suscitan en los centros de cuidados de salud actuales. Los comités de ética ayudan a los profesionales con la educación, la formación o revisión de políticas y las consultas. Los autores se concentran en la consulta ética y en su relación con los cuidados paliativos.
- Croger, N. (2008). Towards a viable and just global nursing ethics. *Nursing Ethics*, 15(1), 17-27.
- Este artículo describe conceptos sobre globalización y las opiniones de la autora sobre cinco características necesarias para garantizar una ética global: inclusión y compensación, equilibrio de la comunidad e individuo, uso de la capacidad de reflexión, disposición a aceptar nuevas enfoques de derechos humanos y empresa y tecnología.

INFORMACIÓN RELACIONADA

- Khalaf, A., Berggren, V., & Westergren, A. (2009). Caring for unmothered patients in an orthopaedic setting. *Nursing Ethics*, 16(1), 5-18. doi:10.1177/0969733008097896
- Racine, E. (2008). Enriching our views on clinical ethics: Results of a qualitative study of the moral psychology of healthcare ethics committee members. *Journal of Bioethical Inquiry*, 6(1), 59-67. doi:10.1007/s10239-007-9100-0
- Zubeck, P. R. (2008). Exploring the moral distress of registered nurses. *Bertha*, 19(1), 643-645.

BIBLIOGRAFÍA

- American Association of Colleges of Nursing. (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Washington, DC: Author.
- American Association of Critical Care Nurses. (2006). *The 4 A's to Rise Above Moral Distress Toolkit*. Aliso Viejo, CA: Author. Retrieved from http://www.aacn.org/WFO/PracticeDocs/4As_to_Rise_Above_Moral_Distress.pdf
- American Hospital Association. (2003). *The patient care partnership: Understanding expectations, rights and responsibilities*. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.ahr.org/ethics/ethics/PatientCarePartnershipWithPatients.pdf>
- American Nurses Association. (1994a). *Position statement on active autonomy*. Retrieved from <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/ANAPositionStatements/EthicsandHumanRights/Practitioner14450.aspx>
- American Nurses Association. (1994b). *Position statement on assisted suicide*. Retrieved from <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/>

- ANAPositionStatements/EthicsandHumanRights/Practitioner14456.aspx
- American Nurses Association. (2005). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Kansas City, MO: Author. Retrieved from http://www.nursingworld.org/ethicscode/protected_nwcode813.htm
- American Nurses Association. (2008). *Position statement: Risk and responsibility in providing nursing care*. Retrieved from <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/ANAPositionStatements/EthicsandHumanRights/RiskandResponsibility.aspx>
- American Nurses Association. (2007). *Position statement on stem cell research*. Retrieved from <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/ANAPositionStatements/EthicsandHumanRights/StemCellResearch.aspx>
- American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed.). Draft for public comment. Silver Spring, MD: Author.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (1979). *Principles of biomedical ethics*. New York, NY: Oxford University Press.
- Cassella, J., & Redman, B. (1989). Preparing students to be moral agents in clinical nursing practice. *Nursing Clinics of North America*, 24(2), 463-473.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Banister, J., Dachs, J., Johnson, J., Mitchell, P., ..., Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55, 122-131. doi:10.1016/j.outlook.2007.02.006
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Halstrome, U., & Sarvimäki, A. (2007). Experiences of self-determination by older persons living in sheltered housing. *Nursing Ethics*, 14, 413-424.
- doi:10.1177/0969733007075888
- International Council of Nurses. (2006). *The ICN code of ethics for nurses*. Geneva, Switzerland: Author.
- Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. *Center for Communication Programs*. (2002). *Questionnaire for values clarification*. Retrieved from <http://www.jhuicp.org/Research/Download/ValuesInstrument.pdf>
- The Joint Commission. (2009). *2010 Hospital accreditation standards*. Oakbrook Terrace, IL: Author.
- Kohlberg, L. (1989). Stage and sequential: The cognitive-developmental approach to socialization. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 347-480). Chicago, IL: Rand McNally.
- Montano, C. (2009). The artificial nutrition debate: Still an issue ... after all these years. *Nutrition in Clinical Practice*, 24, 206-213. doi:10.1177/0885436309332089
- Racine, E. (2008). Nurses' professional and personal values. *Nursing Ethics*, 15, 614-630.
- doi:10.1177/0969733008098280
- Raths, L., Harmin, M., & Simon, S. (1978). *Values and teaching: Working with values in the classroom* (2nd ed.). Columbus, OH: Merrill.
- Saad, L. (2009). *Honesty and Ethics Poll Finds Congress' Image Tarnished*. Retrieved from <http://www.gallup.com/poll/112625/Honesty-Ethics-Poll-Finds-Congress-Image-Tarnished.aspx>

- Solomon, L. M., & Noll, R. C. (2007). Male versus female genital alteration: Differences in legal, medical, and sociocultural responses. *Gender Medicine*, 4, 89-96. doi:10.1016/S1550-8579(07)80023-4
- Thompson, J. B., & Thompson, H. O. (1988). *Bioethical decision-making for nurses*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Wyer, R. S., Chu, C., & Hong, Y. (2009). *Understanding culture: Theory, research, and application*. New York, NY: Psychology Press.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

- Alken, T. D. (2008). *Legal, ethical and political issues in health occupations* (2nd ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Armstrong, A. E. (2007). *Nursing ethics: A virtue-based approach*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- Butts, J. B., & Rich, K. L. (2008). *Nursing ethics: Across the curriculum and into practice* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Cabana, A., Wiebel, H., & Hurst, S. A. (2008). *Ethical decision-making*. American Association of Pain Medicine, 9, 728-736.
- Dahms, M. D. (2008). The role of the American Nurses Association Code in ethical decision making. *Holistic Nursing Practice*, 23, 112-119.
- Elenchilich Pirsch, V. (2009). Honoring American nurse ethicists. *Nursing Ethics*, 16, 238-247.
- doi:10.1177/0969733008100082
- Gulick, G. W. (2010). *Legal and ethical issues in nursing* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hall, D. E. (2003). When clinical medicine collides with religion. *The Lancet*, 362, s28-s30.
- Johnstone, M. (2008). Questioning nursing ethics. *Australian Nursing Journal*, 19(1), 19.
- Johnstone, M. J. (2008). *Bioethics: A nursing perspective* (5th ed.). Meriville, NSW, Australia: Churchill Livingstone.
- Murray, J. S. (2007). Creating ethical environments in nursing. *American Nurse Today*, 21(1), 48-49.
- Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., & Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics*, 15, 304-321. doi:10.1177/0969733007088357
- Shepard, A. (2010). *Moral distress: A consequence of caring*. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14, 25-27.
- doi:10.1188/10.CJON.25-27
- Ulrich, C. M., Hamric, A. B., & Grady, C. (2010). *Moral distress: A growing problem in the health professions?* *Hastings Center Report*, 40(1), 20-22. doi:10.1353/hcr.0.0222
- Vesich, R. M., Haddad, A., & English, D. D. (2009). *Case studies in biomedical ethics: Decision-making, principles, and cases*. Cary, NC: Oxford University Press.
- Westra, A. E., Williams, D. L., & Smith, B. J. (2008). Communicating with Muslim parents: "The four principles" are not as culturally neutral as suggested. *European Journal of Pediatrics*, 166, 1383-1387.
- Westrick, S. J., & Dempsey, K. M. (2009). *Essentials of nursing law and ethics*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Wyer, R. S., Chu, C., & Hong, Y. (2009). *Understanding culture: Theory, research, and application*. New York, NY: Psychology Press.

Cumplimiento de las normas

En esta unidad hemos analizado la profesión de enfermería, desde la historia de esta disciplina a cuestiones actuales relacionadas con la labor de sus profesionales. Estos profesionales deben tener en cuenta las cuestiones legales y éticas, las teorías y los marcos conceptuales que orientan la práctica de la enfermería y la creciente necesidad de desarrollar y mantener una práctica basada en la evidencia para ofrecer una atención óptima a sus pacientes. Todo esto sucede en un momento en el que se aprecia una rápida evolución en el corpus de conocimientos como resultado de la investigación tanto en enfermería como en otras disciplinas incluidas en la práctica de esta especialidad. En el estudio de caso descrito a continuación se analizará de qué modo debe responder el profesional de enfermería a las necesidades del paciente y sus familiares, a la vez que mantiene la aplicación de las normas esenciales para el ejercicio de su profesión.

PACIENTE: Megan EDAD: 19 DIAGNÓSTICO MÉDICO ACTUAL: Fibrosis quística, neumonía

Historia médica: A Megan se le diagnosticó fibrosis quística cuando tenía 3 meses de vida. Sus padres han mantenido una actitud muy protectora y no la llevaban al colegio durante las épocas de resfriados y gripe para reducir su exposición a virus. La chica ha sido hospitalizada varias veces durante su vida, en su mayor parte por infecciones pulmonares, pero ha mantenido un estado de salud bastante sano en comparación con otras personas con su misma enfermedad. Ello se debe en gran medida a la observancia por parte de sus padres del cumplimiento de sus necesidades de cuidados de salud. Megan contrajo la gripe hace unos 5 días y cada vez le cuesta más respirar. No puede expulsar adecuadamente las secreciones pulmonares ni ha podido cumplir con sus necesidades calóricas debido a episodios graves de tos que le han hecho vomitar; como resultado ha perdido 3,5 kg de peso. Su temperatura timpánica es de 38,8 °C. Los ruidos respiratorios revelan crepitaciones, y el estudio radiográfico muestra densas concentraciones de líquido en las bases de los dos pulmones.

Antecedentes personales y sociales: Después de graduarse en el instituto el año pasado, Megan entró en una universidad situada a unos 160 km de sus padres, y en la actualidad vive en la residencia universitaria. Le gusta su independencia, pero admite que sus padres tienen motivos para preocuparse. Su madre la llama con frecuencia para cerciorarse de que come bien, se toma la medicación y realiza los ejercicios respiratorios según le han sido prescritos. Para no inquietar a su madre, Megan no le dijo que su compañera de habitación había contraído la gripe. Después, le daba miedo llamar a sus padres para decirles que ella se había contagiado, y que había tenido que ser ingresada en un hospital cercano a su universidad. Los padres llegaron al hospital 2 horas después de saber que su hija estaba enferma, y la madre busca al profesional de enfermería a cargo de sus cuidados inmediatamente después de haber estado con Megan.

Preguntas

La norma de práctica n.º 7 de la American Nurses Association es la Ética: El profesional de enfermería proporciona sus cuidados de una manera que preserva y protege la autonomía, la dignidad, los derechos, los valores y las creencias del consumidor de cuidados de salud, al mismo tiempo que mantiene la confidencialidad del paciente dentro de los parámetros legales y reglamentarios.

1. La madre de Megan le pide al profesional de enfermería que llame al médico a cargo para poder hablar con él y preguntarle por los resultados radiográficos y de los estudios de diagnóstico en relación con la enfermedad de su hija. ¿Qué información puede compartir legalmente este profesional con la madre de Megan acerca de la enfermedad que esta padece?
2. El médico de Megan le explica, a ella y a sus padres, que su dolencia ha empeorado, y recomienda intubación y colocación de un ventilador mecánico. Megan dice: «No, no quiero que me pongan un ventilador», pero la madre le dice que acepte el tratamiento recomendado. La madre de Megan se dirige al profesional de enfermería y le dice: «¡Dígame que debe seguir las recomendaciones de médico!» ¿Cuál sería la mejor respuesta de este profesional?

3. El médico sugiere que Megan participe en un estudio de investigación para personas con fibrosis quística que deseen evitar la ventilación mecánica. ¿Cuáles son las responsabilidades del profesional de enfermería para proteger los derechos de Megan basándose en lo que se ha indicado en el capítulo 2?

La norma de práctica n.º 1 de la American Nurses Association es la Valoración: El profesional de enfermería reúne datos extensos relativos a la salud y/o la situación del paciente mediante el empleo de técnicas, instrumentos y herramientas de valoración basados en la evidencia.

4. ¿Cuál es la responsabilidad del profesional de enfermería que atiende a Megan una vez que esta ha aceptado participar en el estudio de investigación?
5. Si el profesional de enfermería cuestiona la actualidad de una técnica de valoración encontrada en el manual de políticas y procedimientos del hospital, ¿qué pasos puede dar dicho profesional para garantizar que se utilice la práctica basada en la evidencia?

American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.

UNIDAD

2

Cuidados de salud contemporáneos

www.medilibros.com

CAPÍTULO 6

Sistemas de prestación
de cuidados de salud 99

CAPÍTULO 7

Enfermería comunitaria
y continuidad de la atención 116

CAPÍTULO 8

Atención domiciliaria 131

CAPÍTULO 9

Registros electrónicos de salud
y tecnologías de la información 143

Sistemas de prestación de cuidados de salud

6 CAPÍTULO

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Al finalizar el capítulo, usted será capaz de:

1. Diferenciar los servicios de cuidados de salud basados en categorías de prevención de enfermedades primaria, secundaria y terciaria.
2. Describir las funciones y objetivos de las instituciones de cuidados de salud esbozadas en este capítulo.
3. Identificar las funciones de los diversos profesionales de cuidados de salud.
4. Describir los factores que afectan a la prestación de cuidados de salud.
5. Describir los marcos de trabajo para la prestación de cuidados de salud.
6. Comparar varios sistemas de pago por servicios de cuidados de salud.

TERMINOS CLAVE

Asociaciones de práctica independiente (API), 113
Atención centrada en el paciente, 110
Atención dirigida, 109
Auxiliar de enfermería (AE), 104
Beneficios de ingresos complementarios de seguridad (ICS), 112
Coaseguramiento, 111

Convenios de proveedores preferidos (CPP), 113
Enfermería en equipo, 110
Gestión de casos, 109
Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), 112
Medicaid, 111
Medicare, 111

Organización de mantenimiento de la salud, 113
Organización de proveedores preferidos (OPPP), 113
Práctica diferenciada, 110
Sistema de cuidados de salud, 100
Sistema de prestación integrada (SPI), 113
Vías críticas, 110

Un **sistema de cuidados de salud** es la totalidad de los servicios ofrecidos por todas las disciplinas dedicadas a la salud. Representa una de las mayores industrias de EE. UU. Anteriormente, el propósito principal de un sistema de cuidados de salud era ofrecer atención a los enfermos y afectados por lesiones. Sin embargo, con la creciente conciencia de promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los niveles de bienestar, los sistemas de cuidados de salud están cambiando, al igual que las funciones de los profesionales de enfermería en estos sectores. Los servicios suministrados por un sistema de cuidados de salud se clasifican comúnmente según el tipo y el nivel.

Tipos de servicios de cuidados de salud

Los servicios de cuidados de salud se describen a menudo en correlación con los niveles de prevención de las enfermedades: a) prevención primaria, que consiste en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; b) prevención secundaria, que trata del diagnóstico y el tratamiento; y c) prevención terciaria, consistente en rehabilitación, recuperación de la salud y cuidados paliativos.

Prevención primaria: promoción de la salud y prevención de enfermedades

Basándose en la noción de mantenimiento de un nivel óptimo de bienestar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló un proyecto denominado *Healthy People*. El proyecto actual del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (2010) derivado del trabajo original ha recibido el nombre de *Healthy People 2020* y tiene cuatro metas principales: a) incrementar la calidad y los años de vida sana, b) alcanzar la igualdad de salud y eliminar las diferencias en la atención, c) crear entornos sanos para todas las personas y d) promover la salud y la calidad de vida durante toda la vida.

La promoción de la salud se desarrolló lentamente hasta la década de 1980. Desde aquel momento, un número creciente de personas reconocen las ventajas de estar sano y evitar las enfermedades. Los programas de prevención primaria se dirigen a ámbitos como la nutrición adecuada, el control del peso y el ejercicio y la reducción del estrés. Las actividades de promoción de la salud subrayan el importante papel que tienen los pacientes en el mantenimiento de su propia salud y los alientan a mantener el máximo nivel de bienestar que puedan alcanzar.

ALERTA CLÍNICA

Como las compañías aseguradoras han comprendido que conservar la salud de las personas es más económico que tratar sus enfermedades, sus planes de seguros han empezado a sufragar actividades de cuidados de salud preventivos.

Los programas de prevención de enfermedades pueden dirigirse al paciente o a la comunidad e implican prácticas como las campañas de vacunación, la identificación de los factores de riesgo de las enfermedades y ayudas para que las personas adopten medidas para prevenir dichas enfermedades. Un ejemplo significativo es el de las campañas para dejar de fumar, que ayudan a abandonar el tabaquismo y protegen al público de los efectos perniciosos que padecen como fumadores pasivos mediante la regulación de los lugares donde se permite fumar. La prevención de enfermedades incluye también programas ambientales que pueden reducir la incidencia de enfermedad o de discapacidad. Por ejemplo, los pasos dados para reducir la contaminación atmosférica incluyen la exigencia de inspecciones de los sistemas de escape de los automóviles para asegurar unos niveles aceptables de humos. Las

medidas protectoras del medio ambiente están legisladas frecuentemente por los gobiernos, ante la presión de los grupos de ciudadanos.

Prevención secundaria: diagnóstico y tratamiento

En el pasado, el segmento mayor de los servicios de cuidados de salud se ha dedicado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Los hospitales y las consultas médicas se han erigido en las principales instituciones que ofrecen estos complejos servicios de prevención secundaria. Los hospitales siguen concentrando importantes recursos para los pacientes que necesitan cuidados de urgencia, intensivos e inmediatos.

Las instalaciones autónomas de diagnóstico y tratamiento también han evolucionado y atienden a un número creciente de pacientes. Por ejemplo, los procedimientos de resonancia magnética (RM) y las técnicas de diagnóstico radiológico relacionadas se realizan comúnmente en centros médicos de propiedad corporativa. Existen estructuras similares en unidades quirúrgicas ambulatorias.

También cabe incluir como un servicio de promoción de la salud la detección precoz de enfermedades. Esta tarea se realiza a través de cribado sistemático de la población y se centra en personas con más riesgo de desarrollar ciertas dolencias. Los ejemplos de servicios de detección precoz incluyen exámenes odontológicos regulares desde la infancia y durante el resto de la vida, así como estudios de densidad ósea en mujeres menopáusicas para evaluar una posible osteoporosis precoz. Las instituciones de base comunitaria son instrumentos esenciales para dispensar estos servicios. Por ejemplo, las clínicas de algunas comunidades ofrecen servicios de mamografía y formación relativa a la detección precoz de cáncer de mama. Las pruebas voluntarias del VIH y el asesoramiento ofrecen otro ejemplo del cambio de enfoque de los servicios hacia entidades con base comunitaria. Algunos centros comerciales y afines cuentan con clínicas ambulatorias que ofrecen pruebas de diagnóstico, como la detección selectiva de colesterol e hipertensión.

Prevención terciaria: rehabilitación, recuperación de la salud y cuidados paliativos

El objetivo de la prevención terciaria es ayudar a las personas a recuperar sus niveles de salud anteriores (es decir, sus capacidades previas) o el máximo nivel de que sean capaces en su estado de salud actual. La rehabilitación subraya la importancia de ayudar a los pacientes a actuar adecuadamente en los dominios físico, mental, social, económico y profesional de su vida. Por ejemplo, una persona con una lesión de cuello o espalda por causa de un accidente de automóvil puede tener limitaciones en la capacidad de realizar su trabajo o sus actividades cotidianas. Si la lesión es temporal, la rehabilitación puede ayudarle a recuperar la función anterior. Si es permanente, la rehabilitación le ayudará a ajustar sus actividades con el fin de alcanzar una capacidad máxima. La rehabilitación puede empezar en el hospital, pero al final se remitirá a los pacientes a la comunidad para recibir el tratamiento y seguimiento ulteriores una vez recuperada la salud.

Un ejemplo de prevención de salud mental terciaria es un programa de amplio alcance que realice un seguimiento de las personas con trastornos psiquiátricos en la comunidad con el fin de garantizar que cumplan con sus regímenes de medicación. Estos programas pueden reducir los ingresos en hospitales psiquiátricos por fase aguda de la enfermedad y la institucionalización a largo plazo, así como permitir que personas con trastornos mentales puedan vivir de manera independiente.

A veces, las personas no pueden recuperar la salud. Un ámbito en desarrollo de los servicios de enfermería y prevención terciaria es el de los cuidados paliativos, que aportan alivio y tratamiento de los síntomas. Los cuidados terminales pueden dispensarse en numerosos lugares, incluido el propio domicilio.

Tipos de organismos y servicios de cuidados de salud

Los organismos y servicios de cuidados de salud en EE. UU. son variados y numerosos. Algunas instituciones o sistemas de cuidados de salud proporcionan servicios en diferentes centros; por ejemplo, un hospital puede ofrecer servicios de pacientes ingresados en fase aguda, consultas externas o ambulatorias y servicios de urgencias. Los servicios de cuidados paliativos pueden dispensarse en el hospital, en el domicilio o en otro lugar dentro de la comunidad. Ante la magnitud de las posibilidades de los organismos y los servicios de cuidados de salud, los profesionales de enfermería a menudo tienen que ayudar a los pacientes a elegir lo que se adapta mejor a sus necesidades. Los pacientes pueden acudir a cualquier número y tipo de profesionales de enfermería y otros proveedores, dependiendo de los cuidados que precisan y de su capacidad de sufragar estos servicios.

Salud pública

Las instituciones gubernamentales (oficiales) están establecidas en los ámbitos local, estatal y federal para prestar servicios de salud pública. Los organismos de salud del estado, el condado o la ciudad varían según la necesidad de la zona. Sus fondos, generalmente obtenidos de impuestos, son administrados por funcionarios electos o designados al efecto. Los departamentos de salud locales tienen la responsabilidad de desarrollar programas para cubrir las necesidades de salud de la gente, ofreciendo las instalaciones necesarias de enfermería y otro personal para llevar a cabo estos programas, con evaluación continua de la eficacia de los programas y seguimiento de las necesidades cambiantes (figura 6-1 ■). Las organizaciones estatales de salud son responsables de ayudar a los departamentos locales. En algunas zonas remotas, los departamentos estatales también dispensan servicios directos a las personas.

El *Public Health Service (PHS)* del *Department of Health and Human Services* de EE. UU. es un organismo oficial de ámbito federal. Sus funciones incluyen la realización de investigaciones y la enseñanza en el campo de la salud, la prestación de ayuda a las comunidades en la planificación y el desarrollo de instalaciones de salud y la ayuda a las comunidades estatales y locales a través de la financiación y la provisión de personal instruido. También en el ámbito nacional, en EE. UU. existen instituciones de investigación, como los *National Institutes of Health (NIH)*. El *National Institute on Drug Abuse*, el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* y el *National Institute of Mental*

Health trabajan conjuntamente con organismos federales, regionales y estatales. Los *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* de Atlanta, Georgia, administran un amplio programa relacionado con la vigilancia de enfermedades y conductas que producen enfermedad y discapacidad. Por medio de investigaciones epidemiológicas y de laboratorio, ponen datos a disposición de las autoridades. Los CDC publican también recomendaciones sobre la prevención y el control de infecciones y administran un programa nacional de salud. El gobierno federal gestiona igualmente una serie de servicios para ex combatientes en EE. UU.

Consultas médicas

En Norteamérica, la consulta médica es un centro de atención primaria. La mayoría de los médicos tienen sus propias consultas o trabajan con otros colegas en grupo. Los pacientes acuden habitualmente a una consulta médica para pruebas rutinarias, diagnóstico de enfermedades y tratamiento. Piden consulta a los médicos cuando perciben síntomas de una enfermedad o si alguna otra persona importante para ellas cree que están enfermas.

En algunas consultas médicas, como las de médicos de familia o especialistas como dermatólogos o cirujanos, junto a los médicos trabajan profesionales de enfermería. A menudo, las consultas médicas no requieren la experiencia de diplomados de enfermería. Cuando hay diplomados de enfermería (DE), asumen diversas funciones y responsabilidades, como coger la historia del paciente, prepararlo para una exploración, obtener información sobre su salud y darle la información necesaria. Otras funciones pueden ser la obtención de muestras, la ayuda en los procedimientos y la dispensación de algunos tratamientos. En consultas sin DE, estas tareas pueden ser realizadas por médicos ayudantes.

Centros ambulatorios

Los centros ambulatorios se usan en numerosas comunidades. En su mayoría cuentan con servicios de diagnóstico y tratamiento que prestan atención médica, de enfermería, de laboratorio y radiológica, y pueden estar o no asociados a un hospital de cuidado de enfermedades agudas. Algunos centros ambulatorios proporcionan servicios a personas que necesitan intervenciones quirúrgicas menores que pueden realizarse fuera del hospital. Después de la cirugía, el paciente regresa a casa, a menudo el mismo día. Estos centros ofrecen dos ventajas: permiten al paciente permanecer en su domicilio a la vez que consigue los cuidados de salud que necesita, y no consumen las costosas camas de hospital que se reservan para pacientes con enfermedades graves. El término *centro ambulatorio* ha sustituido al de *clínica* en muchos lugares.

Clínicas de salud laboral

La clínica laboral (ocupacional) está creciendo en importancia como lugar para los cuidados de salud para empleados. La salud de los empleados ha sido reconocida desde hace tiempo como importante para la productividad. Actualmente, ha aumentado el número de empresas que reconocen el valor de tener empleados sanos e incentivan los estilos de vida saludables ofreciendo instalaciones para hacer ejercicio y coordinando actividades de promoción de la salud.

Los profesionales de enfermería de salud comunitaria cumplen en los centros laborales diversas funciones. La seguridad de los trabajadores ha sido siempre motivo de preocupación para los profesionales de enfermería del ámbito laboral. Hoy en día, las funciones de enfermería en los cuidados de salud laborales incluyen la seguridad en el trabajo y la educación de salud, pruebas selectivas de tuberculosis y cobertura de información sobre vacunas. Otras funciones pueden ser el cribado de problemas de salud como hipertensión y obesidad, la atención a empleados que han sufrido una lesión y el asesoramiento (figura 6-2 ■).



Figura 6-1 ■ Los departamentos de salud pueden ofrecer servicios de cribado para todos los grupos de edad.

Michelle Bridwell/PhotoEdit.



Figura 6-2 ■ En clínicas de salud laboral, los proveedores de atención primaria pueden examinar a pacientes con síntomas ocasionales.

David M. Grossman/Phototake.

Hospitales

Los hospitales tienen tamaños variados, desde el centro rural de 12 camas a los hospitales metropolitanos de 1.500 plazas. Los hospitales pueden clasificarse, según su propiedad o control, en gubernamentales (públicos) y no gubernamentales (privados). En EE. UU., los hospitales gubernamentales son federales, estatales, urbanos o del condado. El gobierno federal proporciona instalaciones hospitalarias para excombatientes y marinos mercantes (hospitales VA). Los hospitales militares ofrecen cuidados al personal del ejército y su familia. Los hospitales privados son regentados a menudo por iglesias, empresas, comunidades y organizaciones caritativas. Estos hospitales pueden buscar provecho económico o no tener ánimo de lucro. Aunque los hospitales se contemplan principalmente como instituciones que dispensan cuidados, tienen otras funciones, como ofrecer fuentes para la investigación y la enseñanza relacionadas con la salud.

Los hospitales se clasifican también según los servicios que ofrecen. Los hospitales generales admiten pacientes que necesitan una diversidad de servicios, ya sean médicos, quirúrgicos, obstétricos, pediátricos o psiquiátricos (figura 6-3 ■). Otros hospitales solo ofrecen servicios especializados, como atención psiquiátrica o pediátrica. Un hospital de cuidados intensivos proporciona ayuda a los pacientes cuya enfermedad y necesidad de hospitalización son relativamente de corta duración, por ejemplo, unos días.

La diversidad de servicios de cuidados de salud que ofrecen habitualmente los hospitales depende de su tamaño y ubicación. Los grandes hospitales urbanos habitualmente tienen camas para pacientes inter-



Figura 6-3 ■ La mayoría de los hospitales que atienden enfermedades agudas tienen servicios de quirófanos activos.

Collection/CNRI/Phototake.

nos, servicios de emergencia, centros de diagnóstico, centros de cirugía ambulatoria, servicios de farmacia, servicios de cuidados intensivos y coronarios y múltiples servicios para pacientes externos remitidos por clínicas. Algunos grandes hospitales tienen otros servicios especializados, como unidades para lesionados medulares y unidades de quemados, servicios de oncología y unidades de infusión y diálisis. Algunos hospitales tienen unidades de tratamiento para la adicción a sustancias y unidades de promoción de la salud. Los pequeños hospitales rurales suelen limitarse a camas para ingresos, servicios de radiología y laboratorio y servicios básicos de urgencias. El número de servicios de un hospital rural suele estar relacionado con su tamaño y su distancia a un centro urbano.

Los hospitales de EE. UU. han experimentado cambios organizativos para limitar los costos o atraer pacientes. Algunos se han fusionado con otros hospitales o han sido adquiridos por grandes corporaciones multihospitalarias lucrativas (p. ej., Hospital Corporation of America, Humana y Tenet Healthcare). Otros están prestando servicios ambulatorios innovadores, como clases de ejercitación física, centros de día para ancianos, clases de nutrición y centros materno-infantiles alternativos.

Centros de cuidados subagudos

Los cuidados subagudos constituyen una variante de la atención de pacientes ingresados diseñada para personas aquejadas por una enfermedad aguda, una lesión o un agravamiento de un proceso mórbido. Los pacientes pueden ser ingresados después, o en lugar de, una hospitalización aguda, o para administrarles uno o más tratamientos técnicamente complejos. En general, el estado del individuo es tal que los cuidados no dependen demasiado de una monitorización de alta tecnología o complejos procedimientos diagnósticos. Estos centros requieren los servicios coordinados de un equipo interdisciplinario que incluya médicos, profesionales de enfermería y otros profesionales de disciplinas relevantes. Estos centros suelen dedicarse a actividades más intensivas que los especializados en servicios de larga duración, pero menos que las unidades de cuidados intensivos.

Centros de cuidados extendidos (de larga duración)

Los centros de cuidados extendidos, antiguamente llamados clínicas de reposo, son hoy instalaciones de múltiples niveles que incluyen residencias independientes para ancianos, instalaciones de vida asistida, centros de enfermería especializada (cuidados intermedios) y servicios de atención extendidos (atención de larga duración), que ofrecen niveles distintos de cuidados personales para enfermos crónicos o personas que no pueden cuidarse solas sin ayuda (figura 6-4 ■). Tradicionalmente, estos centros solo se dedicaban a pacientes ancianos, pero en la actualidad



Figura 6-4 ■ Los profesionales de enfermería en centros asistenciales de larga duración desarrollan fuertes vínculos con los pacientes.

Mednet/Phototake.

ofrecen atención a pacientes de todas las edades que necesitan rehabilitación o compañía. Como los pacientes reciben el alta relativamente pronto en los hospitales de cuidados intensivos, algunos pueden seguir necesitando un complemento de apoyo en un centro de enfermería especializada o de atención extendida antes de regresar a su domicilio.

Dado que las enfermedades crónicas son más propias de ancianos, la atención en centros de larga duración se rige por programas orientados a las necesidades propias de este grupo de edad. Las instalaciones están pensadas para personas que necesitan no solo servicios personales (baño, higiene, comida) sino también algunos cuidados regulares de enfermería y una atención médica ocasional. Sin embargo, el tipo de cuidados dispensados varía considerablemente. Algunos centros admiten y mantienen solo a residentes capaces de vestirse solos y son ambulatorios. Otros proporcionan cuidado a pacientes encamados con mayor grado de discapacidad. Estos centros pueden, en la práctica, convertirse en el hogar del paciente y, en consecuencia, las personas que viven en ellos suelen referirse más como residentes que como pacientes o clientes.

Unas directrices específicas gobiernan los procedimientos de admisión de pacientes en centros de cuidados extendidos. Deben valorarse de antemano los requisitos de criterios de seguros, necesidades de tratamiento y cuidados de enfermería. Los centros de cuidados extendidos y enfermería especializada están ganando en popularidad para resolver las necesidades de cuidados de salud de pacientes que no cumplen los criterios para permanecer en un hospital. Los profesionales de enfermería en estos centros de cuidados extendidos ayudan a los pacientes en sus actividades cotidianas, les dispensan cuidados cuando los necesitan y coordinan las actividades de rehabilitación.

ALERTA CLÍNICA

Los ancianos pueden oscilar entre niveles diferentes de atención: de llevar una vida independiente a ingresar en un hospital, acudir a un centro de rehabilitación, a un centro clínico de larga duración y, quizá, recuperarse y volver a la vida independiente o con ayuda. La secuencia es variable, al igual que el tiempo que permanecen en cada tipo de centro.

Centros y residencias asistidas

Los centros y residencias asistidas consisten en conjuntos de viviendas independientes, apartamentos o pisos para residentes. Los residentes viven con relativa independencia; sin embargo, muchas de estas instalaciones ofrecen servicios de comida, lavandería, cuidados de enfermería, transporte y actividades sociales. Algunos centros tienen un hospital separado para atender a residentes con enfermedades de corta o larga duración. A menudo estos centros también funcionan en colaboración con otros servicios comunitarios, como los de gestor de casos, servicios sociales y cuidados paliativos para cubrir las necesidades de los residentes que viven en ellos. El centro o residencia asistida pretende cubrir las necesidades de las personas que no pueden permanecer en su casa pero no requieren una atención de enfermería hospitalaria o domiciliaria. Los profesionales de enfermería en centros y residencias asistidas ofrecen cuidados limitados a los residentes, habitualmente relacionados con la administración de medicamentos y tratamientos menores, pero realizan una importante promoción de las actividades de salud.

Centros de rehabilitación

Los centros de rehabilitación suelen ser centros comunitarios independientes o unidades especiales. Sin embargo, dado que la rehabilitación empieza idealmente en el momento en que el paciente entra en el sistema de cuidados de salud, los profesionales de enfermería que ejercen en unidades pediátricas, psiquiátricas o quirúrgicas de hospitales también



Figura 6-5 ■ Los servicios de fisioterapia forman parte integral de los centros de rehabilitación.

Mark Thomas/Science Photo Library/Photo Researchers, Inc.

ayudan a la rehabilitación de los pacientes. Los centros de rehabilitación desempeñan un papel importante en la ayuda a los pacientes para la restauración de la salud y la recuperación. Los centros de rehabilitación para alcoholismo y drogadicción, por ejemplo, ayudan a los pacientes a superar su dependencia de las drogas o el alcohol y a reintegrarse en la comunidad y actuar con el máximo de su capacidad. Hoy en día, el concepto de rehabilitación se aplica a toda enfermedad o lesión (física y mental) (figura 6-5 ■). Los profesionales de enfermería en los centros de rehabilitación coordinan las actividades de los pacientes y garantizan que estos cumplan con sus tratamientos. Este tipo de enfermería requiere a menudo una cualificación y un conocimiento especializados.

Organismos de cuidados de salud domiciliarios

La realización de pagos prospectivos (expuestos más adelante en este capítulo) y el alta temprana resultante de los pacientes de los hospitales han hecho de la atención domiciliaria un aspecto esencial del sistema de prestación de cuidados de salud. Con el aumento de la preocupación por el costo de los cuidados de salud, el uso del propio domicilio como lugar de prestación de servicios de salud se ha incrementado. Además, se ha ampliado el ámbito de los servicios ofrecidos a domicilio. Los profesionales de enfermería de cuidados de salud domiciliarios y otro personal afín ofrecen educación para los pacientes y sus familiares y cuidados extensos para enfermos en fase aguda, crónica o terminal.

Centros de día

Los centros de día sirven para muchas funciones y numerosos grupos de edad. Algunos centros de día ofrecen cuidados a lactantes y niños mientras sus padres trabajan. Otros proporcionan atención y nutrición para adultos que no pueden quedarse solos en casa, pero no necesitan estar en una institución. Los centros de ancianos ofrecen a menudo cuidados que comprenden socialización, programas de ejercicios y estimulación. Algunos centros proporcionan asesoramiento y fisioterapia. Los profe-

sionales de enfermería que trabajan en centros de día pueden administrar medicación y ofrecer tratamientos y asesoramiento, facilitando así la continuidad entre los centros de día y la atención domiciliaria.

Atención rural

Los hospitales rurales de atención primaria se crearon como consecuencia de la ley Ómnibus de Reconciliación de Presupuestos de 1987 para proporcionar atención de urgencia a los pacientes de zonas rurales. En 1997, la ley de Equilibrio Presupuestario autorizó al *Rural Hospital Flexibility Program* de Medicare a que continuara dando disponibilidad de acceso de atención primaria y mejorara la atención de emergencia para residentes rurales. Este programa estableció una nueva clasificación denominada «hospitales de acceso crítico», que reciben financiación federal para mantenerse abiertos y ofrecer la amplitud de servicios necesaria para los residentes rurales, incluyendo interrelación con centros regionales de atención terciaria. Cada estado tiene una oficina rural de programas de salud que valora e identifica las intervenciones ante las necesidades de cuidados de salud de la población local. Los profesionales de enfermería de centros rurales deben ser generalistas capaces de tratar a una amplia variedad de pacientes y problemas de cuidados de salud. Debido a su formación en atención primaria extensa en todas las edades, el profesional de enfermería resulta particularmente adecuado para ejercer este tipo de tareas.

Servicios de cuidados paliativos

El término *cuidados paliativos* se refiere a un servicio interdisciplinario de cuidados de salud dedicado a enfermos terminales, ya sea en casa o en otro centro de cuidados de salud. El movimiento de cuidados paliativos resume una diversidad de servicios prestados a enfermos terminales, sus familiares y las personas de apoyo. El concepto central de este movimiento, diferenciado del modelo de cuidados intensivos, no es salvar la vida, sino mejorar o mantener la calidad de la misma hasta la muerte. Los profesionales de enfermería de cuidados paliativos actúan principalmente como gestores de casos y supervisan la prestación de atención directa por parte de otros miembros del equipo. Los pacientes de programas de cuidados paliativos son atendidos en su domicilio, en el hospital o en centros autónomos especializados en cuidados paliativos o centros de enfermería especiales. El lugar de prestación de los cuidados de salud puede variar conforme el estado del paciente vaya empeorando o cambie la capacidad de la familia para cuidar de él. El profesional de enfermería de cuidados paliativos realiza valoraciones permanentes de las necesidades del paciente y su familia y ayuda a encontrar los recursos y servicios adicionales apropiados para ellos según surja la necesidad.

Centros críticos

Los centros críticos ofrecen servicios de urgencia a pacientes que sufren crisis vitales. Estos centros pueden actuar fuera del marco de un hospital o en la comunidad, y en su mayoría ofrecen servicio telefónico de 24 horas. Algunos proporcionan también asesoramiento directo a las personas ingresadas en el centro o en sus hogares. El propósito primordial del centro es ayudar a las personas a afrontar una crisis inmediata y orientarlas y darles apoyo para un tratamiento de larga duración.

Los profesionales de enfermería que trabajan en centros críticos necesitan técnicas bien desarrolladas de comunicación y asesoramiento. El profesional de enfermería debe identificar inmediatamente el problema de la persona, ofrecer la ayuda para superarlo y tal vez más tarde buscar los recursos para obtener un apoyo de larga duración.

Grupos de apoyo mutuo y autoayuda

En Norteamérica hay más de 500 grupos de apoyo mutuo o autoayuda que tratan casi cualquier problema importante de salud o crisis vital de

las personas. Estos grupos pueden estar dirigidos al paciente o a sus amigos o familiares, que también tienen necesidad de formación, orientación y apoyo. Surgieron principalmente porque la gente sentía que sus necesidades no se veían satisfechas por el sistema de cuidados de salud existente. Alcohólicos Anónimos, que se creó en 1935, sirvió de modelo para muchos de estos grupos. La *American Self-Help Clearinghouse* ofrece información sobre grupos de apoyo actuales y directrices sobre cómo formar un grupo de autoayuda. El papel del profesional de enfermería en los grupos de autoayuda se expone en el capítulo 27 ∞.

Proveedores de cuidados de salud

Los proveedores de cuidados de salud, también llamados equipo de cuidados de salud o profesionales de la salud, son profesionales de enfermería y personal de salud de diferentes disciplinas que coordinan sus conocimientos para ayudar a los pacientes y sus personas de apoyo. Su meta compartida es recuperar la salud del paciente y promover el bienestar. La elección de personal para un paciente en particular depende de sus necesidades. Los equipos de salud incluyen comúnmente profesionales de enfermería y otro personal (figura 6-6 ■). Las funciones de los profesionales de enfermería se describen en el capítulo 1 ∞ y a lo largo de este libro. Los proveedores de salud que no son profesionales de la enfermería ofrecidos a continuación no componen una lista exhaustiva de todos los posibles.

Profesional de enfermería

El papel del profesional de enfermería varía según las necesidades del paciente, la acreditación del profesional y el tipo de centro. Un diplomado en enfermería (DE) valora el estado de salud del paciente, identifica problemas de salud y desarrolla y coordina los cuidados. Un *auxiliar de enfermería (AE)*, en algunos estados conocido como auxiliar de enfermería licenciado, proporciona atención directa a los pacientes bajo la dirección de un diplomado de enfermería, un médico



Figura 6-6 ■ Aunque todos los miembros del equipo de cuidados de salud individualizan los cuidados para el paciente según la experiencia de su propia disciplina, algunas áreas se solapan en el trabajo en equipo.

u otra persona responsable. Como las funciones de la enfermería se han ampliado, se han creado nuevas dimensiones para la práctica de la enfermería. Los profesionales de esta disciplina pueden ejercer en una variedad de especialidades prácticas (p. ej., cuidados intensivos, salud mental, oncología). Los profesionales de enfermería de práctica avanzada proporcionan cuidados directos a pacientes como matronas, anestestistas y especialistas clínicos. Estos profesionales cuentan con la formación y las homologaciones que, dependiendo de las regulaciones de cada estado, les permiten dispensar atención primaria, prescribir medicaciones y recibir remuneración de terceros (seguros) directamente por sus servicios.

Proveedor de atención alternativa (complementaria)

Los cuidados de salud alternativos o complementarios se refieren a prácticas que no se consideran comúnmente parte de la medicina occidental. Véase el capítulo 19 para una descripción detallada de las mismas. Quiroprácticos, herboristas, acupunctores, terapeutas masajistas, expertos en reflexología, sanadores holísticos y otros proveedores de cuidados de salud están desempeñando papeles cada vez más importantes el sistema contemporáneo de cuidados de salud. Estos proveedores ejercen a veces en paralelo con los proveedores de cuidados de salud tradicionales, o los pacientes pueden recurrir a sus servicios junto con, o en lugar de, los tratamientos occidentales.

Gestor de casos

La función del gestor de casos es garantizar que los pacientes reciban una atención apropiada y fiscalmente fundada en el mejor centro. Este papel es ejercido a menudo por el miembro del equipo de cuidados de salud más implicado en los cuidados del paciente. Dependiendo de la naturaleza de las preocupaciones del paciente, el gestor de casos puede ser un profesional de enfermería, un trabajador social, un terapeuta ocupacional, un fisioterapeuta o cualquier otro miembro del equipo de cuidados de salud.

Odontólogo

Los odontólogos diagnostican y tratan problemas bucales, maxilares y dentales. Los odontólogos y los higienistas dentales también participan en medidas preventivas para mantener unas estructuras orales saludables (p. ej., dientes y encías).

Dietista o nutricionista

Un dietista tiene un conocimiento especializado de las dietas que son necesarias para mantener la salud y tratar la enfermedad. En los hospitales, los dietistas suelen intervenir en la instauración de dietas terapéuticas, supervisan la preparación de las comidas para garantizar que los pacientes reciban la dieta adecuada y pueden diseñar dietas especiales para cumplir con las necesidades nutricionales de pacientes individuales.

Un nutricionista es una persona que tiene conocimientos especializados en nutrición y alimentación. El nutricionista en un centro comunitario recomienda dietas sanas y ofrece servicios amplios de asesoramiento sobre la compra y preparación de las comidas. Los nutricionistas comunitarios actúan a menudo de forma preventiva. Promueven la salud y previenen la enfermedad, por ejemplo, asesorando a las familias para que mantengan dietas equilibradas de sus hijos en edad de crecer y de las mujeres embarazadas.

Personal médico de urgencias

Existen varias categorías diferentes de proveedores asociados con los organismos de servicios médicos de urgencia o ambulancias (p. ej.,

cueros de bomberos) que responden en primera instancia a las necesidades urgentes de la comunidad. Los títulos, la formación y la homologación difieren entre los técnicos médicos de urgencias (TMU) y los paramédicos. Sin embargo, en general este personal ha recibido formación para valorar, tratar y transportar a pacientes que sufren una urgencia médica, un accidente o un traumatismo.

Terapeuta ocupacional

Un terapeuta ocupacional (TO) ayuda a pacientes con deterioro funcional a adquirir las técnicas necesarias para hacer las actividades de la vida diaria. Por ejemplo, un terapeuta ocupacional podría enseñar a un hombre con artritis grave en los brazos y las manos a adaptar los utensilios de cocina para que pueda seguir cocinando. El terapeuta ocupacional enseña técnicas que son terapéuticas a la vez que cumplen alguna función. Por ejemplo, coser no es solo una distracción, sino también un ejercicio aconsejable para los brazos y las manos de una persona con artritis.

Técnico paramédico

Los técnicos de laboratorio, radiólogos y de medicina nuclear son solo tres clases de técnicos paramédicos en el campo en expansión de la tecnología médica. *Paramédico* significa que tiene alguna relación con la medicina. Los técnicos de laboratorio examinan las muestras de orina, heces, sangre y secreciones de las heridas para ofrecer una información exacta que facilita el diagnóstico médico y la prescripción de un régimen terapéutico. El técnico radiólogo ayuda con una amplia variedad de procedimientos de rayos X, desde una simple radiografía de tórax a la más compleja fluoroscopia. El técnico en medicina nuclear usa sustancias radiactivas para aportar información diagnóstica y puede administrar materiales radiactivos como parte de un régimen terapéutico.

Farmacéutico

Un farmacéutico prepara y dispensa productos farmacéuticos en hospitales y centros comunitarios. El papel del farmacéutico en la monitorización y evaluación de las acciones y efectos de los medicamentos en los pacientes está cobrando cada vez más relevancia. Un farmacéutico clínico es un especialista que orienta a los médicos en la prescripción de medicaciones. Los farmacéuticos trabajan además directamente con los pacientes y otros miembros del equipo de cuidados de salud para garantizar una integración segura de los medicamentos en el plan de salud extenso del paciente.

ALERTA CLÍNICA

Puede producirse un solapamiento importante entre los proveedores que pudieran realizar ciertas actividades de cuidados de salud. Por ejemplo, un anestesiólogo (médico), un profesional de enfermería en cuidados neonatales o un terapeuta respiratorio pueden ser responsables de atender a un recién nacido con problemas respiratorios. Todos los proveedores se ocupan de instruir a los pacientes.

Fisioterapeuta

El fisioterapeuta atiende a pacientes con problemas musculoesqueléticos. Los fisioterapeutas tratan disfunciones motoras mediante calor, agua, ejercicio, masaje y corriente eléctrica. Las funciones del fisioterapeuta incluyen la valoración de la movilidad y fortaleza de los pacientes, la aportación de medidas terapéuticas (p. ej., ejercicios y aplicación de calor para mejorar la movilidad y la fuerza) y la enseñanza de nuevas técnicas (p. ej., andar con una pierna ortopédica). Algu-

nos fisioterapeutas ofrecen servicios en hospitales; los profesionales independientes abren consulta en comunidades y atienden a los pacientes bien en la consulta o a domicilio.

Médico

El médico es responsable del diagnóstico médico y de determinar el tratamiento requerido por una persona que tiene una enfermedad o lesión. La función del médico ha sido tradicionalmente el tratamiento de las enfermedades y los traumatismos (lesiones); sin embargo, muchos médicos están incluyendo ahora entre sus funciones la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Algunos médicos son profesionales de atención primaria (también llamados médicos generalistas o de familia); otros son especialistas (dermatólogos, neurólogos, oncólogos, ortopedas, pediatras, psiquiatras, radiólogos o cirujanos, entre otros). Los médicos de atención primaria actúan como primer punto de contacto para la mayoría de los pacientes, y pueden ser médicos alopáticos (con formación occidental) especializados en campos como la medicina interna, la ginecología y la geriatría; y médicos osteopáticos, una rama de la medicina centrada tradicionalmente en la atención primaria. Las diferencias entre médicos alopáticos y osteopáticos es cada vez menor (Shannon y Teitelbaum, 2009).

Médico asistente

Los médicos asistentes realizan ciertas tareas bajo la dirección de un médico. Tratan algunas enfermedades, dolencias y lesiones. En muchos estados, los profesionales de enfermería no tienen autorización legal para seguir las órdenes de un médico asistente, a menos que vayan firmadas también por un médico titular. En algunos centros, los médicos asistentes y los profesionales de enfermería tienen descripciones de puestos de trabajo similares.

Podólogo

Los médicos especialistas en podología diagnostican y tratan las dolencias de los pies y los tobillos. Están homologados para realizar intervenciones quirúrgicas y prescribir medicaciones.

Terapeuta respiratorio

Un terapeuta respiratorio es experto en medidas terapéuticas utilizadas en los cuidados de pacientes con problemas respiratorios. Estos terapeutas están al tanto de los dispositivos de oxigenoterapia, respiradores de presión positiva intermitente, ventiladores mecánicos artificiales y dispositivos accesorios usados en terapia de inhalación. Realizan muchas de las pruebas de función pulmonar.

Trabajador social

Un trabajador social asesora a los pacientes y sus personas de apoyo sobre diversos problemas, ya sean de índole económica, por dificultades conyugales y en la adopción de niños. No es infrecuente que los problemas de salud produzcan trastornos en la vida cotidiana, y a la inversa. Por ejemplo, una anciana que viva sola y sufra un accidente cerebrovascular que le impida andar no podrá seguir viviendo en su domicilio si está en una tercera planta. Buscar un lugar más apropiado donde vivir puede ser responsabilidad del trabajador social si el paciente carece de una red de apoyo a su disposición.

Personal de apoyo espiritual

Sacerdotes, pastores, rabinos, capellanes y otros consejeros espirituales actúan como parte del equipo de cuidados de salud prestando atención a las necesidades espirituales de los pacientes. En la mayoría de los centros, los clérigos locales ofrecen servicios voluntarios de forma regular o cuando se les llama. Los hospitales afiliados a religiones

específicas, así como numerosos centros médicos, cuentan con capellanes a tiempo completo entre su personal. El profesional de enfermería es a menudo una persona muy importante a la hora de descubrir el deseo del paciente de recibir un apoyo espiritual y de transmitirlo a la persona adecuada.

Personal auxiliar no licenciado

El personal auxiliar no licenciado (PANL) es personal de salud que asume aspectos delegados de la atención básica a pacientes. Estas tareas incluyen el baño, la ayuda en la alimentación y la recogida de muestras. Los títulos de PANL incluyen los de auxiliar de enfermería, personal de hospital, técnico en enfermería, técnico de atención del paciente y auxiliar. Algunas de estas categorías de proveedor pueden contar con unas tareas formativas y laborales normalizadas (p. ej., los auxiliares de enfermería), al contrario que otros. Los parámetros relativos a la delegación del profesional de enfermería en un PANL son definidos por las juntas estatales de enfermería.

Factores que influyen en la prestación de cuidados de salud

Los consumidores actuales de cuidados de salud tienen un mayor conocimiento sobre su salud que en años anteriores, y cada vez influyen más en la prestación de cuidados de salud. Antiguamente, la gente esperaba que fuera un médico quien tomara las decisiones sobre sus cuidados; hoy en día, sin embargo, los consumidores esperan poder participar en la toma de cualquier decisión. Los consumidores se han hecho también más conscientes de cómo afecta el estilo de vida a su salud. Como consecuencia, desean más información y servicios relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Otros diversos factores afectan al sistema de prestación de cuidados de salud.

Número creciente de ancianos

Para el año 2020 se estima que el número de adultos estadounidenses de más de 65 años superará los 54 millones (*U.S. Census Bureau*, 2005). En este grupo de edad abundan las enfermedades de larga duración, que frecuentemente exigen internamiento especial, servicios de tratamiento, apoyo económico y redes sociales. Según las predicciones, los ancianos más débiles, que son las personas de más de 85 años, componen la población en más rápido crecimiento en EE. UU. y serán más de 7 millones en 2020 y 9,6 millones en 2030 (*U.S. Census Bureau*, 2005). Dado que menos del 5% de las personas mayores están ingresadas por sus problemas de salud, se requieren servicios sustanciales de tratamiento domiciliario y apoyo de enfermería para ayudarles a vivir en sus hogares y en sus comunidades.

Las personas mayores también deben sentir que forman parte de una comunidad, incluso aunque afronten la parte final de su vida. La sensación de ser un ciudadano útil, querido y productivo es esencial para la salud de cualquier persona. Así, se están empezando a diseñar programas en comunidades de manera que los talentos y capacidades de este grupo de edad se utilicen y no se pierdan para la sociedad.

Avances en tecnología

Los conocimientos científicos y la tecnología relacionados con los cuidados de salud están creciendo rápidamente. Los procedimientos diagnósticos mejorados y un equipo sofisticado permiten un reconocimiento precoz de enfermedades que podrían haber pasado desapercibidas en otras circunstancias. Continuamente se fabrican nuevos fármacos para tratar infecciones y múltiples organismos farmacoresistentes. Los procedimientos quirúrgicos en el corazón, los pulmones y el hígado

do, que no existían hace 20 años, son comunes hoy. Los procedimientos con láser y microscópicos simplifican el tratamiento de enfermedades que en el pasado requerían cirugía.

Los ordenadores, los gráficos a pie de cama y la capacidad de almacenar y recuperar grandes volúmenes de información en bases de datos son comunes en las organizaciones de cuidados de salud. Además, como consecuencia del acceso a Internet y la World Wide Web desde numerosos lugares públicos y privados, los pacientes tienen hoy acceso a información médica similar a la de los proveedores de cuidados de salud (aunque no todas las páginas web aportan información precisa). Un ejemplo de una fuente fiable de información sobre cuidados de salud para pacientes es la página web de la Agencia de Investigación y Calidad en Servicios de Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés): *Guide to Health Care Quality* (2005).

Estos descubrimientos han hecho cambiar el perfil del paciente. Hoy es más probable que se trate a los pacientes en la comunidad, utilizando recursos, tecnología y tratamientos fuera del hospital. Por ejemplo, hace años una persona sometida a una intervención de cataratas tenía que permanecer en cama en el hospital durante 10 días; hoy, la mayoría de las operaciones de cataratas se realizan en centros de cirugía extrahospitalarios.

Los avances tecnológicos y los tratamientos y procedimientos especializados pueden acompañarse, por desgracia, de un alto precio. Algunos equipos de diagnóstico cuestan millones de dólares. Debido a este gasto, además del de formación del personal especializado que realizará las pruebas, cada procedimiento puede suponer para los consumidores centenas o miles de dólares.

Economía

El pago de los servicios de cuidados de salud es un problema cada vez mayor. El sistema de prestación de cuidados de salud se ve muy influido por el estado económico general del país. Según los Centros para Servicios Médicos y Medicare (CMS, 2008), los gastos en salud en 2008 fueron de 2,4 billones de dólares en EE. UU., y, según las proyecciones, llegarían a 3,6 billones de dólares en 2014, con un aumento medio del 6,2% al año. Esto supone actualmente más de 8.000 dólares por año por cada hombre, mujer y niño, una cifra que aumentará hasta 11.000 dólares en 2014. Aproximadamente el 31% corresponde a gastos de hospital para personas ingresadas, el 21% a clínicas y consultas médicas, el 10% a gastos de fármacos bajo prescripción y el resto a servicios de urgencias, atención domiciliar, odontología y servicios relacionados. Aproximadamente el 42% de estos costos se sufragará a través del seguro privado, el 33% por programas públicos y el 16% por el paciente (abonado directamente por él) (Kashihara y Carper, 2009).

Las razones principales para estos aumentos son las siguientes:

- Continuamente, los equipos e instalaciones existentes se hacen obsoletos a medida que se descubren métodos nuevos y mejores de cuidados de salud. Los proveedores de cuidados de salud y los pacientes siempre buscan lo mejor y lo más nuevo, y ello eleva el costo cada año.
- La inflación también aumenta los costos.
- La población total está creciendo, especialmente el segmento de los adultos de más edad que suelen tener necesidades de cuidados de salud superiores a las de las personas más jóvenes. Los gastos derivados de la atención a personas de más de 65 años duplican ampliamente los dedicados a menores de 65 años (Kashihara y Carper, 2009).
- Conforme se extiende la convicción de que la salud es un derecho, el número de personas que busca ayuda en materia de salud sigue aumentando. El estadounidense medio acude al médico tres veces

al año, pero los lactantes de menos de 12 meses y las personas de más de 75 años lo hacen, en promedio, siete veces al año (Cherry, Hing, Woodwell y Rechsteiner, 2008).

- El número relativo de personas que dispensan servicios de cuidados de salud ha aumentado.
- El número de personas no aseguradas está creciendo: aproximadamente el 27% de las personas de menos de 65 años no tienen seguro durante algún tiempo al año, y más del 15% carecen de seguro durante todo el año (Chu y Rhoades, 2009). Aunque estos porcentajes no han cambiado de forma espectacular en la pasada década, dado que la población ha aumentado, el número total de personas afectadas se encuentra en aumento. El costo de los fármacos bajo prescripción está elevándose. Los receptores de Medicare optan a cobertura de fármacos según prescripción para ayudar a cubrir algunos costos de medicación básicos y catastróficos.

Salud de las mujeres

El movimiento feminista ha sido fundamental para modificar las prácticas de cuidados de salud. Algunos ejemplos son la provisión de servicios al parto en centros más relajados, como centros materno-infantiles, y la provisión de servicios nocturnos para padres en hospitales infantiles. Hasta fechas recientes, las cuestiones de salud de las mujeres se centraban en los aspectos de la reproducción, sin prestar demasiada atención a ámbitos de salud que son exclusivos de ellas. Los investigadores están empezando a admitir la necesidad de una investigación que incluya a las mujeres de igual modo que a los hombres en problemas de salud como la osteoporosis, las cardiopatías y las respuestas a varias modalidades de tratamiento. La provisión actual de cuidados de salud muestra un incremento en el interés por los aspectos psicosociales de la salud de las mujeres, lo que incluye el impacto de la carrera profesional, la crianza postergada de los hijos, el papel de cuidadora de los miembros mayores de la familia y una vida más larga que los hombres.

Distribución desigual de los servicios

En EE. UU. hay problemas graves en la distribución de los servicios de salud. Dos facetas de este problema son: a) la distribución desigual, y b) el aumento de la especialización. En algunas áreas, sobre todo en poblaciones remotas y rurales, no hay suficientes profesionales de la salud y servicios para cubrir las necesidades de cuidados de salud de los individuos. Los pacientes rurales pueden tener que conducir grandes distancias para obtener los servicios que necesitan. La distribución desigual se pone de relieve por el relativamente elevado número de profesionales de enfermería *per capita* en los estados de Nueva Inglaterra y el menor número en el suroeste (figura 6-7 ■). Los médicos siguen también una distribución desigual: en 2007, Mississippi, Idaho, y Wyoming tenían el menor número de médicos por cada 100.000 personas, mientras que el Distrito de Columbia, Massachusetts, New York, y Maryland tenían el número más alto (*National Center for Health Statistics* [NCHS], 2009). Una respuesta al número insuficiente de médicos cualificados para prestar servicios hospitalarios ha sido la creación de especialidades hospitalarias e intensivistas. Los médicos de ambos tipos de especialidades se hacen cargo de los cuidados de un paciente hospitalizado, y no los médicos de atención primaria.

Un número creciente de personal de cuidados de salud presta servicios especializados. La especialización puede llevar a una fragmentación de los cuidados y, a menudo, a un mayor costo de los mismos. Para los pacientes, puede significar tener que recibir cuidados de 5 a 30 personas durante su experiencia hospitalaria. El flujo aparentemente interminable de personal y trabajo administrativo requerido es a menudo confuso e intimidador.

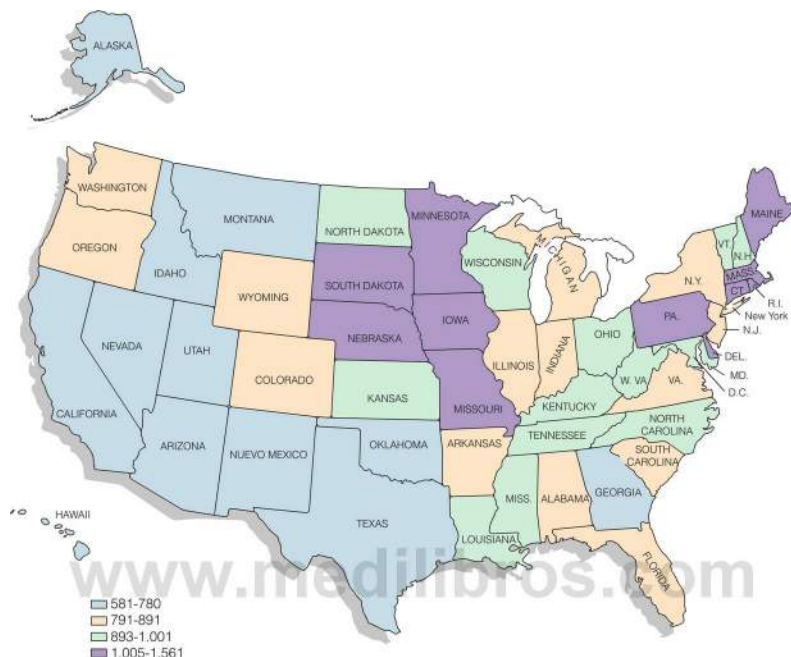


Figura 6-7 ■ Profesionales de enfermería homologados por cada 100.000 habitantes, 2008.

Tomado de The Kaiser Family Foundation statehealthfacts.org. Consultado en <http://www.statehealthfacts.org/comparemaptable.jsp?tid=439&cat=8>

Acceso a seguros de salud

Otro problema que aqueja a las personas es el acceso a los seguros de salud. Sin un seguro de salud, se reciben menos cuidados preventivos, se sufren retrasos u omisiones en la atención y en la administración de los medicamentos; los diagnósticos de las enfermedades son más tardíos y la mortalidad es superior. Además, debido a los reembolsos escasos o inexistentes de los servicios, los proveedores de atención primaria pueden mostrarse indecisos a la hora de prestar servicios que en realidad están indicados (*Institute of Medicine [IOM], 2009*).

Los datos de 2008 demuestran que uno de cada siete estadounidenses blancos, uno de cada cinco negros y uno de cada tres hispanos no había tenido seguro durante los últimos 12 meses, y las personas no estadounidenses tienen una probabilidad casi triple de no tener seguro que las nacidas en el país (DeNavas-Walt, Proctor y Smith, 2009). Además, la falta de seguro de salud está relacionada con los ingresos. Más de un tercio de las personas con ingresos familiares inferiores al doble del umbral de pobreza carecen de cobertura de seguro de salud (NCHS, 2009). Los bajos ingresos se han asociado con índices relativamente superiores de enfermedades infecciosas (p. ej., tuberculosis, sida), problemas por consumo de drogas, violaciones, violencia y enfermedades crónicas. Así, las personas que necesitan más cuidados de salud son a menudo las que menos pueden permitírselo.

Las fuentes gubernamentales de seguros de salud dan cobertura a personas en los dos extremos del espectro de edades. Medicare ofrece esta cobertura a personas con discapacidades o de más de 65 años, y Medicaid y los programas públicos de seguros infantiles cubren a los menores de 18 años. El número de niños con cobertura únicamente por seguros públicos aumentó en más del 12%, para sumar un total del 33,4%, entre 1996 y 2007 (Chu y Rhoades, 2009). Aun cuando se disponga de alguna ayuda gubernamental, la elegibilidad para acceder a programas y prestaciones de seguro gubernamentales varía mucho de unos estados a otros y es objeto de reevaluación continuamente.

Indigentes y personas sin hogar

Debido a las condiciones en que viven las personas sin hogar (en albergues, en las calles, en parques, en tiendas de campaña, bajo cubiertas y viviendas temporales, en terminales de transportes o en vehículos), sus problemas de salud a menudo se agravan y a veces se cronicizan. Los factores físicos, mentales, sociales y emocionales crean retos de cuidados de salud a indigentes y personas sin hogar (cuadro 6-1). Estas personas pueden carecer del transporte oportuno o conveniente para acceder a los centros de cuidados de salud, especialmente si se necesitan visitas repetidas. El acceso limitado a los servicios de cuidados de salud contribuye significativamente a la mala salud general de los indigentes y personas sin hogar en EE. UU.

CUADRO 6-1 Factores que contribuyen a los problemas de salud de los indigentes y las personas sin hogar

- Entorno físico deficiente con el resultado de una mayor susceptibilidad a infecciones
- Descanso inadecuado y falta de intimidad
- Nutrición inadecuada
- Acceso deficiente a instalaciones de higiene personal
- Exposición a los elementos
- Falta de apoyo social
- Escasos recursos personales
- Seguridad personal cuestionable (la agresión física es una amenaza constante para las personas sin hogar)
- Cuidados de salud inconstante
- Dificultad para seguir los planes de tratamiento

Health Insurance Portability and Accountability Act

Una de las principales alteraciones en el modo en que se ejerce los cuidados de salud en este país puede atribuirse a la *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996 (HIPAA). Estas nuevas regulaciones se instituyeron para proteger la intimidad de las personas salvaguardando individualmente los registros identificables de cuidados de salud, incluidos los almacenados en soportes electrónicos (cuadro 6-2). La protección de los registros médicos individuales se extiende no solo a los centros clínicos de cuidados de salud, sino también a todos los proveedores auxiliares de cuidados de salud como farmacias, laboratorios y otros organismos. Cada proveedor de cuidados de salud que maneja información de salud de pacientes debe, según las regulaciones de la HIPAA, ofrecer un acceso limitado seguro a esa información. Ello se consigue mediante la restricción del acceso a solo aquellas personas que verdaderamente necesitan conocer la información para ayudar al paciente, guardando los documentos bajo llave en los armarios y limitando el acceso informático a los archivos de datos de salud.

La regulación de la intimidad ha modificado el modo en que los proveedores de cuidados de salud comparten la información. Cada paciente recibe una nota explicando las prácticas relativas a la confidencialidad de sus datos para cada tipo de proveedor de cuidados de salud. Estas notas establecen claramente cómo y en qué condiciones se compartirán los registros individuales de cuidados de salud con otras personas o instituciones. La violación de las regulaciones de la HIPAA por los proveedores o instituciones de cuidados de salud puede derivar en la imposición de cuantiosas multas por quiebra de la confianza.

CUADRO 6-2 Pretensiones de la regulación de la HIPAA

- Proporciona a los individuos más control sobre su información sobre salud.
- Establece límites para el uso apropiado y la emisión de información sobre cuidados de salud.
- Requiere que los proveedores de cuidados de salud y sus agentes cumplan con las salvaguardas para proteger la intimidad individual relacionada con la información sobre cuidados de salud.
- Perfila un conjunto de penalizaciones civiles y penales que hacen a los transgresores de las regulaciones de la HIPAA responsables de sus acciones si estas violan la confidencialidad de los cuidados de salud del paciente.

ALERTA DE AUTOCUIDADO

Los profesionales de enfermería deben proteger su propia salud y su información privada al igual que la de sus pacientes. Deben cerciorarse de que su equipo personal de cuidados de salud les proporcione los documentos adecuados según la HIPAA y de que garantice su confidencialidad. Han de recordar, asimismo, que las regulaciones sobre confidencialidad aluden por igual a todos los pacientes, incluidos los amigos, los familiares y los compañeros de trabajo.

Cambios demográficos

Las características de la familia norteamericana han cambiado considerablemente en las últimas décadas. El número de familias monoparentales y estructuras familiares alternativas ha aumentado de manera acusada. La mayoría de las familias monoparentales están encabezadas por mujeres, muchas de las cuales trabajan y necesitan ayuda para cuidar de sus hijos o cuando un niño se queda enfermo en casa.

El reconocimiento de la diversidad cultural y étnica de EE. UU. está aumentando también. Los profesionales e instituciones de salud son conscientes de esta diversidad y están aplicando medios para afrontar los retos que plantea. Por ejemplo, un número creciente de organismos están dando trabajo a profesionales de enfermería que son bilingües y pueden comunicarse con pacientes cuya lengua principal no es el inglés.

Marcos de atención

Diversas configuraciones para el suministro de cuidados de enfermería apoyan la continuidad de la atención y la eficacia de los costos. Entre ellas se incluyen las acciones de atención dirigida, la gestión de casos, la atención centrada en el paciente, la práctica diferenciada, el método de casos, el método funcional, la enfermería en equipo y la enfermería primaria. Estos ámbitos han evolucionado, algunos a partir de los otros, por razones como la necesidad de incrementar los costos de los cuidados de salud y de mejorar la utilización de unos recursos físicos y humanos limitados. Cada entidad en particular puede usar más de una configuración (p. ej., enfermería en equipo en las unidades médico-quirúrgicas y enfermería primaria en la unidad de cirugía cardíaca).

Atención dirigida

El término **atención dirigida** describe un sistema de cuidados de salud cuyas metas son proporcionar unos cuidados de calidad rentables económicamente que se centran en una reducción de costos y una mejora de los resultados para grupos de pacientes. En atención dirigida, los proveedores e instituciones de cuidados de salud colaboran para hacer posible una atención más apropiada y fiscalmente responsable. La atención dirigida denota un acento en los controles de costos, la satisfacción del paciente, la promoción de la salud y los servicios preventivos. Las organizaciones de mantenimiento de la salud y las organizaciones de proveedores preferidas son ejemplos de sistemas de proveedores comprometidos con la atención dirigida.

La atención dirigida puede usarse con sistemas de prestación de cuidados de enfermería primaria, en equipo, funcional y alternativa. Aunque la atención dirigida se ha asimilado como un modelo para la reforma de los cuidados de salud, son muchos los que cuestionan la aplicación de este enfoque comercial a un artículo tan preciado como la salud.

Gestión de casos

La **gestión de casos** describe una serie de modelos para integrar servicios de cuidados de salud para individuos o grupos. Generalmente, la gestión de casos implica equipos multidisciplinares que asumen

CUADRO 6-3 Responsabilidades de los gestores de casos/planificadores de altas

- Valoración de los pacientes y sus domicilios y comunidades
- Coordinación y planificación de la atención a los pacientes
- Colaboración con otros profesionales de la salud
- Vigilancia del progreso de los pacientes
- Evaluación de los resultados de los pacientes

una responsabilidad colaborativa para la planificación, la valoración de las necesidades y la coordinación, aplicación y evaluación de los cuidados para los grupos de pacientes desde la preadmisión al alta o traslado y recuperación. Un gestor de casos, sin embargo, puede ser un profesional de enfermería, un trabajador social u otro profesional apropiado. En algunas áreas de EE. UU., el gestor de casos es conocido como planificador de altas. En el cuadro 6-3 se muestran las responsabilidades clave del gestor de casos/planificador de altas.

La gestión de casos puede usarse como una estrategia de contención de costos en atención dirigida. Los sistemas de gestión de casos y atención dirigida usan a menudo **vías críticas** para seguir el progreso del paciente. Una vía crítica es un plan o herramienta interdisciplinaria que especifica valoraciones, intervenciones, tratamientos y resultados interdisciplinarios para condiciones relacionadas con la salud a través de una línea de tiempo. Las vías críticas se denominan también rutas críticas, planes interdisciplinarios, planes de recuperación anticipada y planes de acción.

Atención centrada en el paciente

La **atención centrada en el paciente** es un modelo de prestación que lleva todos los servicios y a todos los proveedores de salud a los pacientes. La suposición es que si las actividades dispensadas normalmente por personal auxiliar (p. ej., fisioterapia, terapia respiratoria, pruebas de ECG y flebotomía) se acercan al paciente, se reducirá el personal implicado y el de pasos necesarios para realizar el trabajo. La formación interdisciplinaria (el desarrollo de trabajadores con múltiples cualificaciones que puedan realizar tareas o funciones en más de una disciplina) es un elemento esencial de la atención centrada en el paciente.

Práctica diferenciada

La **práctica diferenciada** es un sistema en el que el mejor uso posible del personal de enfermería se basa en su preparación educativa y los conjuntos de cualificaciones resultantes. Así, los modelos de práctica diferenciada consisten en descripciones específicas de puestos de trabajo para profesionales de enfermería según su educación o formación como, por ejemplo, LVN (auxiliar de enfermería), grado asociado en enfermería, BSN RN, MSN RN o APN. El modelo se adapta a medida dentro de cada institución de cuidados de salud por parte de los profesionales de enfermería empleados en ella. La institución debe identificar primero las competencias de enfermería requeridas por los pacientes dentro del entorno de práctica específico. Este modelo requiere además el perfilado de las funciones entre personal de enfermería licenciado y no licenciado. Ello permite a los profesionales de enfermería avanzar y asumir funciones y responsabilidades apropiadas para su nivel de experiencia, capacidad y formación. Como sucede con la atención dirigida y la gestión de casos, la práctica diferenciada de enfermería busca ofrecer cuidados de calidad a un costo asequible.

Método de casos

El método de casos, también llamado atención total, es uno de los primeros modelos de enfermería desarrollados. En este método centrado en el

paciente se designa a un profesional de enfermería como responsable para la atención extensa de un grupo de pacientes durante un turno de 8 o 12 horas. Para cada paciente, el profesional de enfermería valora las necesidades, hace planes de enfermería, formula diagnósticos de enfermería, aplica cuidados y evalúa la eficacia de la atención. En este método, un paciente mantiene un contacto continuado con un profesional de enfermería durante un turno, pero puede tener profesionales de enfermería diferentes en otros turnos. El método de casos, considerado el precursor de la enfermería primaria, sigue usándose en diversos centros de práctica como, por ejemplo, en enfermería de cuidados intensivos.

Método funcional

El método funcional de enfermería se centra en las tareas que han de completarse (p. ej., hacer la cama, tomar la temperatura). En este enfoque orientado a las tareas, el personal con menos preparación que el profesional de enfermería responde a requisitos de cuidados menos complejos. Se basa en un modelo de producción y eficiencia que confiere autoridad y responsabilidad a la persona que asigna el trabajo, por ejemplo, el jefe de enfermería. Se requieren descripciones de tareas, procedimientos, políticas y líneas de comunicación claramente definidos. El enfoque funcional para la enfermería es económico y eficiente y permite una dirección y un control centralizados. Sus desventajas son la fragmentación de los cuidados y la posibilidad que puedan omitirse aspectos no cuantificables de la atención, como atender las necesidades emocionales de los pacientes.

Enfermería en equipo

La **enfermería en equipo** es el suministro de cuidados de enfermería individualizados para los pacientes por parte de un equipo encabezado por un profesional de enfermería. Un equipo de enfermería consiste en profesionales de enfermería homologados, profesionales de enfermería auxiliares licenciados y personal auxiliar no licenciado. Este equipo es responsable de proporcionar cuidados de enfermería coordinados a un grupo de pacientes.

El profesional de enfermería conserva la responsabilidad y autoridad de la atención a los pacientes pero delega las tareas apropiadas a otros miembros del equipo. Los defensores de este modelo creen que el enfoque en equipo eleva la eficacia del profesional de enfermería. Sus detractores sostienen que el estado agudo de los pacientes ingresados deja pocas tareas para la delegación.

Enfermería primaria

La enfermería primaria es un sistema en el que un profesional de enfermería es responsable de supervisar los cuidados totales de una serie de pacientes 24 horas al día, 7 días por semana, incluso si no dispensa los cuidados personalmente. Es un método que proporciona cuidados extensos, individualizados y continuos.

La enfermería primaria usa el conocimiento técnico y la cualificación de gestión del profesional de enfermería. El profesional de enfermería primaria valora y concede prioridad a cada necesidad del paciente, identifica los diagnósticos de enfermería, desarrolla un plan de cuidados con el paciente y evalúa la eficacia de la atención. Sus colaboradores ofrecen algunos cuidados, pero el profesional de enfermería primario los coordina y comunica información sobre la salud del paciente a otros compañeros de enfermería y profesionales de la salud. La enfermería primaria comprende todos los aspectos de la función profesional, que incluye enseñanza, defensa del paciente, toma de decisiones y continuidad de los cuidados. El profesional de enfermería primario es un gestor de primera línea de la atención del paciente con todas sus responsabilidades y compromisos inherentes. Los profesionales de enfermería primaria deberían ser aquellos que trabajan de forma constante dentro de la unidad de enfermería. Así, uno de los retos

NOTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué modelo de enfermería utilizan las unidades de cuidados intensivos y agudos?

Los investigadores Minnick, Mion, Johnson y Catrambone (2007) entrevistaron a gestores de enfermería y revisaron los datos relativos al modelo de prestación de atención de enfermería usando en el turno de día de 56 unidades de cuidados intensivos y 80 de cuidados agudos en 40 hospitales de EE. UU. elegidos al azar. Los datos se compararon con las características tradicionales de modelos de atención funcional, primaria, en equipo, de gestión de casos, centrada en los pacientes y total para los pacientes. Ninguno de los sistemas usados en las unidades cumplía de forma adecuada con las características como para decir que se estaba utilizando un único modelo. Los elementos que más diferían eran: 1) asignación constante de profesionales de enfermería homologados al mismo paciente; 2) recurso a AE y PANL; 3) asignación de AE y PANL a pacientes y no a tareas; y 4) empleo de gestión de casos.

IMPLICACIONES

Aunque se ha descrito una amplia variedad de modelos asistenciales durante el paso de los años, este estudio sugiere que en muchos centros se utilizan variantes y modificaciones de los modelos. Los autores sugieren que la falta de un modelo identificable impide la asignación de responsabilidad sobre los resultados de los pacientes y crea dificultades para que el profesional de enfermería comprenda las técnicas y responsabilidades que intervienen en el trabajo. Recomiendan que la enfermería siga ideando diversos modelos de prestación asistencial, pero que las unidades se comprometan a usar únicamente un modelo definido de manera que pueda realizarse una investigación sobre la eficacia, los resultados de los pacientes y las condiciones de trabajo.

de la enfermería primaria es el número variable de profesionales de enfermería a tiempo parcial que podrían no ser apropiados para el papel que se necesita del profesional de enfermería primaria.

Financiación de los cuidados de salud

Aunque se han hecho esfuerzos para controlar los costos de los cuidados de salud, estos costos siguen aumentando. Los empleadores, legisladores, aseguradoras y proveedores de cuidados de salud continúan colaborando en la realización de esfuerzos para resolver las cuestiones sobre cómo financiar mejor los costos de salud. Entre estos esfuerzos, EE. UU. ha puesto en marcha algunas estrategias de contención de costos que incluyen actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, sistemas de atención dirigida y sistemas de suministro de seguros alternativos. El *Center for Outcomes and Evidence* (COE) estadounidense realiza y apoya estudios sobre los resultados y la eficacia de servicios y procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos de cuidados de salud, que incluyen el costo.

Fuentes de financiación en EE. UU.

En la mayoría de las situaciones, un organismo de cuidados de salud recibe financiación de varias fuentes disponibles. Por ejemplo, un paciente anciano puede tener cobertura de Medicare y complementar esta cobertura con un seguro privado más la necesidad de sufragar par-

te de los costos de su propio bolsillo (figura 6-8 ■). Casi todos los planes de seguros incluyen un sistema de copago por visita o por prescripción.

Medicare y Medicaid

En EE. UU., las emiendas de **Medicare** de 1965 (título 18) a la ley de Seguridad Social ofrecieron un programa de salud nacional estatal para personas de la tercera edad. A mediados de la década de 1970, prácticamente todas las personas de más de 65 años estaban protegidas por la Parte A de seguro hospitalario, que incluye también cuidados posteriores a la hospitalización y presta ciones de atención domiciliaria. En 1972 su cobertura se amplió para incluir a trabajadores con discapacidades permanentes y sus personas dependientes, que pueden optar a un seguro para discapacitados dentro de la Seguridad Social. En 1988, el Congreso amplió Medicare para incluir cuidados hospitalarios extremadamente caros, «cuidados catastróficos» y fármacos costosos.

El plan de Medicare se divide en varias partes: la Parte A está disponible para personas con discapacidades y de 65 años o más. Proporciona seguro para hospitalización, atención domiciliaria y cuidados paliativos. La Parte B es voluntaria y proporciona cobertura parcial de atención y servicios médicos ambulatorios para personas que pueden optar a la Parte A. La Parte D es el plan voluntario de fármacos de prescripción iniciado en enero de 2006. La mayoría de los pacientes abonan una prima mensual para obtener cobertura de las partes B y D.

Todos los pacientes de Medicare abonan una parte deducible y un coaseguramiento. El **coaseguramiento** es la cuota porcentual (habitualmente, el 20%) de un cargo aprobado por el gobierno que es sufragada por el paciente, y el porcentaje restante es asumido por el plan.

Medicare no cubre atención dental, dentaduras, gafas, audífonos o exámenes para prescribirlos y prepararlos. Tampoco se incluye la mayor parte de los cuidados preventivos, como exploraciones físicas rutinarias y pruebas de diagnóstico asociadas. Sin embargo, como parte de la ley de Equilibrio Presupuestario de 1997, actualmente en Medicare se cubren totalmente las mamografías preventivas anuales para mujeres de más de 40 años.

Medicaid se creó en 1965 según el título 19 de la ley de Seguridad Social. Medicaid es un programa federal de ayuda pública para personas que necesitan ayuda económica, como las de bajos ingresos, que se financia con los impuestos generales. Medicaid es sufragado por los gobiernos federal y estatal. Cada programa estatal es diferente. Algunos estados proporcionan una cobertura muy limitada, mientras otros pagan la atención dental, las gafas y los fármacos de prescripción.

En 1972 el Congreso encargó al *Department of Health, Education and Welfare* la creación de organizaciones profesionales de revisión de

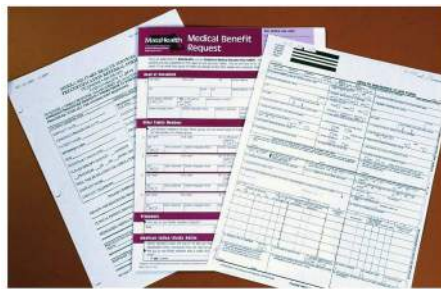


Figura 6-8 ■ Medicare ayuda a sufragar los costos de los cuidados de salud.

normas para vigilar la adecuación del uso de los hospitales según los programas Medicare y Medicaid. En 1974 la ley nacional de Planificación y Recursos de Salud creó organismos de sistemas de salud en el conjunto de EE. UU. para una planificación de salud extensa. En 1978 la ley de Clínicas de Salud Rurales ofreció el desarrollo de cuidados de salud en zonas rurales no atendidas médicamente. Esta ley abrió la puerta a los profesionales de enfermería que realizan atención primaria.

Ingresos complementarios de seguridad

Las personas con discapacidades o invidentes pueden optar a pagos especiales denominados prestaciones de **beneficios de ingresos complementarios de seguridad (ICS)**. A estas prestaciones pueden acceder también las personas que no pueden optar a Seguridad Social, y los pagos no se limitan a los costos de cuidados de salud. A menudo, los pacientes utilizan este dinero para comprar medicamentos o cubrir costos de cuidados de salud extendida.

Programa de seguros sanitarios para niños (CHIP)

El programa CHIP (*Children's Health Insurance Program*) fue establecido por el gobierno de EE. UU. en 1997 para proporcionar cobertura de seguros a niños indigentes y de las clases trabajadoras. El programa amplía la cobertura para niños amparados por Medicaid y subvenciona alternativas de seguros estatales de bajo costo. La cobertura incluye visitas a proveedores de cuidados de salud primarios, medicamentos de prescripción y hospitalización. A principios de 2009, el presidente Obama firmó la reautorización del programa de seguros de salud para niños (CHIPRA, en sus siglas en inglés), que renueva y amplía la cobertura del CHIP de 7 a 11 millones de niños. Los requisitos para la elegibilidad en cada estado varían, aunque en general pueden optar a ella las personas con ingresos familiares menores que el doble del umbral de pobreza.

Programa para mujeres, lactantes y niños

El Programa Especial de Suplementos Nutricionales para Mujeres, Lactantes y Niños, conocido popularmente como WIC, ofrece alimentos nutritivos como suplemento de las dietas, información sobre una alimentación sana y remisiones a cuidados de salud para madres y niños de hasta 5 años. El programa WIC ofrece fondos federales a los estados para mujeres gestantes con bajos ingresos, para promover la lactancia materna y para mujeres en el posparto sin lactancia materna, y también para lactantes y niños que se encuentran en riesgo nutricional. Es administrado por el *Food and Nutrition Service* del Ministerio de Agricultura de EE. UU.

Sistema de pagos prospectivos

Para recortar los costos de cuidados de salud en EE. UU., el Congreso aprobó en 1983 una legislación que puso en marcha el sistema de pago prospectivo. Esta legislación limita la cantidad abonada a los hospitales que reciben reembolso de Medicare. Los reembolsos se efectúan de acuerdo con un sistema de clasificación conocido como **grupos relacionados por el diagnóstico (GRD)**. El sistema tiene categorías que establecen clases de facturas de diagnóstico pretratamiento.

Según este sistema, el hospital recibe el pago de una cantidad predeterminada para pacientes con un diagnóstico específico. Por ejemplo, un hospital que admite a un paciente con un diagnóstico de asma no complicada recibe en reembolso una cantidad específica, como 1.300 dólares, independientemente del costo de los servicios, la duración de la estancia o la forma aguda o la complejidad de la enfermedad del paciente. El pago o facturación prospectivos se formulan antes incluso de que el paciente sea ingresado en el hospital; así, el registro de admisión, en vez del registro del tratamiento, es el que rige en el pago. Los índices de GRD se establecen por adelantado en el año pros-

pectivo durante el cual se aplican y se consideran fijos, excepto para situaciones importantes e incontrolables.

En los esfuerzos por reducir el costo e incentivar la atención de las enfermedades prevenibles, para altas producidas después del 1 de octubre de 2008 los hospitales ya no perciben pagos adicionales por casos en los que una de las varias enfermedades identificadas como prevenibles no estuviera presente en el ingreso. Es decir, el caso se abonaría de igual modo que si no existiera el diagnóstico secundario. Un ejemplo de una enfermedad adquirida en el hospital (EAH) es una úlcera por presión. Además, se han identificado varios «errores médicos» causantes de EAH que podrían dar lugar a la imposición de multas al proveedor de cuidados de salud, además de la retirada del reembolso. Algunos ejemplos de errores médicos son los objetos que se dejan accidentalmente en el interior del cuerpo durante una intervención quirúrgica o una transfusión con tipo de sangre incorrecto.

Planes de seguros

Se ha puesto en vigor una diversidad de planes para financiar los cuidados de salud en EE. UU. Entre ellos se incluyen los seguros privados y los seguros para grupos. Cada plan individual y en grupo ofrece diferentes opciones para consumidores que están pensando en una opción de programa de prepago de cuidados de salud. El IOM publicó seis informes de investigación de 2001 a 2004 para identificar el ámbito del problema de las personas con escasa cobertura de seguros en EE. UU. En su estudio más reciente, el IOM informa de hallazgos en tres áreas clave: 1) las tendencias en la cobertura del seguro de salud y las fuerzas que las impulsan; 2) las consecuencias para la salud de la ausencia de seguro de salud para los niños y los adultos, y 3) las implicaciones de las altas tasas en el nivel comunitario de la carencia de seguro para las personas con seguros de salud contratados en dichas comunidades (IOM, 2009).

Seguro privado

En EE. UU. muchos agentes comerciales de seguros de salud ofrecen una amplia variedad de planes de cobertura. Existen dos tipos de seguros privados: sin ánimo de lucro (p. ej., Blue Shield) y lucrativos (p. ej., Metropolitan Life, Travelers y Aetna). El seguro de salud privado paga o bien toda la factura o, lo que es más frecuente, el 80% de los costos de los servicios de cuidados de salud. Con los planes privados de seguro de salud, la aseguradora reembolsa al proveedor de cuidados de salud una cantidad por cada servicio dispensado (tarifa por servicio). El término *reembolso de terceros* se refiere a la compañía aseguradora que paga la factura del paciente (primera parte) al proveedor (segunda parte).

Estos planes de seguros pueden contratarse bien como un plan individual o como parte de un plan de grupo a través de un empleador, un sindicato, una asociación de estudiantes o cualquier organización similar. Para los seguros privados no cubiertos por un empleador, el individuo paga habitualmente una prima mensual por el seguro de cuidados de salud. Los planes de grupo ofrecen primas inferiores que pueden sufragarse completamente por parte del empleador, completamente por los miembros del grupo o con una combinación de ambas opciones.

Planes de grupo

Los planes de grupo de cuidados de salud ofrecen un servicio médico a cambio de un pago mensual predeterminado. Se ha puesto en práctica una modalidad de estos planes de grupo para la financiación de los cuidados de salud en EE. UU. Esta modalidad incluye a organizaciones de mantenimiento de la salud, organizaciones de proveedores preferidos, convenios de proveedores preferidos, asociaciones de práctica independiente y organizaciones médico-hospitalarias. Cada plan de grupo ofrece diferentes opciones a los consumidores que estén planeando acceder a un programa de prepago de cuidados de salud.

ORGANIZACIONES DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD Una **organización de mantenimiento de la salud** es una institución de cuidados de salud a grupos que proporciona servicios de mantenimiento de la salud y tratamiento a personas inscritas voluntariamente. Se establece una tarifa con independencia de la cantidad o la clase de los servicios dispensados.

El plan de estas organizaciones se centra en el bienestar del paciente; cuanto mejor sea la salud de la persona, menos servicios se necesitarán y mayor será el beneficio de la institución. Los miembros de las organizaciones de mantenimiento de la salud eligen un proveedor de atención primaria (PAP): un médico de medicina interna, generalista o un profesional de enfermería que evalúa su estado de salud y coordina su atención. Si el proveedor de atención primaria no puede tratar un determinado problema debido a su especial naturaleza, podrá decidir si conviene remitir al paciente a un especialista. Por ejemplo, piénsese en un paciente con un problema de piel que acude a un PAP. Después de evaluar al paciente, el PAP tiene dos opciones: tratar la dolencia o remitir al paciente a un dermatólogo. Para reducir los costos, las organizaciones de mantenimiento pagarán por los servicios especializados solo si el PAP ha remitido al paciente al especialista. La organización y los PAP acuerdan que el reembolso según el plan de salud se basa en que los PAP traten a los pacientes y reduzcan los costos en la mayor medida posible.

Así, según los planes de estas organizaciones, los pacientes tienen una limitación en su capacidad para elegir sus proveedores y servicios de cuidados de salud, pero los servicios disponibles se ofrecen al paciente con un costo reducido y predeterminado. Dado que la promoción de la salud y la prevención de enfermedades son objeto de un elevado interés en las organizaciones de mantenimiento de la salud, los profesionales de enfermería de estas instituciones se centran en tales aspectos de la atención. Las empresas que suministran planes de organizaciones de mantenimiento de la salud (como Kaiser Permanente, United Healthcare y Aetna) se han establecido en todo EE. UU., aunque no en todas sus comunidades.

ORGANIZACIONES DE PROVEEDORES PREFERIDOS La **organización de proveedores preferidos (OPP)** consiste en un grupo de proveedores y tal vez una institución de cuidados de salud (a menudo, hospitales) que ofrece una compañía de seguros o un empleador con servicios de salud a una tarifa reducida. Una ventaja del esquema OPP es que los pacientes pueden elegir los proveedores de cuidados de salud y los servicios. Los proveedores pueden pertenecer a una o varias OPP, y el paciente puede optar entre los proveedores de la OPP. Un inconveniente es que suele resultar un poco más caro que los planes de las

organizaciones de mantenimiento de la salud y, si las personas desean inscribirse en una OPP, deben pagar más por las opciones adicionales.

CONVENIOS DE PROVEEDORES PREFERIDOS Los **convenios de proveedores preferidos (CPP)** son similares a las OPP. La principal diferencia es que las CPP pueden suscribir contratos con proveedores individuales de cuidados de salud, mientras que las OPP implican una organización de proveedores de cuidados de salud. Un plan de CPP puede ser limitado o ilimitado. Un CPP limitado permite al paciente usar solo proveedores de cuidados de salud preferidos; un CPP ilimitado permite al paciente recurrir a cualquier proveedor de cuidados de salud en el área que acepta el acuerdo contractual del plan. Nuevamente, con los CPP, el mayor número de opciones de proveedores de cuidados de salud puede significar un costo superior para quien lo suscribe.

ASOCIACIONES DE PRÁCTICA INDEPENDIENTE Las **asociaciones de práctica independiente (API)** se asemejan en cierto modo a las organizaciones de mantenimiento de la salud y las OPP. La API proporciona cuidados en consultas, al igual que los proveedores de una OPP. La diferencia es que los pacientes abonaban un pago fijo prospectivo a la API, y la API paga al proveedor. En algunos casos, el proveedor de cuidados de salud factura a la API por los servicios; en otros, el proveedor recibe una tarifa fija por los servicios prestados al final del año fiscal, y cualquier excedente financiero se divide entre los proveedores; las pérdidas son asumidas por la API.

ORGANIZACIONES MÉDICO-HOSPITALARIAS Las organizaciones médico-hospitalarias (OMH) son asociaciones temporales entre un grupo de médicos privados y un hospital. Estas asociaciones combinan ambos tipos de recursos y personal para dispensar las alternativas de cuidados y servicios médicos. Las OMH trabajan con diversas aseguradoras para prestar los servicios. Una OMH típica incluirá proveedores de atención primaria y especialistas.

Una OMH puede formar parte de un **sistema de prestación integrada (SPI)**. Dicho sistema incluye servicios de cuidados intensivos, cuidados de salud domiciliarios, instalaciones de atención extendidas y cualificadas y servicios ambulatorios. La mayoría de los sistemas de prestación integrada ofrecen cuidados durante todas las fases de la vida. Las aseguradoras pueden firmar contratos con las OMH para ofrecer todos los servicios requeridos, en vez de que la aseguradora tenga que suscribir contratos con múltiples agencias por estos servicios. Idealmente, una SPI potencia la continuidad de los cuidados y la comunicación entre los profesionales y las instituciones que dispensan los cuidados.

Consideraciones según la edad

Valoración de los niveles funcionales de los ancianos

La valoración de los niveles funcionales de los ancianos sobre una base permanente proporciona directrices para determinar las necesidades de cuidados especiales, recursos y servicios. Esta valoración ayuda a determinar su nivel de independencia y los cambios cuando suceden. Las dos valoraciones más comunes consisten en evaluar las siguientes actividades de la vida cotidiana y actividades instrumentales de la misma:

ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

- Bañarse
- Vestirse
- Asearse
- Trasládarse
- Continencia
- Alimentación

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA COTIDIANA

- Capacidad de usar el teléfono
- Compras
- Preparación de la comida
- Limpieza
- Lavandería
- Modo de transporte
- Responsabilidad de su propia medicación
- Capacidad de manejar las cuestiones financieras

El estudio de caso de este capítulo, en «Puntos de pensamiento crítico», es un ejemplo de cómo pueden cambiar estas valoraciones y necesidades para los ancianos. Es importante movilizar los recursos apropiados para ayudar a mantener la capacidad funcional de los ancianos al dispensar cuidados de enfermería.

Puntos de pensamiento crítico

El Sr. Mendel es un hombre casado de 83 años. Tiene antecedentes de artrosis grave que le ha llevado a necesitar dos prótesis de cadera bilaterales y una prótesis de rodilla. Tiene hipertensión leve controlada con medicación oral. Su última cirugía ortopédica fue realizada para sustituir un componente de la cadera que falló por luxaciones repetidas. En aquel momento desarrolló una infección grave de las vías urinarias que le produjo pérdida de peso, fatiga y debilidad. Después de estabilización fue enviado a una unidad especializada de enfermería del hospital durante 2 semanas hasta que estuvo preparado para regresar a casa. Los terapeutas ocupacionales mantuvieron una consulta con él y su mujer durante la hospitalización.

Vive en una casa de tres pisos con los dormitorios en la planta superior, la cocina y la sala de estar en la planta intermedia y la estancia familiar en la planta baja. No ha conducido desde la última operación, pero le gustaría hacerlo. Ha sido fumador durante años y se sienta en el porche delantero de la casa a fumar. Los fisioterapeutas han ido a su casa tres veces por semana durante varios meses. Un profesional de

enfermería de atención domiciliar también le ha visitado periódicamente para ayudarle en sus dificultades con la alimentación y la evacuación.

1. ¿De qué modo ha usado el Sr. Mendel los servicios de cuidados de salud de: a) promoción de la salud y prevención de enfermedades (prevención primaria); b) diagnóstico y tratamiento (prevención secundaria); y c) rehabilitación y recuperación de la salud (prevención terciaria)?
2. Nombre tres tipos de instituciones de cuidados de salud que haya usado. ¿Cuáles son los puntos fuertes de cada una?
3. La compañía de seguros del Sr. Mendel le ha asignado un gestor de casos. ¿Cuáles serían las responsabilidades de esta persona en el caso en particular?
4. ¿Qué otros miembros de la profesión de cuidados de salud formarían parte probablemente del equipo del gestor de casos y por qué?

Véanse las respuestas a «Posibilidades de pensamiento crítico» en la página web de recursos del estudiante.

Capítulo 6 Revisión

PUNTOS CLAVE

- La prestación de servicios de cuidados de salud puede clasificarse según el tipo de servicio en: a) prevención primaria: promoción de la salud y prevención de enfermedades; b) prevención secundaria: diagnóstico y tratamiento; y c) prevención terciaria: rehabilitación, recuperación de la salud y cuidados paliativos.
- Los hospitales ofrecen una amplia variedad de servicios mediante hospitalización o de forma ambulatoria. Los hospitales pueden dividirse en entidades lucrativas o sin ánimo de lucro, públicas o privadas, de cuidados intensivos o de atención a largo plazo. Otros muchos centros, como clínicas, consultas y centros de día, también proporcionan cuidados.
- Varios proveedores de cuidados de salud coordinan sus conocimientos para ayudar a un paciente. Su objetivo mutuo es restaurar la salud del paciente y promover el bienestar.
- El papel del profesional de enfermería en la prestación de cuidados a los pacientes varía dependiendo del centro de empleo, las credenciales del profesional de enfermería y las necesidades del paciente.
- Los numerosos factores que afectan a la prestación de cuidados de salud incluyen el número creciente de ancianos, los avances en

conocimiento y tecnología, la economía, el incremento del interés en la salud de las mujeres, la distribución desigual de los servicios de salud, el acceso a los seguros de salud, los cuidados de salud de los indigentes y las personas sin hogar, la HIPAA y los cambios demográficos.

- El suministro de cuidados de enfermería que apoya la continuidad de los cuidados centrados en los pacientes y la rentabilidad económica puede aplicarse a través de cualquiera de los siguientes métodos: atención dirigida, gestión de casos, atención centrada en el paciente, práctica diferenciada, método de casos, método funcional, enfermería en equipo o enfermería de atención primaria.
- En EE. UU. los cuidados de salud se financian principalmente a través de instituciones gubernamentales y organizaciones privadas que ofrecen seguros de cuidados de salud, planes de prepago y programas de financiación federal. Los planes financiados por el gobierno incluyen Medicare y Medicaid. Los planes privados incluyen Blue Cross y Blue Shield. Los planes de prepago a grupos incluyen organizaciones de mantenimiento de la salud, OPP, CPP, API y OMH.

COMPRUEBE SUS CONOCIMIENTOS

1. ¿Cuál de los siguientes puntos es un ejemplo de una actividad de prevención primaria?
 1. Tratamiento de antibióticos para una infección sospechada de las vías urinarias.
 2. Terapia ocupacional para ayudar a un paciente a adaptarse a su entorno doméstico después de un accidente cerebrovascular.
 3. Asesoramiento de nutrición para adultos jóvenes con antecedentes familiares importantes de hipercolesterolemia.
 4. Extirpación de amígdalas para un paciente con amigdalitis de repetición.
2. ¿Cuál de las siguientes frases es cierta en lo relativo a los tipos de instituciones de cuidados de salud?
 1. Los hospitales dispensan solo servicios intensivos y a pacientes ingresados.
 2. Las instituciones públicas de salud son financiadas a través de los gobiernos para investigar y dispensar programas de salud.
 3. La cirugía solo se puede realizar dentro de un centro hospitalario.
 4. La enfermería cualificada, los cuidados extendidos y los centros de atención a largo plazo ofrecen cuidados a los ancianos cuyo seguro no cubre ya estancias hospitalarias.

- En la mayoría de los casos, los pacientes deben tener un proveedor de atención primaria con el fin de recibir las prestaciones de los seguros de salud. Si un paciente tiene necesidad de un proveedor de atención primaria, ¿cuál de los siguientes es más apropiado para que lo recomiende el profesional de enfermería?
 - Médico de familia.
 - Fisioterapeuta.
 - Gerador de casos/plificador de altas.
 - Farmacéutico.
- El método más importante para la reducción del creciente aumento del costo de los cuidados de salud en EE. UU. incluye el control de uno de los siguientes aspectos. ¿Cuál es?
 - Número de hijos según ingresos familiares.
 - Número de personas sin seguro o sin cobertura suficiente.

- Número de médicos y profesionales de enfermería en el ámbito nacional.
- Competencia entre fabricantes de medicamentos y equipos médicos.
- Un paciente está buscando controlar los costos de los cuidados de salud para cuidados preventivos y de tratamiento de enfermedades. Aunque ningún sistema garantiza unos gastos exactos, la mayoría de las contribuciones de prepago predecibles del paciente tienen que ver con:
 - Medicare.
 - Seguro individual de tarifa por servicio.
 - Una organización de proveedores preferidos (OPP).
 - Una organización de mantenimiento de la salud.

Véanse las respuestas a «Compruebe sus conocimientos» en el apéndice A.

Recursos Pearson para estudiantes de enfermería



Puede encontrar materiales de estudio adicionales en

nursing.pearsonhighered.com

Prepárese para triunfar con preguntas prácticas adicionales de estilo NCLEX®, tareas y actividades interactivas, enlaces web, animaciones, videos y mucho más.

LECTURAS Y BIBLIOGRAFÍA

LECTURAS RECOMENDADAS

- Bindman, A., Chaiton, S., & Auerbach, G. (2008). Interruptions in Medicaid coverage and risk for hospitalization for ambulatory care—Sensitive conditions. *Annals of Internal Medicine*, 149, 854–860. Los receptores de cobertura de seguro público deben someterse a una nueva determinación de elegibilidad en intervalos especificados, a menudo una vez al año, pero en ocasiones una vez cada trimestre. Esta práctica pone al paciente en riesgo de sufrir una interrupción en su seguro. Este estudio demostró que las personas son hospitalizadas en ocasiones por dolencias que podrían haber recibido tratamiento de forma ambulatoria si en ese momento hubieran contado con seguro médico. Los ejemplos más habituales de estas enfermedades son insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Kennedy, J., & Morgan, S. (2009). Cost-related prescription nonadherence in the United States and Canada: A system-level comparison using the 2007 International Health Policy Survey in seven countries. *Clinical Therapeutics*, 31, 213–219. doi:10.1016/j.clinthera.2009.01.006 Este artículo de investigación describe las diferencias entre los canadienses y los estadounidenses en relación con el incumplimiento de la medicación debido a su costo. Se estudiaron siete grupos de ciudadanos según el país de origen y la fuente o tipo de ausencia de seguro de salud. Se encontraron grandes diferencias entre los grupos, entre ellos en los índices de los diferentes sistemas de cobertura obligatoria. Sin embargo, la diferencia entre los dos extremos superó el 40%; la más alta se encontró en estadounidenses sin seguro médico.
- INVESTIGACIÓN RELACIONADA**
- Leininger, L. (2009). Partial-year insurance coverage and the health care utilization of children. *Medical Care Research & Review*, 66(1), 48–67. doi:10.1177/1077558708324341
- McNair, P., Borovnick, D., Jackson, T., & Gillett, S. (2009). Prospective payment to encourage system-wide quality

improvement. *Medical Care*, 47, 272–278. doi:10.1097/MLR.0b013e3181906025

Simmrs, L., Anderson, E., & Braun, B. (2008). Health needs and health care utilization among rural, low-income women. *Women & Health*, 47(4), 53–69. doi:10.1080/03630240802100317

BIBLIOGRAFÍA

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2005). *Guide to health care quality*. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/consumer/guidetoq>
- Centers for Medicaid and Medicare Services (CMS). (2008). *National health expenditure projections 2008–2018*. Retrieved from <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/proj2008.pdf>
- Cherry, D. K., Hing, E., Woodwell, D. A., & Rechtsteiner, E. A. (2008). *National Ambulatory Medical Care Survey: 2006 summary* (National health statistics report; no. 3). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhrsl/nhrsl03.pdf>
- Chu, M. C., & Rhoades, J. A. (2009). *The uninsured in America, 1996–2008: Estimates for the U.S. civilian noninstitutionalized population under age 65* (Medical Expenditure Panel Survey Statistical Brief #259). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/s259/stat259.pdf
- DeNavas-Walt, C., Proctor, B. D., & Smith, J. C. (2009). *Income, poverty, and health insurance coverage in the United States: 2008*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Retrieved from <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p66-236.pdf>
- Institute of Medicine. (2009). *America's uninsured crisis: Consequences for health and health care*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Kaiser Family Foundation State Health Facts.org. (n.d.). *Registered nurses per 100,000 population, 2008*. Retrieved from <http://www.statehealthfacts.org/comparaptable.jsp?ind=439&cat=8>
- Kashihara, D., & Carper, K. (2009). *National health care expenses in the U.S. civilian noninstitutionalized population, 2007* (Medical Expenditure Panel Survey

- Statistical Brief #272). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/s272/stat272.pdf
- Minnick, A., Mion, L., Johnson, M., & Catrambone, C. (2007). How unit level nursing responsibilities are structured in U.S. hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 37, 452–458. doi:10.1080/01181000208261478761236
- National Center for Health Statistics. (2009). *Health: United States, 2009*. Hyattsville, MD: Author. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nchs/data/healthus09.pdf>
- Shannon, S. C., & Teitelbaum, H. S. (2009). The status and future of osteopathic medical education in the United States. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 84, 707–711. doi:10.1097/ACM.0b013e3181a33be9
- U.S. Census Bureau. (2005). *Interim projections of the population by selected age groups for the United States: April 1, 2000 to July 1, 2030*. Retrieved from <http://www.census.gov/population/projections/SummaryTabB1.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *Healthy people 2020 framework*. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/H2020/Objectives/framework.aspx>

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

- American Association of Colleges of Nursing. (1995). *A module for differentiated nursing practice*. Washington, DC: Author.
- Chen, C., & Mullen, F. (2009). The separate osteopathic medical education pathway: Uniquely addressing national needs. *Academic Medicine*, 84, 695. doi:10.1097/ACM.0b013e3181a3d3d8
- Fornlyth, K., O'Leary, J., Melnick, G., & Keeler, E. (2008). *Medicare HMO impact on utilization at the end of the life*. *American Journal of Managed Care*, 14, 505–512.
- Harrington, C., & Estes, C. L. (Eds.). (2007). *Health policy and nursing: Crisis and reform in the U.S. health care delivery system* (5th ed.). Boston, MA: Jones & Bartlett.
- Kovner, A. R., & Knickman, J. R. (2008). *Jones & Kovner's health care delivery in the United States* (9th ed.). New York, NY: Springer.

Enfermería comunitaria y continuidad de la atención

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Al finalizar el capítulo, usted será capaz de:

1. Hablar de los factores que influyen en la reforma de los cuidados de salud.
2. Describir diversos marcos de cuidados de salud basados en la comunidad, incluidos los sistemas de cuidados de salud integrados, iniciativas y condiciones comunitarias y gestión de casos.
3. Diferenciar los centros de cuidados de salud comunitarios de los centros tradicionales.
4. Diferenciar la enfermería basada en la comunidad de la enfermería tradicional de base institucional.
5. Hablar de las competencias que necesitan los profesionales de enfermería basada en la comunidad para la práctica, incluidas las recomendaciones de la comisión Pew sobre profesiones de salud en torno a las competencias sobre salud para futuros profesionales de la salud.
6. Explicar aspectos esenciales de los cuidados de salud en colaboración: definiciones, objetivos, prestaciones y función del profesional de enfermería.
7. Describir la función del profesional de enfermería en la prestación de continuidad de la atención.

TERMINOS CLAVE

Atención primaria (AP), 118

Cuidados de salud basados en la comunidad (CSBC), 119

Cuidados de salud primarios (CSP), 118

Centros de enfermería comunitaria, 123

Colaboración, 125

Comunidad, 119

Continuidad de la atención, 125

Enfermería basada en la comunidad (EBC), 124

Enfermería de salud comunitaria, 120

Planificación de altas, 126

Población, 120

Sistema de cuidados de salud integrados, 121

El sistema de cuidados de salud está sufriendo cambios continuamente. Los costos crecientes de los cuidados de salud, la tecnología en expansión, las pautas demográficas cambiantes, las estancias cada vez más cortas en los hospitales, el aumento de los trastornos agudos de los pacientes y el acceso limitado a los cuidados de salud son algunos de los factores que motivan el cambio. La localización de la atención a los pacientes está extendiéndose fuera de los centros tradicionales hacia la comunidad y el vecindario. Por ejemplo, actividades de cuidados de salud como la administración de líquidos intravenosa o la ventilación mecánica, en tiempos consideradas seguras solo en centros hospitalarios, están hoy disponibles para los pacientes en sus domicilios (v. capítulo 8 ) y en centros quirúrgicos ambulatorios, de rehabilitación y de diálisis.

Es difícil documentar cambios de atención de los hospitales a la comunidad. Un recurso para seguir los cambios es la encuesta anual de gastos en cuidados de salud realizada por el gobierno de EE. UU. Los datos más recientes muestran que el porcentaje total de inversión en cuidados de salud realizada para atención a domicilio aumentó durante el último año bastante más que para la atención hospitalaria (*National Center for Health Statistics*, 2009). Aunque los hospitales y otras instituciones de cuidados de salud siguen siendo componentes clave del sistema de cuidados de salud, la tendencia apunta hacia un sistema de cuidados de salud integrados basado en la comunidad. El cambio desde la atención institucional a la prestada en la comunidad también conlleva modificaciones en las funciones y responsabilidades de los profesionales de la salud.

Son muchos los aspectos que influyen en si los pacientes eligen recibir cuidados en hospitales o en centros de la comunidad. Algunas variables incluyen el conocimiento y la conciencia por parte de los pacientes de la existencia de recursos comunitarios, el costo, la disponibilidad de la atención domiciliar y la seguridad percibida de la misma. Se necesitan investigaciones para demostrar si existen diferencias en los resultados de salud según la localización de los cuidados.

El movimiento de los cuidados de salud a la comunidad

Los profesionales de cuidados de salud, sus consumidores y los legisladores han expresado una gran insatisfacción ante la situación actual del sistema, que se centra en una atención de base hospitalaria para enfermos agudos de alto costo. Profesionales de enfermería, organizaciones profesionales y consumidores influyen en la reforma de los cuidados de salud. Los profesionales de enfermería proporcionan una perspectiva singular sobre el sistema de cuidados de salud debido a su constante presencia en una diversidad de centros y a su contacto tanto con los consumidores que reciben los beneficios de los servicios más complejos del sistema como con los que tienen problemas ante sus ineffectividades. Un gran número de profesionales de enfermería de práctica avanzada en los últimos años ha permitido la provisión de atención primaria a numerosos consumidores que hasta entonces habían sido descuidados, ya sea porque viven en zonas rurales o porque son pobres, inmigrantes indocumentados, ancianos o mujeres y lactantes.

A través de las grandes organizaciones de profesionales de enfermería, la enfermería ha prestado una intensa voz para describir lo que debería incluir un nuevo sistema y cuáles deberían ser sus contribuciones. En 1991, la *American Nurses Association* (ANA) publicó el documento *Agenda de enfermería para la reforma de los cuidados de salud*, que expone sus recomendaciones para la reforma de los cuidados de salud. Aunque en la agenda se reclamaban cambios «inmediatos», la mayoría de las recomendaciones aún no se han puesto en práctica después de transcurridos 20 años. En 2008, la ANA publicó una revisión de su *Agenda para la reforma del sistema de salud de 2005* (resumida en el cuadro 7-1). La revisión reiteró la necesidad de avanzar hacia un

CUADRO 7-1 Agenda de reforma del sistema de salud de la ANA

- **Acceso:** los cuidados de salud son uno de los derechos humanos. Deben ser asequibles, de un precio razonable para la posibilidad de pagarlos, disponibles, a horas y en lugares convenientes; y aceptables, culturalmente apropiados, modificados para satisfacer las necesidades de la comunidad.
- **Calidad:** en consonancia con las recomendaciones del *Institute of Medicine* para mejorar la calidad de los cuidados de salud (2001), estrategias que se orientan a unos cuidados seguros, eficaces, centrados en los pacientes, oportunos, eficientes y equitativos.
- **Costo:** un sistema de pagador único en el que la mayoría de los recursos se utilicen para una atención prestada en la comunidad y centrada en la prevención primaria y secundaria (v. capítulo 6 )
- **Plantilla:** estrategias para garantizar un conjunto adecuado de profesionales de enfermería bien formados que trabajen en áreas geográficamente mal atendidas y que ofrezcan servicios apropiados; especialmente, profesionales de prácticas avanzadas como proveedores de atención primaria cuyo trabajo sea remunerado.

Tomado de ANA's *Health System Reform Agenda*, 2008, American Nurses Association, Silver Spring, MD: Author.

equilibrio entre la prestación de asistencia en hospitales con sus equipos de alta tecnología y la atención de base comunitaria y los programas de cuidados preventivos, que ponen el acento en lo segundo.

Los consumidores también están impulsando cambios importantes en los sistemas de prestación de cuidados de salud. Los consumidores están adoptando valores relacionados con la salud que incluyen:

- La salud significa algo más que ausencia de enfermedad; incluye el bienestar y la calidad de vida.
- La calidad de vida está relacionada con una comunidad sana que incluye familias saludables y un entorno sano.
- Los individuos pueden participar activamente en la promoción y el mantenimiento de su salud a través de la conducta y cambios en el estilo de vida.
- La prevención de las enfermedades es importante.

Estos valores indican que los consumidores apoyan un mayor acento en los servicios y programas de cuidados de salud que promueven el bienestar y la restauración y previenen la enfermedad.

La ley de Recuperación y Reinversión Americana (*Recovery Act*) de 2009 proporciona fondos para fomentar la enfermería comunitaria, e incluye galardones para dar apoyo a la elaboración y renovación de proyectos en centros de salud comunitaria de todo el país.

Tras intensas discusiones y negociaciones, el presidente Obama firmó el cambio más importante en la legislación de los cuidados de salud en EE. UU. el 23 de marzo de 2010. Los detalles de la legislación son complejos y tardarán años en ponerse en práctica. Dos de los componentes clave residen en impedir que las compañías de seguros nieguen la cobertura a personas con enfermedades previas y a ampliar los criterios para los candidatos que aspiran a conseguir un seguro de salud federal y estatal.

Esta legislación ayudará a la *Health Resources and Services Administration* (HRSA), gestionada por la profesional de enfermería homologada Mary Wakefield, PhD (nominada por el presidente Obama en 2009), a alcanzar sus objetivos. La HRSA se centra en las poblaciones no aseguradas, no atendidas y con necesidades especiales, y persigue:

1. Mejorar el acceso a los cuidados de salud.
2. Mejorar los resultados en el ámbito de la salud.

- Mejorar la calidad de los cuidados de salud.
- Eliminar las diferencias en los cuidados de salud.
- Mejorar la salud pública y los sistemas de cuidados de salud.
- Fomentar la capacidad del sistema de cuidados de salud de responder a las urgencias de salud pública.
- Alcanzar la excelencia en las prácticas de gestión.

Cuidados de salud primarios y atención primaria

Otra influencia importante para promover la reforma de los cuidados de salud ha sido el trabajo del *Healthy People 2000*, *Healthy People 2010* y *Healthy People 2020* (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 2010). Estos proyectos presentan objetivos relacionados con la salud que proporcionan un marco para la promoción a escala nacional de la salud, la protección de la salud y la prevención de enfermedades. Los detalles de *Healthy People 2020* se exponen en el capítulo 16.

El precursor de *Healthy People 2000* y la *Agenda de enfermería para la reforma de los cuidados de salud* fue el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS): *Cuidados de salud primarios*. El término *cuidados de salud primarios* (CSP) fue acuñado en la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los *cuidados de salud primarios* (CSP) se definen como:

los cuidados de salud esenciales basados en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puestos a disposición universalmente de individuos y familias en la comunidad a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden permitirse para mantenerse en todas las fases de su desarrollo dentro del espíritu de la autoconfianza y autodeterminación (OMS, 1978, p. 35).

Los cuidados de salud primarios incorporan cinco principios:

- Distribución equitativa
- Tecnología apropiada
- Un interés en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades
- Participación de la comunidad
- Un enfoque multisectorial

Una profunda inquietud sobre los cuidados de salud para la mayoría de la población mundial, específicamente la baja esperanza de vida y la alta tasa de mortalidad infantil, condujo a la estrategia global de salud de los cuidados de salud primarios. La declaración de la OMS subrayaba

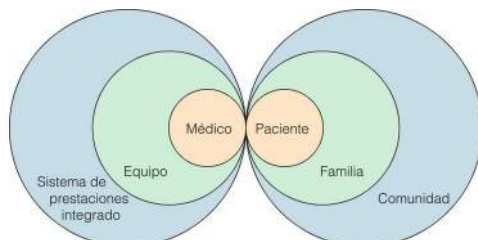


Figura 7-1 Interdependencia de los elementos constituyentes de la atención primaria que muestra el papel central de la relación médico-paciente en el contexto de la familia y la comunidad y de qué modo lo promueven los equipos y los sistemas de prestaciones integrados.

Tomado de *Primary Care: America's Health in a New Era* (p. 34), by M. S. Donaldson, K. D. Yordy, K. N. Lohr, & N. A. Vanselow (Eds.), 1996. Washington, DC: National Academy Press. Consultado en http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=5152

la salud o bienestar como un derecho fundamental y una meta social universal. Pretendía abordar la desigualdad en el estado de salud de las personas en todos los países y enfocar la responsabilidad de los gobiernos en políticas que promovieran el desarrollo económico, social y de salud. Tanto el desarrollo económico como el social se consideraban básicos para el logro de salud para todos. Así, los CSP se extienden más allá de los límites de los servicios tradicionales de cuidados de salud. Implica cuestiones relativas al medio ambiente, la agricultura, la vivienda y otros asuntos de interés social, económico y político como la pobreza, el transporte, el desempleo, el desarrollo económico para sostener a la población y otros. Una característica esencial de los CSP es que consumidores, gobiernos e instituciones públicas como los departamentos de salud pública y los consejos urbanos deben participar en la planificación y prestación de los cuidados de salud.

Los CSP difieren de la atención primaria (AP). La atención primaria se dirige a servicios de salud personales y no a servicios de salud pública con base en la población general. La *atención primaria* (AP), según el *Institute of Medicine* (IOM), es «la provisión de servicios integrados y accesibles de cuidados de salud por parte de médicos que son responsables de abordar una gran mayoría de los servicios de salud personales, el desarrollo de una relación sostenida con los pacientes y el ejercicio de la profesión en el contexto de la familia y la comunidad» (Donaldson, Yordy, Lohr y Vanselow, 1996, p. 1). En la figura 7-1 se muestran los componentes de la AP.

TABLA 7-1 Diferencias entre atención primaria y cuidados de salud primarios

ATENCIÓN PRIMARIA

- La participación de la comunidad está dirigida por el proveedor.
- La función del profesional es la de experto, proveedor, autoridad y líder del equipo.
- La colaboración se produce entre miembros del equipo de salud.
- El centro de interés es el individuo o la familia.
- El acceso es limitado.
- Los cuidados de salud están disponibles dentro de instituciones de cuidados de salud dadas.
- La acción positiva es un proceso apoyado por el proveedor.

CUIDADOS DE SALUD PRIMARIOS

- La participación de la comunidad está dirigida por el paciente.
- La función del profesional es la de facilitador, consultor y recurso.
- La colaboración va más allá del sector de cuidados de salud.
- El centro de interés es la comunidad o algún grupo.
- El acceso es universal.
- Los cuidados de salud están disponibles allí donde vive y trabaja la gente.
- La acción positiva es un proceso habilitador y colaborativo.

Los CSP están basados en la comunidad, son impulsados por ella y requieren una implicación comunitaria activa en la toma de decisiones para mejorar la salud. La AP, por otra parte, está impulsada por la acción de expertos e implica a profesionales de la salud que aconsejan a los individuos y comunidades acerca de lo que es mejor para su salud. En la tabla 7-1 se muestran otras diferencias.

Existen también semejanzas entre CSP y AP. Ambas reconocen el valor de los componentes de la prevención y la promoción de la salud y el bienestar. Las dos se esfuerzan por lograr un acceso universal y la asequibilidad de los cuidados de salud, el apoyo a la independencia del paciente y un objetivo formado por las personas en riesgo de sufrir problemas de salud prevenibles.

Cuidados de salud basados en la comunidad

Los **cuidados de salud basados en la comunidad (CSBC)** es un sistema de tipo CSP que proporciona servicios relacionados con la salud dentro del contexto de la vida diaria de las personas, es decir, en los lugares en los que estas pasan su tiempo como, por ejemplo, en casa, en albergues, en residencias de atención de larga duración, en el trabajo, en la escuela, en centros de la tercera edad, en centros ambulatorios y en hospitales. Los cuidados se dirigen hacia un grupo específico dentro del vecindario geográfico (figura 7-2 ■). El grupo puede estar determinado por una frontera física, un empleador, un distrito escolar, un proveedor de seguros de atención dirigida o una necesidad o categoría médica específica. En contraste con el sistema de cuidados de salud tradicional, que se centra principalmente en los enfermos y aquejados de lesiones, la atención basada en la comunidad es holística. Implica una amplia variedad de servicios diseñados no solo para restaurar la salud sino también para promoverla, prevenir la enfermedad y proteger al público.

Para ser verdaderamente eficaz, un sistema CSBC debe: a) ofrecer un fácil acceso a los cuidados; b) ser flexible en la respuesta a las necesidades de atención que encuentran los individuos y sus familias; c) promover los cuidados entre instituciones de cuidados de salud a través de mecanismos de comunicación mejorados; d) proporcionar un apoyo apropiado a las personas que cuidan de otros miembros de la familia, y e) ser asequible.

Ya en 1992 (De Tornyay), el sistema ideal de cuidados de salud se describió como aquel que tendría que:

- Estar más orientado a la salud y resaltar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.



Figura 7-2 ■ Las comunidades pueden consistir en varios tipos de vecindarios.

Michael Brennan/CORBIS-NT

- Centrarse en la responsabilidad individual de las prácticas y la conducta de salud.
- Basarse en la población y concentrar más atención a los factores de riesgo en el entorno físico y social.
- Usar sistemas electrónicos de información para las historias de los pacientes y los hallazgos de investigación como apoyo de las decisiones de diagnóstico y las recomendaciones de tratamiento.
- Acentuar el interés en los consumidores que posean mayor información y serán participantes informados en las decisiones sobre sus cuidados de salud.
- Basar las decisiones en los resultados.
- Ofrecer los cuidados con más eficacia por medio de equipos integrados o coordinados de proveedores.
- Establecer un equilibrio tecnológico con las intervenciones no técnicas y ponderar las ventajas y sus efectos en los valores humanos y los procesos interpersonales.
- Contar con proveedores de cuidados de salud que estén cada vez más comprometidos ante los consumidores y la sociedad para una mayor variedad de resultados de la atención.

Salud de la comunidad

Una **comunidad** es un conjunto de personas que comparten algún atributo de su vida e interaccionan entre ellas de uno u otro modo. Pueden vivir en la misma localidad, acudir a una misma parroquia o incluso compartir un interés concreto como el arte. Los grupos que constituyen una comunidad debido a los intereses comunes de sus miembros se refieren a menudo como *comunidades de interés* (p. ej., grupos religiosos y culturales). Una comunidad puede definirse también como un sistema social en el que los miembros interaccionan formal o informalmente y forman redes que actúan para el beneficio de todas las personas de la comunidad. En el cuadro 7-2 se describen cinco de las funciones principales de una comunidad. En el ámbito de la salud, una

CUADRO 7-2 Cinco funciones principales de una comunidad

1. **Producción, distribución y consumo de bienes y servicios.** Tales son los medios por los que la comunidad atiende las necesidades económicas de sus miembros. Esta función incluye no solo el suministro de alimento y vestido sino también la provisión de agua, electricidad y policía y protección contra incendios, así como la eliminación de los residuos.
2. **Socialización.** La socialización se refiere al proceso de transmisión de valores, conocimiento, cultura y cualificaciones a otras personas. Las comunidades suelen contener instituciones establecidas de socialización: familias, iglesias, escuelas, medios de comunicación, organizaciones sociales y de voluntariado, etc.
3. **Control social.** El control social se refiere al modo en que se mantiene el orden en una comunidad. Las leyes son aplicadas por la policía; se promueven regulaciones de salud pública para proteger a las personas de ciertas enfermedades. También se ejerce a través de la familia, la iglesia y las escuelas.
4. **Interparticipación social.** La interparticipación social se refiere a las actividades de las comunidades que se diseñan para cubrir las necesidades de compañía de las personas. Familias e iglesias han cubierto esta necesidad; sin embargo, muchas organizaciones públicas y privadas también atienden esta función.
5. **Apoyo mutuo.** Se refiere a la capacidad de la comunidad de proporcionar recursos en un momento de enfermedad o desastre. Aunque suele recurrirse a la familia para cubrir esta función, puede ser necesario recurrir a los servicios sociales para extender la ayuda familiar si se necesita para un período extendido.

CUADRO 7-3 Diez características de una comunidad sana

UNA COMUNIDAD SANA

- Es aquella cuyos miembros tienen un alto grado de conciencia de ser una comunidad.
- Usa sus recursos naturales en sus decisiones con objeto de conservarlos para generaciones futuras.
- Reconoce abiertamente la existencia de subgrupos y agradece su participación en los asuntos de la comunidad.
- Está preparada para afrontar las crisis.
- Es una comunidad que resuelve problemas; los identifica, los analiza y se organiza para atender sus necesidades.
- Cuenta con canales de comunicación abiertos que permiten el flujo de información entre todos los subgrupos de ciudadanos en todas direcciones.
- Busca poner los recursos de sus sistemas a disposición de todos los miembros.
- Tiene formas legítimas y eficaces de resolver las disputas que surjan en su seno.
- Estimula una máxima participación del ciudadano en la toma de decisiones.
- Promueve un alto nivel de bienestar entre todos sus miembros.

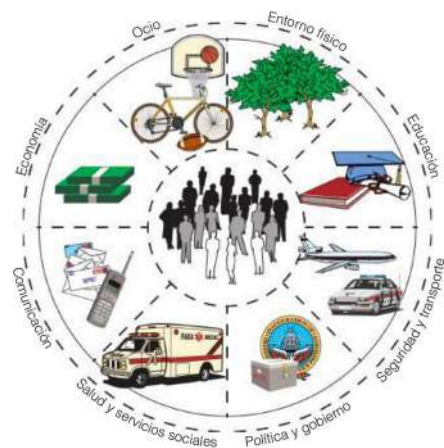


Figura 7-3 ■ Rueda de valoración de la comunidad, la valoración de segmentos del modelo comunidad como agente.

Tomado de *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing* (5th ed., p. 218), by E. T. Anderson and J. McFarlane, 2007, Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. Reproducido con autorización.

comunidad puede contemplarse como un conjunto de personas que tienen un problema de salud común, como una alta incidencia de mortalidad infantil o de tuberculosis, de infección por el VIH u otra enfermedad transmisible. El cuadro 7-3 recoge las características de una comunidad sana. Una **población** está compuesta por las personas que comparten alguna característica común pero que no necesariamente interaccionan entre sí. La **enfermería de salud comunitaria** se centra en la promoción y conservación de la salud de grupos de población.

Las comunidades, como los individuos y las familias, son entidades vivas. De este modo, el profesional de enfermería tendrá que realizar una valoración de esta comunidad como paciente. Se han ideado varios marcos de valoración de las comunidades. Los estudiantes que se matriculen en cursos de enfermería de salud comunitaria estudiarán en detalle algunos de estos marcos. Por ejemplo, Anderson y McFarlane (2007) identificaron ocho subsistemas de la comunidad para su análisis. Los subsistemas se ilustran alrededor de un núcleo, que consiste en las personas y sus características, los valores, la historia y las creencias (figura 7-3 ■). La primera fase en la valoración es aprender

sobre las personas de la comunidad. Estos subsistemas de nivel comunitario pueden verse como una analogía de los subsistemas fisiológicos de un individuo. El cuadro 7-4 muestra los aspectos principales de valoración de los subsistemas de una comunidad. El cuadro 7-5 ilustra las fuentes de datos comunitarios que el profesional de enfermería puede consultar como ayuda para identificar las preocupaciones y para planificar intervenciones ante cualquier cuestión que surja sobre la salud de la comunidad.

La planificación de la salud de la comunidad puede orientarse hacia una mejor gestión de las crisis, prevención de las enfermedades, mantenimiento o promoción de la salud. La responsabilidad de la planifi-

NOTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo pueden los profesionales de enfermería de la salud pública implicar a los ciudadanos para que participen en sus cuidados de salud?

En un estudio de investigación realizado por Aston, Meagher-Stewart, Edwards y Young (2009), se entrevistó a 44 profesionales de enfermería de la salud pública, que tomaron parte en un grupo de interés en el que se les pidió que describieran sus prácticas relacionadas con la salud pública. Aproximadamente la mitad de los participantes trabajaban en áreas urbanas, y la otra mitad, en centros más rurales. Los profesionales de enfermería refirieron que, en los últimos años, su trabajo se había desplazado desde una práctica individual a otra más basada en grupos de población. Así pues, era extremadamente importante que los receptores de sus cuidados tomaran parte en sus propios programas de salud, tanto los formativos como los centrados en los tratamientos. Para ganarse el compromiso de estos receptores, los profesionales de enfermería se concentraban en la enseñanza y el otorgamiento de poder, además de hacer más accesible la atención.

También describían la importancia de las técnicas de comunicación, el establecimiento de confianza, la oferta de estímulo y la negociación del poder para mejorar la atención.

IMPLICACIONES

En cierta medida, los profesionales de enfermería de la salud pública viven en una situación distinta a la de otros colegas, en el sentido de que acuden a menudo al lugar en el que están sus pacientes, y no al revés. Cuando los profesionales de enfermería deben acudir a residencias de pacientes o centros comunitarios, es necesario un esfuerzo adicional para garantizar que la relación terapéutica se basa en la confianza, los objetivos de grupo, el otorgamiento de poder y el trabajo en equipo. Este estudio ayuda a poner de relieve cuál es verdaderamente el trabajo de los profesionales de enfermería de salud pública.

CUADRO 7-4 Aspectos principales de valoración de los subsistemas de una comunidad**ENTORNO FÍSICO**

Considera las fronteras naturales, el tamaño y la densidad de población; tipos de viviendas, e incidencia de delitos, actos vandálicos y drogadicción.

EDUCACIÓN

Considera instalaciones educativas; instalaciones de salud existentes en las escuelas; tipo y cantidad de servicios de salud manejados por la escuela; programas de comida escolares; deportes extracurriculares, bibliotecas y servicios de asesoramiento; programas de formación continua o educación extendida, y extensión de la implicación de los padres en los colegios.

SEGURIDAD Y TRANSPORTE

Considera servicios de incendios, policía e higiene; fuentes de agua y su tratamiento; calidad del aire; servicio de recogida de basura; disponibilidad y seguridad del transporte público, y disponibilidad de servicios de ambulancia.

POLÍTICA Y GOBIERNO

Considera clases de gobierno; organizaciones activas en la comunidad; personas influyentes en la comunidad; cuestiones que han aparecido recientemente en las consultas locales, y el ciclo de elecciones medio.

SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

Considera hospitales existentes, centros de cuidados de salud y servicios de cuidados de salud; número, tipo y carga de trabajo rutinaria de los profesionales de la salud de la comunidad, accesibilidad geográfica,

económica y cultural a los servicios de cuidados de salud; fuentes de información sobre salud; nivel de vacunación entre niños y adultos; esperanza de vida en la comunidad; disponibilidad de cuidados de salud domiciliarios y servicios de atención de larga duración, y disponibilidad de servicio de transporte a los principales centros de salud.

COMUNICACIÓN

Considera los periódicos locales; estaciones de radio y TV, servicios postales, acceso a Internet y servicios telefónicos; frecuencia de foros públicos, y presencia de tableros de anuncios informales.

ECONOMÍA

Considera las principales industrias y ocupaciones; porcentaje de población empleada o que asiste al colegio; niveles de ingresos y calidad y tipo de viviendas; programas de salud ocupacional, y principales empleadores en la comunidad.

OCIO

Considera instalaciones recreativas en la comunidad y fuera de ella; teatros y cines; número y tipos de templos y servicios religiosos; número y utilización de zonas de juegos infantiles, piscinas, parques e instalaciones deportivas; nivel de participación en varios programas religiosos, y número y tipos de comités sociales, organizaciones y clubes disponibles.

Tomado de *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing* (5th ed.), by E. T. Anderson and J. McFarlane, 2007, Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

CUADRO 7-5 Fuentes de datos de valoración de una comunidad

- Mapas urbanos para ubicar las fronteras de la comunidad, carreteras, templos, escuelas, parques, hospitales, etc.
- Datos del censo estatal sobre composición y características de la población
- Cámara de comercio para estadísticas de empleo, principales industrias y ocupaciones primarias
- Departamentos de salud del condado o estado para ubicar centros de salud, programas de salud ocupacional, número de profesionales de la salud, número de receptores de las prestaciones, etc.
- Comités urbanos o regionales de planificación de salud para atender las necesidades y prácticas de la salud
- Listín de teléfonos para ubicar las organizaciones, comités y centros sociales, recreativos y de salud
- Bibliotecas públicas y universitarias para informes de investigación sociales y culturales del distrito
- Administradores de centros de salud para información sobre casos de empleados, tipos de problemas y necesidades dominantes
- Directores recreativos de programas proporcionados y niveles de participación
- Departamento de policía para conocer la incidencia de delitos, actos vandálicos y drogadicción
- Profesores y profesionales de enfermería en las escuelas para conocer la incidencia de problemas de salud en niños e información sobre instalaciones y servicios para mantener y promover la salud
- Periódicos locales para actividades comunitarias relacionadas con la salud y el bienestar, como conferencias y ferias sobre salud
- Servicios informáticos en línea que pueden dar acceso a documentos públicos relacionados con la salud de la comunidad

cación en el nivel de la comunidad tiene generalmente una base amplia y debe incluir el máximo número posible de agentes de la comunidad. Los recursos y cualificaciones exactos de los miembros de la comunidad dependen a menudo del tamaño de la misma. Un grupo de planificación de base amplia tiene más probabilidades de crear un plan que sea aceptable para los miembros de la comunidad. Además, las personas que participan en la planificación reciben formación sobre los problemas, recursos e interrelaciones dentro del sistema.

Cuando fijan las prioridades, los planificadores de salud deben trabajar con los consumidores, los grupos de interés u otras personas implicadas para definir prioridades en los problemas de salud. Es importante tener en cuenta los valores e intereses de los miembros de la comunidad, la gravedad de los problemas y los recursos disponibles para identificar y actuar sobre dichos problemas. Dado que es muy probable que cualquier plan sufra cambios, los miembros del grupo de planificación deben comprender y usar la teoría del cambio planificado.

En el ámbito de la salud comunitaria, la evaluación determina si las intervenciones planificadas han conducido a la consecución de las metas y objetivos establecidos; por ejemplo, ¿se mejoró la tasa de vacunación en edad preescolar? Dado que la salud comunitaria suele ser un proceso en colaboración entre proveedores de salud, líderes de la comunidad, políticos y consumidores, todos ellos pueden participar en el proceso de evaluación. A menudo, el profesional de enfermería comunitaria es el agente encargado de la evaluación, la recogida y valoración de los datos que determinan la eficacia de los programas aplicados.

Marcos basados en la comunidad

Están surgiendo varios enfoques para abordar la salud de la comunidad. Algunos de ellos son un sistema de cuidados de salud integrados, iniciativas comunitarias, coaliciones en la comunidad, atención dirigida, gestión de casos y programas de alcance con trabajadores de la salud.

Un **sistema de cuidados de salud integrados** pone todos los niveles de los cuidados a disposición de una forma integrada que comprende

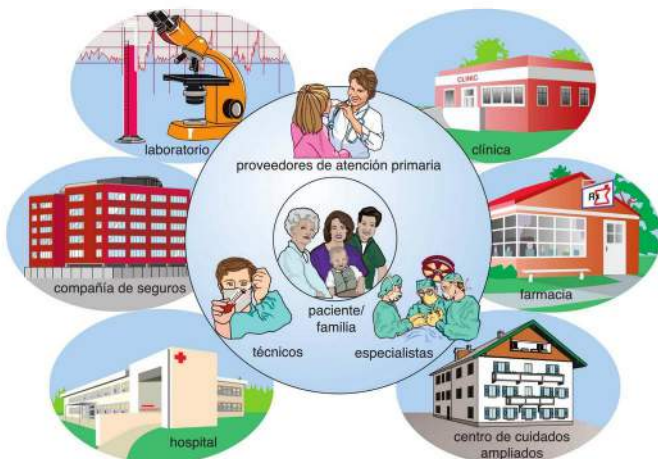


Figura 7-4 ■ Modelo de un sistema integrado de prestación de servicios de salud.

atención primaria, secundaria y terciaria (figura 7-4 ■). Sus metas son facilitar cuidados entre los centros, recuperación, resultados de salud positivos y las ventajas a largo plazo de modificar los estilos de vida perjudiciales a través de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En muchas partes del país, los hospitales están reflejando este concepto al modificar su nombre por el de *organización de cuidados de salud* o *sistema de cuidados de salud integrados*. Este tipo de sistema se refiere a veces como *atención ininterrumpida*. En 2008, la *American Psychological Association* adoptó una recomendación para la reforma de los cuidados de salud que afirmaba que los cuidados para adultos mayores deberían insistir en la aplicación de ocho principios de los cuidados de salud integrados:

sensibilidad ante el envejecimiento; familiaridad con las funciones de otros miembros del equipo de cuidados de salud; respeto por las diferencias en los procesos y convicciones sobre los cuidados de salud entre los miembros del equipo; conciencia y trato productivo de los conflictos entre los miembros del equipo; uso de técnicas de resolución de conflictos; receptividad a formas de comunicación cada vez más diversas (p. ej., equipos virtuales) dentro de los equipos de cuidados de salud; sensibilidad ante las cuestiones relativas a la diversidad multicultural y la marginación y necesidad de ofrecer una valoración continua del tratamiento y de sus resultados (p. 2).

Las iniciativas comunitarias están siendo patrocinadas por algunos hospitales o instituciones locales. Estas iniciativas, denominadas *ciudades saludables* y *comunidades más sanas*, implican a los miembros de la comunidad para que establezcan prioridades de salud, definan metas mensurables y determinen acciones para alcanzar esas metas. Si el proyecto es iniciado por una institución de la comunidad, el hospital asociado suele contribuir con recursos humanos para colaborar en la empresa.

Las coaliciones en la comunidad reúnen a individuos y grupos para el fin compartido de mejorar la salud en el ámbito comunitario. Los

profesionales de enfermería son participantes y colaboradores importantes en estas coaliciones y a menudo asumen posiciones de liderazgo. Las coaliciones en la comunidad pueden centrarse en un problema aislado o con múltiples facetas. Algunos ejemplos son el establecimiento de un programa contra la drogadicción, un programa de prevención de grupo, un programa de valoración de ancianos o un programa de vacunación de un grupo de alto riesgo.

En atención dirigida, que es un modelo común en la reestructuración de los cuidados de salud, los proveedores de cuidados de salud (hospitales, médicos, profesionales de enfermería, agentes de seguros, etc.) se reúnen para atender las necesidades en una orientación de cuidados continuos. La organización de atención dirigida sirve como «intermediaria» o «mediadora» entre el paciente, el proveedor y el pagador. Los proveedores se organizan en grupos, y el paciente debe elegir el grupo al que pertenece. La atención dirigida pretende con ello mejorar la calidad y la rentabilidad económica de los cuidados de salud.

La gestión de casos es un modelo integrador de cuidados de salud que realiza un seguimiento de las necesidades y servicios de los pacientes a través de una diversidad de centros de atención para garantizar la continuidad. El gestor de casos está familiarizado con las necesidades de salud de los pacientes y con los recursos disponibles a través de su cobertura de seguros, de manera que puedan recibir una atención rentable económicamente. Otro aspecto importante de la gestión de casos es la ayuda al paciente y su familia a comprender y recorrer su camino a través del sistema de cuidados de salud.

Los programas de alcance con trabajadores de la salud son un método para vincular poblaciones con servicios escasos o de alto riesgo con el sistema formal de cuidados de salud. Pueden reducir o minimizar las barreras a los cuidados de salud, aumentar el acceso a los servicios y mejorar el estado de salud de la comunidad. Promueven colaboraciones entre los profesionales de enfermería y los miembros de la comunidad. Se identifica a los trabajadores de la salud interesados y comprometidos que ayudarán a sus vecinos a través de redes sociales. Los profesionales de enfermería ofrecen formación, consulta y apoyo a estas personas.

Centros basados en la comunidad

Tradicionalmente, los servicios de enfermería comunitaria se han proporcionado en departamentos de salud de condados y estados (enfermería de salud pública), en colegios (enfermería en escuelas), en lugares de trabajo (enfermería ocupacional) y en el domicilio (cuidados de salud domiciliarios y enfermería de cuidados paliativos). Con los años, se han establecido muchos más, como los centros de día, los centros de ancianos, las clínicas de primeros auxilios, los albergues para personas sin hogar, los centros de salud mental, los centros críticos, los programas de rehabilitación de drogodependencias y los centros ambulatorios. Otras instalaciones más recientes para la práctica de la enfermería comunitaria son los centros de enfermería comunitaria regentados por profesionales de la enfermería, la enfermería de las parroquias y los proyectos de teleasistencia.

Centros de enfermería comunitaria

Los **centros de enfermería comunitaria** proporcionan atención primaria a poblaciones específicas y están dotados con profesionales de enfermería y profesionales de la salud en general. Aunque los profesionales de enfermería son los principales proveedores de cuidados a los pacientes que visitan el centro, también hay una consulta médica para su uso en caso necesario. Los centros de enfermería pueden estar situados en escuelas, lugares de trabajo u otras instituciones comunitarias, o ser autónomos. Los centros de enfermería deben interrelacionarse con servicios regentados por profesionales de enfermería en otras instalaciones del continuo de cuidados de salud, es decir, servicios dispensados a los pacientes en su domicilio, el hospital o centros de cuidados de larga duración. Existen varias categorías de centros de enfermería comunitaria:

- **Centros de alcance comunitario.** Clínicas relativamente autónomas y de pequeña dimensión que prestan servicios similares a los dispensados tradicionalmente por grandes clínicas de salud pública pero centradas en una población más reducida.
- **Centros institucionales.** Asociados con una gran organización matriz como un hospital, una corporación o una universidad o colegio universitario.
- **Centros escolares.** Situados dentro de las instalaciones de la escuela, desde el jardín de infancia a los colegios, prestan servicios como primeros auxilios, diagnóstico de enfermedades agudas, programas de promoción y mantenimiento de la salud, así como educación de salud para poblaciones en edad escolar.
- **Centros de salud preventiva.** Prestan servicios como promoción de la salud, mantenimiento de la salud, educación, asesoramiento y cribado de enfermedades. En algunas instalaciones, están dotados con miembros del equipo de cuidados de salud que no son profesionales de enfermería (p. ej., fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales).

Enfermería en las parroquias

La enfermería parroquial fue fundada en EE. UU., en Illinois, a mediados de la década de 1980 por el reverendo Granger Westberg (Smith, 2003) y se convirtió en una especialidad reconocida por la ANA en 1998. El *International Parish Nurse Resource Center* (2010) describe las funciones de los profesionales de enfermería de las parroquias así:

- Asesor personal sobre salud que trata de cuestiones y problemas de salud con los individuos y realiza visitas domiciliarias, en el hospital y de enfermería si se necesita
- Educador en salud que instruye y apoya a los individuos a través de actividades de formación de salud que promueven una comprensión de la relación entre valores, actitudes, estilo de vida, fe y bienestar
- Fuente de consulta que actúa como enlace con otros recursos de la congregación y de la comunidad



Figura 7-5 ■ Algunos servicios de salud asociados a parroquias ofrecen cuidados a los residentes de la comunidad, además de a los miembros de la congregación.

- Facilitador que reúne y coordina acciones de voluntariado dentro de la congregación y desarrolla grupos de apoyo
- Integrador de fe y salud

Se estima que el número de profesionales de enfermería que ofrecen sus servicios en iglesias, sinagogas y otros templos de EE. UU. es de unos 7.000 (figura 7-5 ■). La mayoría de estos profesionales son voluntarios, pero algunos son empleados remunerados por la congregación o por una institución afiliada como un sistema de salud o un organismo de la comunidad. La enfermería parroquial no es restrictiva e incluye a profesionales de enfermería de todas las confesiones religiosas. Esta enfermería es una de las escasas modalidades de la disciplina que tiene una estructura y un enfoque similares en naciones de todo el mundo.

Enfermería penitenciaria

La enfermería penitenciaria consiste en la atención de pacientes que viven en cárceles, prisiones, hogares de grupo, centros de detención y otras instalaciones penitenciarias. Esta disciplina es una subespecialidad de la categoría más extensa conocida como enfermería legal y forense, que comprende las investigaciones criminales (entre ellas las asociadas a agresiones, violaciones o sospecha de malos tratos), las investigaciones sobre muertes y los testimonios legales expertos. La enfermería penitenciaria es la «práctica de la enfermería y la prestación de atención a los pacientes dentro del entorno distinto y singular del sistema de justicia penal» (ANA, 2007, p. 1). Un ejemplo del trabajo de los profesionales de esta disciplina corresponde a la puesta en práctica de las normas de cumplimiento dentro de la ley de Eliminación de las Violaciones Sexuales en Prisión (*National Prison Rape Elimination Commission*, 2009). Además de este ejemplo de un trabajo específico en la atención a pacientes encarcelados, la enfermería penitenciaria comprende toda la diversidad de las labores propias de la enfermería, desde la promoción de la salud hasta el tratamiento de las enfermedades y los cuidados paliativos.

Teleasistencia

Los proyectos de teleasistencia utilizan la tecnología de comunicación e información para ofrecer información sobre salud y servicios de cuidados de salud a las personas de las áreas rurales, remotas o con escasa infraestructura de servicios. Las videoconferencias o «videoclínicas» permiten a los trabajadores de la salud proporcionar una consulta a distancia para valorar y tratar a los pacientes ambulatorios que tienen diversas necesidades de cuidados de salud. Estas videoconferencias son similares a cualquier visita ambulatoria de pacientes, con la salvedad de que el paciente y el especialista de salud están separados por muchos kilómetros. Un desarrollo afín a la teleasistencia es la teleenfermería, en la que los profesionales de enfermería ofrecen enseñanza y promoción de la salud para pacientes situados en áreas lejanas. La telemonitorización permite la transmisión de los datos desde el lugar del paciente a los proveedores de cuidados de salud, y la obtención de respuestas inmediatas. La literatura especializada describe el uso de la teleasistencia en los ámbitos del cuidado de las heridas, la hipertensión, la atención postoperatoria y la pediatría (DePalma, 2009).

Enfermería basada en la comunidad

La **enfermería basada en la comunidad (EBC)** es un conjunto de cuidados de enfermería dirigidos a individuos específicos. Sin embargo, esta modalidad de enfermería implica cuidados de enfermería no limitados a un solo centro. Se extienden más allá de las fronteras institucionales e implican una red de servicios de enfermería: centros de apoyo, cuidados ambulatorios, cuidados intensivos, servicios de atención de larga duración, asesoramiento por teléfono, sanidad domiciliar, sanidad escolar y servicios de cuidados paliativos. Por ejemplo, un profesional de enfermería gestor de casos puede participar en: a) la visita a un paciente recién ingresado en un hospital para recoger una anamnesis de enfermería detallada, darsela al profesional de enfermería responsable y unificar la planificación del alta; b) varias visitas a domicilio para llevar un seguimiento del paciente recientemente trasladado del hospital a una institución de cuidados de larga duración para hablar de los progresos del paciente con el personal de enfermería, o c) llamadas de consulta por teléfono a otros profesionales de la salud (médicos, trabajadores sociales, terapeutas respiratorios, etc.) y a los pacientes que se aplican autocuidados independientemente pero que pueden necesitar apoyo.

ALERTA CLÍNICA

La enfermería basada en la comunidad y la enfermería de salud comunitaria no responden al mismo concepto. La enfermería basada en la comunidad se centra en la atención de individuos en centros geográficamente locales, mientras que la enfermería de salud comunitaria pone el acento en la promoción y conservación de la salud de grupos (poblaciones o conjuntos de personas).

Otros profesionales de enfermería que trabajan en centros basados en la comunidad, como el gestor de casos, aquellos en el entorno laboral o escolar y los que trabajan en departamentos de salud pública, han de estar preparados para realizar visitas a domicilio. Las visitas a domicilio pueden aportar información que no se obtendrá por otros medios.

Competencias necesarias para la atención basada en la comunidad

Los profesionales de enfermería que ejercen en un sistema de cuidados de salud integrados basados en la comunidad necesitan conocimientos y cualificaciones específicos. En 1998, la comisión Pew sobre profesiones de salud (O'Neill y comisión Pew sobre profesiones de salud) identificó 21 competencias que necesitarán en el futuro los profesionales de la salud (cuadro 7-6). Debe observarse que entre las competencias se incluye la necesidad de conocimientos y técnicas en los ámbitos de los cuidados de salud, los cuidados preventivos, la atención basada en la población, el acceso a los cuidados de salud, las colaboraciones dentro de la comunidad, los equipos interdisciplinarios y las políticas públicas, todos ellos esenciales para desarrollar con eficacia una enfermería basada en la comunidad. Aunque los profesionales de enfermería con formación de diplomatura y niveles de grado asociado han recibido una introducción a los conceptos y experiencias de los cuidados de pacientes en la comunidad, los cursos que abordan de forma extensa y profunda los conocimientos y las técnicas necesarios para la enfermería basada en la comunidad se enseñan habitualmente en los programas de licenciatura y grado superior.

Cuidados de salud en colaboración

La colaboración entre profesionales de la salud se hace cada vez más importante conforme aumenta el número de estos profesionales que se especializan en áreas de experiencia progresivamente más estrechas, mientras que otros asumen la función generalista. Con el tiempo, las

CUADRO 7-6 Comisión Pew sobre competencias de los profesionales del futuro

1. Adquirir una ética personal de responsabilidad y servicio social.
2. Mostrar un comportamiento ético en las actividades profesionales.
3. Proporcionar una atención clínicamente competente y basada en la evidencia.
4. Incluir los múltiples determinantes de la salud en la atención clínica.
5. Aplicar el conocimiento de las nuevas ciencias.
6. Mostrar pensamiento crítico, capacidad de reflexión y aptitud para la resolución de problemas.
7. Comprender la función de la atención primaria.
8. Ejercer con rigor los cuidados de salud preventivos.
9. Integrar una atención basada en la población y los servicios en la práctica.
10. Mejorar el acceso a los cuidados de salud para aquellas personas que no vean satisfechas sus necesidades asistenciales.
11. Ejercer una asistencia centrada en la relación con las personas y sus familiares.
12. Proporcionar una atención sensible culturalmente a una sociedad heterogénea.
13. Colaborar con las comunidades en las decisiones de cuidados de salud.
14. Utilizar las tecnologías de la información y las comunicaciones de forma eficaz y apropiada.
15. Trabajar en equipos interdisciplinarios.
16. Garantizar una atención que alcance un equilibrio entre las necesidades individuales, profesionales, del sistema y de la sociedad.
17. Ejercer el liderazgo.
18. Asumir la responsabilidad de la calidad de la atención y los resultados de salud a todos los niveles.
19. Contribuir a una mejora continuada del sistema de cuidados de salud.
20. Defender políticas públicas que promuevan y protejan la salud pública.
21. Seguir aprendiendo y ayudar a que otros aprendan.

Tomado de *Recreating Health Professional Practice for a New Century*, by E. H. O'Neill and the Pew Health Professions Commission, 1998, San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.

fronteras y el ámbito legal de la práctica de cada profesión de salud pueden cambiar. Para ofrecer unos cuidados de salud óptimos al paciente, los profesionales de enfermería deben trabajar como miembros del equipo que ofrece unos cuidados de salud extensos.

En 1992, el Congreso de la ANA sobre la Práctica de la Enfermería adoptó la siguiente definición operativa del concepto de colaboración:

Colaboración significa una relación de trabajo colegiada con otro proveedor de cuidados de salud en la provisión (suministro) de cuidados a los pacientes. La práctica colaborativa requiere (puede incluir) la discusión del diagnóstico del paciente y la cooperación en el tratamiento y la dispensación de cuidados. Cada colaborador está disponible para los demás para consulta ya sea en persona o mediante un dispositivo de comunicación, pero no es obligatorio que esté presente físicamente en las instalaciones cuando se realizan las acciones. El proveedor de cuidados de salud designado para el paciente es responsable para la dirección y el tratamiento globales de la atención a los pacientes (ANA, 1992).

El profesional de enfermería como colaborador

Los profesionales de enfermería colaboran con otros colegas y profesionales de la salud. A menudo centran su colaboración en la atención a los pacientes, pero pueden extenderla, por ejemplo, a la colaboración sobre cuestiones bioéticas, legislación, investigación relacionada con la sanidad y organizaciones profesionales. El cuadro 7-7 expone aspectos seleccionados del papel del profesional de enfermería como colaborador.

Para cumplir con una función de colaboración, los profesionales de enfermería deben asumir la responsabilidad y una mayor autoridad en las áreas prácticas. La educación es instrumental para garantizar que los miembros de cada grupo profesional comprendan la naturaleza colaboradora de sus funciones, sus contribuciones específicas y la importancia de trabajar juntos. Cada profesional debe entender que el sistema de prestación integrada se centra en las necesidades de salud del paciente más que en unos cuidados concretos dispensados por un grupo.

Competencias básicas para la colaboración

Los elementos clave necesarios para la colaboración incluyen técnicas de comunicación eficaz, respeto mutuo, confianza y un proceso de toma de decisiones.

COMUNICACIÓN La colaboración para resolver problemas complejos requiere técnicas de comunicación eficaz. La comunicación eficaz

puede darse solo si las partes implicadas se comprometen a comprender las funciones profesionales de los demás y a apreciarles como individuos. Deben ser sensibles a las diferencias entre estilos de comunicación. En vez de centrarse en las diferencias, un grupo de profesionales debe hacerlo en lo que tiene en común: las necesidades del paciente.

RESPECTO MUTUO Y CONFIANZA El respeto mutuo se da cuando dos o más personas se muestran o sienten respeto o estima mutua. La confianza se da cuando una persona confía en las acciones de otra. Respeto mutuo y confianza implican un proceso mutuo y un resultado. Deben expresarse de forma verbal y no verbal.

TOMA DE DECISIONES El proceso de toma de decisiones en el nivel de equipo implica responsabilidad compartida del resultado. Para crear una solución, el equipo debe seguir cada paso del proceso de toma de decisiones, empezando por una definición clara del problema. La toma de decisiones en equipo debe dirigirse a los objetivos del esfuerzo específico. Requiere una plena consideración y respeto de diversos puntos de vista. Los miembros han de ser capaces de verbalizar sus perspectivas en un entorno no intimidatorio.

Un aspecto importante de la toma de decisiones se satisface cuando el equipo interdisciplinar se centra en las necesidades prioritarias del paciente y en la organización de intervenciones de modo consiguiente. La disciplina mejor situada para abordar las necesidades del paciente es la prioridad dada a la planificación y es responsable para suministrar sus intervenciones cuando se necesita. Por ejemplo, un trabajador social puede dirigir primero la atención a las necesidades sociales de un paciente cuando estas necesidades interfieren con la capacidad del paciente de responder a la terapia. Los profesionales de enfermería, por la naturaleza de su práctica holística, son a menudo capaces de ayudar al equipo a identificar las prioridades y las áreas que requieren mayor atención.

Continuidad de la atención

Una responsabilidad importante del profesional de enfermería es garantizar la continuidad de la atención. Se entiende por **continuidad de la atención** la coordinación de los servicios de cuidados de salud por parte de proveedores de cuidados de salud para pacientes que se mueven de un nivel de atención a otro y entre distintos profesionales de la salud. La continuidad asegura unos servicios ininterumpidos y consistentes para el paciente de un nivel de atención a otro. Cuando se coordina de manera apropiada, mantiene unos cuidados individualiza-

CUADRO 7-7 El profesional de enfermería como colaborador

CON LOS COMPAÑEROS DE ENFERMERÍA

- Comparte su experiencia personal con otros profesionales de enfermería y aprovecha la experiencia de los demás para garantizar una atención a los pacientes de calidad.
- Desarrolla un sentido de confianza y respeto mutuo con los compañeros que reconoce sus contribuciones específicas.

CON OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

- Reconoce la contribución que puede aportar cada miembro del equipo interdisciplinario en virtud de su experiencia y visión de la situación.
- Escucha los puntos de vista de cada persona.
- Comparte las responsabilidades de los cuidados de salud en la exploración de opciones, la fijación de objetivos y la toma de decisiones con pacientes y familias.
- Participa en investigación interdisciplinaria en colaboración para ampliar el conocimiento de un problema o situación clínica.

CON ORGANIZACIONES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

- Busca oportunidades para colaborar con y dentro de las organizaciones profesionales.
- Sirve en comités en organizaciones estatales (o provinciales) y nacionales de enfermería o grupos de especialistas.
- Da apoyo a organizaciones profesionales en la acción política para crear soluciones para inquietudes profesionales y de cuidados de salud.

CON LOS LEGISLADORES

- Ofrece opiniones expertas sobre iniciativas legislativas relacionadas con los cuidados de salud.
- Colabora con otros proveedores de cuidados de salud y consumidores sobre la legislación pertinente para atender de modo óptimo las necesidades del público.

dos centrados en el paciente y ayuda a optimizar el estado de salud del paciente. Para proporcionar esta continuidad de la atención, los profesionales de enfermería necesitan cumplir lo siguiente:

- Iniciar la planificación de altas para todos los pacientes cuando ingresan en un centro de cuidados de salud.
- Implicar al paciente y a su familia o personas de apoyo en el proceso de planificación.
- Colaborar con otros profesionales de la salud cuando sea necesario para garantizar que se satisfacen las necesidades biopsicosociales, culturales y espirituales.

Sin embargo, la consecución de continuidad supone que han de compartirse los datos necesarios de los pacientes con otros proveedores mientras se ponen en práctica estrategias para proteger la intimidad de los pacientes. La *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) exige que la información de salud sobre los pacientes esté asegurada de manera que solo las personas con el derecho y la necesidad de conocer la información puedan hacerlo. En la era del ordenador esta exigencia se ha convertido en un requisito complejo, ya que las normas de codificación y transmisión de datos no son universales y la autenticación de la autorización de acceso puede infringirse.

El aspecto de la confidencialidad de la HIPAA resultará en un equilibrio entre la protección de la revelación de información confidencial del paciente y la necesidad de ofrecer ciertos datos a instituciones específicas. En última instancia, los pacientes tendrán un control mayor sobre su información particular, y quienes infrinjan la norma afrontarán importantes penalizaciones. La práctica de la enfermería comunitaria ha modificado la faz de las regulaciones de la HIPAA. El gestor de casos y el personal de enfermería en salud pública necesitan mantener estrecha vigilancia para proteger la intimidad de la información de salud de los pacientes cuando envíen y reciban mensajes telefónicos, por fax y documentación electrónica tanto en los centros como en el ámbito de las instalaciones de cuidados de salud.

Cuidados durante todas las etapas de la vida

La mayoría de los niños y ancianos reciben cuidados de salud en sus comunidades y no en hospitales. Desde los nacimientos en casa a los programas de vacunación en las escuelas, la educación sexual para adolescentes, el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos o los cuidados paliativos, el profesional de enfermería trabaja con los pacientes y con la amplia variedad de organizaciones de salud de la comunidad para proporcionar bienestar y cuidado de la enfermedad. La investigación ha demostrado que los programas basados en la comunidad pueden tener un impacto positivo sustancial en los autocuidados y el bienestar (v. p. ej., Stevens, Lancer, Smith, Allen y McGhee, 2009). Puede verse una amplia variedad de iniciativas centradas en los cuidados dispensados en la comunidad para niños en la página web de la *American Academy of Pediatrics*.

Planificación de altas

Se llama **planificación de altas** al proceso de preparación de un paciente para que abandone un nivel de atención y pase a otro dentro o fuera de la actual institución de cuidados de salud. Habitualmente, la planificación de altas alude a la situación que se da cuando el paciente abandona el hospital para irse a casa. Sin embargo, las altas se producen entre otros muchos centros. Dentro de una instalación puede trasladarse a un paciente de una unidad a otra. Por ejemplo, un paciente con un accidente cerebrovascular puede ser trasladado de una unidad médica a una de rehabilitación, o un paciente con un traumatismo pasará del servicio de urgencias a una unidad de cuidados intensivos. Los pacientes pueden pasar de un hospital a una institución de cuidados de larga duración, de

un centro de rehabilitación a su domicilio, de un centro de cuidados de salud domiciliarios al hospital, y así sucesivamente.

Cada institución suele tener sus propias políticas y procedimientos en relación con el alta. Muchas instituciones cuentan con gestores de casos o planificadores de altas, un profesional de servicios de salud o sociales que coordina la transición y actúa como enlace entre la institución que da el alta y el centro que recibe al paciente. A menudo es un profesional de enfermería quien asume esta responsabilidad de prestar una continuidad de la atención.

La planificación de altas debe iniciarse cuando un paciente ingresa en una institución, especialmente en hospitales en los que las estancias se han acordado considerablemente. Una planificación de altas eficaz implica una valoración permanente para obtener una información extensa sobre las necesidades del paciente y planes de cuidados de enfermería para garantizar que se satisfacen las necesidades del paciente y de las personas que cuidan de él. En algunas situaciones, la planificación de altas exige charlas con el equipo de salud y con la familia. En una charla con el equipo de salud, los profesionales de la salud se centran en formas de individualizar la atención para el paciente. En una charla con la familia, los profesionales de la salud y los familiares del paciente hablan de las cuestiones familiares de interés. Ambos tipos de encuentros dan al paciente, su familia y los profesionales de la salud la oportunidad de planificar mutuamente la atención y de fijar objetivos.

Preparación para que los pacientes se vayan a casa

Los profesionales de enfermería que se preparan para enviar a los pacientes a casa desde el hospital han de valorar los datos personales y de salud de dichos pacientes; la capacidad de realizar las actividades de la vida cotidiana; cualquier limitación física, cognitiva u otra de carácter funcional; las respuestas y la capacidad de las personas que cuidan del paciente; la adecuación de los recursos financieros; el apoyo de la comunidad; los riesgos o barreras que presenta el entorno doméstico, y la necesidad de ayuda de cuidados de salud en el domicilio. El cuadro 7-8 ofrece detalles sobre cada uno de estos parámetros.

Los datos establecen las actividades de enfermería que se requieren antes de que se dé el alta al paciente. Estas actividades incluyen con mucha frecuencia: a) enseñanza al paciente para que pueda cuidar de sí mismo en su casa, y b) una remisión de atención domiciliaria.

Enseñanza de cuidados de salud domiciliarios

Los pacientes necesitan ayuda para comprender su situación, tomar decisiones de cuidados de salud y aprender nuevas conductas de salud. Como estancias hospitalarias son cada vez más cortas, a menudo es poco realista enseñar a los pacientes todo lo que deben saber antes del alta. Puede remitirse a una institución de salud domiciliaria para aprendizaje de seguimiento. La información esencial antes del alta incluye información sobre medicación, dieta y restricciones de actividad, signos de complicaciones que es preciso comunicar al proveedor de atención primaria, citas de seguimiento y números de teléfono, así como los lugares donde obtener los suministros. Los pacientes o las personas que cuidan de ellos deben demostrar también una ejecución segura del tratamiento necesario. Ha de ofrecerse la información verbalmente y por escrito. En el capítulo 27 se ofrecen detalles sobre estrategias eficaces de enseñanza. El refuerzo de la información del alta de cuidados en fase aguda recaerá a menudo en el dominio del profesional de enfermería de asistencia comunitaria. Las cuestiones relacionadas con aprendizaje sobre salud, barreras lingüísticas y acceso a los recursos por parte del paciente para conseguir una instrucción correcta de cuidados de salud son puntos importantes en el quehacer de los profesionales de enfermería comunitarios.

CUADRO 7-8 Planificación de altas: parámetros de valoración domiciliaria**DATOS PERSONALES Y DE SALUD**

Edad; sexo; altura y peso; creencias y prácticas culturales; historia médica; estado actual de salud; pronóstico; cirugía

CAPACIDAD DE REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Capacidad de vestirse; comer; asearse; bañarse (baño, ducha, esponja); ambular (con o sin ayudas como bastón, muletas, andador, silla de ruedas); traslado (de la cama a la silla, para entrar y salir del baño, para entrar y salir del automóvil); preparación de la comida; transporte; compras

DISCAPACIDADES/LIMITACIONES

Pérdidas sensoriales (auditivas, visuales); pérdidas motoras (parálisis; amputación); trastorno de comunicación; confusión mental o depresión; incontinencia

RESPUESTAS/CAPACIDAD DE LOS CUIDADORES

Principal relación del cuidador con el paciente; pensamientos y sentimientos sobre el alta del paciente; expectativas de recuperación; salud y capacidad de afrontamiento; comodidad con la aplicación de los cuidados

RECURSOS FINANCIEROS

Recursos financieros y necesidades (equipos, suministros, medicamentos, comidas especiales necesarias)

APOYOS DE LA COMUNIDAD

Miembros de la familia, amigos, vecinos, voluntarios; recursos como Medicaid; alimentos; servicios de nutrición; centros de salud; profesionales de enfermería de asistencia comunitaria; programas de día; asistencia legal; atención domiciliaria; cuidados para respirar

VALORACIÓN DEL RIESGO DOMÉSTICO

Precauciones de seguridad (escaleras con o sin guardamanos; iluminación en habitaciones, vestíbulos, escaleras; luces nocturnas en vestíbulos o baño; barras para agarrarse en el baño y el aseo; alfombras y alfombrillas bien sujetas); barreras para cuidarse solos (falta de agua corriente, falta de acceso en silla de ruedas al baño o a la vivienda, falta de espacio para el equipo necesario, falta de ascensor). Se proporciona una valoración detallada del riesgo doméstico en el capítulo 8.

NECESIDAD DE AYUDA DE CUIDADOS DE SALUD

Comidas entregadas a domicilio; necesidades especiales de dieta; voluntarios para hablar por teléfono, visitas de amigos, transporte, compras; ayuda en el baño; ayuda en la limpieza de la casa; ayuda en la cura de las heridas, ostomías, sondas, medicaciones intravenosas

Remisiones

El proceso de remisiones es un enfoque sistemático de resolución de problemas que ayuda a los pacientes a usar los recursos que cubren sus necesidades de cuidados de salud. El proceso implica conocimiento de los recursos de la comunidad y una capacidad para resolver problemas, fijar prioridades, coordinar y colaborar. Las remisiones de atención domiciliaria se suelen realizar antes del alta para los siguientes pacientes:

- Ancianos
- Niños con situaciones complejas
- Personas frágiles que viven solas
- Personas que tienen un sistema de apoyo limitado o carecen totalmente de él
- Personas que tienen un cuidador con salud frágil
- Personas con barreras arquitectónicas en su casa que dificultan su seguridad (p. ej., escaleras)

Las remisiones deben presentarse con la máxima cantidad posible de información sobre el paciente y la hospitalización para la institu-

ción. La mayoría de las instituciones cuentan con protocolos bien establecidos y formularios de referencia detallados. También pueden usarse como guía los parámetros de valoración del cuadro 7-8. El profesional de enfermería que atiende al paciente en el hospital es responsable de confirmar y documentar que se han realizado las remisiones relevantes. Con el fin de identificar y recomendar las remisiones, el profesional de enfermería debe estar ya familiarizado con los recursos que están disponibles en la comunidad. Con el uso de este conocimiento, más la información relativa a la conciencia previa del paciente y la elección de recursos comunitarios, los profesionales de enfermería de los hospitales desempeñan un papel clave en el mantenimiento de una continuidad eficaz de los cuidados de salud.

Para garantizar un reembolso adecuado a la institución de atención domiciliaria, el proveedor de atención primaria debe proporcionar una orden por escrito para referencia de la atención domiciliaria y posteriores visitas al domicilio. Los pacientes deben cumplir criterios específicos para tener un reembolso de Medicare u otros pagadores por los servicios de atención domiciliaria. El capítulo 8 ofrece detalles sobre la enfermería para la atención domiciliaria.

Consideraciones según la edad**Prestación de asistencia de salud****NIÑOS**

El Instituto Search ha identificado activos basados en la evidencia característicos de las comunidades sanas y de diferentes grupos de edad de niños. Estos activos son tanto externos como internos para el individuo y, si se promueven en las comunidades, contribuirán al sano desarrollo de los niños y sus familias y a la vida positiva de la comunidad. Se ha estudiado el impacto de estos activos en niños desde su nacimiento a la adolescencia, y muchas comunidades de todo EE. UU. los están usando para estructurar programas para niños y jóvenes. Entre estos activos se encuentran aspectos como el apoyo familiar, los valores familiares de igualdad y justicia social, la participación de niños y jóvenes con adultos y organizaciones comunitarias, el uso constructivo del tiempo de los jóvenes y la participación en el aprendizaje. El instituto posee asimismo cinco estrategias de acción para transformar las comunidades para la mejora de la juventud, que implican la participación de los adultos, la movilización de los jóvenes, la activación de organizaciones, la ampliación de los programas y la influencia en los medios políticos.

ANCIANOS

Debido a los cambios causados por el envejecimiento y al incremento de las enfermedades crónicas en ancianos, a menudo se requieren varios niveles de prestación de asistencia de salud. Los pacientes pueden pasar de uno a otro de estos niveles varias veces, conforme cambien sus necesidades. En varios momentos y situaciones, pueden necesitar atención en hospitales, domiciliaria, en instalaciones de cuidados extensos, en servicio ambulatorio y en asistencia directa. Son esenciales el mantenimiento de las comunicaciones y la prestación de una continuidad de la atención durante estos cambios.

Las personas que cuidan de los ancianos a menudo son mayores y pueden tener, a su vez, problemas de salud. Debe prestarse atención a los signos de fatiga física y emocional y a otros problemas que pudieran surgir. Los profesionales de enfermería comunitaria tienen la oportunidad de realizar valoraciones permanentes de estos aspectos cuando atienden a los pacientes y a sus cuidadores en su entorno doméstico. Asimismo pueden ofrecer el apoyo y los recursos que se necesiten.

Puntos de pensamiento crítico

Los profesionales de enfermería están tomando, y así debe ser, una función activa para influir en la dirección de los cuidados de salud. Reconociendo que existen límites finitos a la cantidad de dinero y proveedores de cuidados de salud disponibles, los resultados desearían a menudo compiten por los recursos. Considérese una situación clínica como la denominada «mastectomías 24 horas», en la que se traslada a pacientes a través de un sistema de cuidados intensivos (hospital) con extraordinaria rapidez en comparación con lo que sucedía anteriormente. La *Agenda para la reforma del sistema de salud de la ANA* (ANA, 2008) afirma que: a) los cuidados de salud debe suministrarse en centros que proporcionen tratamiento y atención de seguimiento con precios razonables en copagos basados en la capacidad de pago de cada persona; b) han de lograrse horas, lugares y tiempos de espera convenientes para atender a familias que trabajan, personas con discapacidades y personas de cualquier edad, y c) los servicios de

cuidados de salud han de ser apropiados en sentido cultural, respetuosos con los pacientes y sus familiares e incluirán la participación del paciente en las decisiones del tratamiento.

1. ¿En qué medida el ejemplo clínico de una mastectomía refleja o no los puntos de la agenda?
2. ¿Cuál de los tres elementos de la agenda enumerados anteriormente considera usted más importante, y por qué?
3. ¿Cómo podrían resolver el ejemplo clínico los diferentes marcos basados en la comunidad?
4. ¿Cómo usaría el profesional de enfermería la colaboración con los pagadores del seguro, las mujeres o los cirujanos para resolver cualquier asunto relativo al ejemplo clínico?

Véanse las respuestas a «Posibilidades de pensamiento crítico» en la página web de recursos del estudiante.

Capítulo 7 Revisión

PUNTOS CLAVE

- Los consumidores apoyan que se ponga más el acento en medidas de cuidados de salud que promuevan el bienestar.
- La *Agenda para la reforma del sistema de salud* de la ANA (2008) y *Healthy People 2020* de la USDHHS (2010) han formulado recomendaciones para la reforma de los cuidados de salud. Estas recomendaciones se centran en la accesibilidad a los servicios de cuidados de salud, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y en los pasos para considerar cómo reducir los costos de los cuidados de salud.
- Los costos de cuidados de salud, el acceso a la misma y su calidad son áreas de máximo interés en el análisis del sistema actual de cuidados de salud.
- Los cuidados de salud basados en la comunidad, de forma semejante a la atención primaria de salud, proporciona servicios relacionados con la salud en lugares en los que las personas pasan su tiempo: domicilio, refugios, residencias de larga duración, centros de trabajo, colegios, centros de la tercera edad y otros.
- Una comunidad es un conjunto de personas que comparten algún atributo de su vida.
- Para valoración de la comunidad pueden usarse ocho subsistemas propuestos por Anderson y McFarlane (2007): entorno físico, educación, seguridad y transporte, política y gobierno, servicios de salud y sociales, comunicación, economía y ocio.
- Están surgiendo enfoques para abordar los cuidados basados en la comunidad. Entre ellos hay un sistema de cuidados de salud integrados, iniciativas comunitarias, coaliciones en la comunidad, atención dirigida, gestión de casos y programas de alcance con trabajadores de la salud.
- Se han creado numerosos centros comunitarios. Los más recientes incluyen centros de enfermería comunitaria regentados por profesio-

nales de enfermería, enfermería en parroquias, enfermería penitenciaria y proyectos de teleasistencia.

- La enfermería basada en la comunidad dirige los cuidados de enfermería hacia individuos específicos. No se limita a un centro de práctica profesional; se extiende más allá de las fronteras institucionales para implicar a una red de servicios de enfermería: centros asistenciales de enfermería, cuidados ambulatorios, atención de larga duración, asesoramiento telefónico, salud domiciliaria, salud en centros educativos y cuidados paliativos.
- Para ejercer en sistemas comunitarios de cuidados de salud, los profesionales de enfermería necesitan conocimiento y técnicas en atención primaria, cuidados preventivos, atención basada en la población, acceso a los cuidados de salud, colaboraciones en la comunidad, equipos interdisciplinarios y políticas públicas.
- La colaboración entre los proveedores de cuidados de salud es clave para proporcionar unos cuidados de salud extensos.
- Una responsabilidad importante del profesional de enfermería es asegurar continuidad de la atención cuando los pacientes pasan de un nivel de atención a otro.
- La continuidad de la atención implica: a) planificación de altas que empieza cuando los pacientes ingresan en una institución; b) cooperación con el paciente y sus personas de apoyo, y c) colaboración interdisciplinaria.
- Los profesionales de enfermería deben garantizar que los pacientes tengan la información y cualificaciones esenciales para cuidar de sí mismos antes de recibir el alta para volver a casa. En algunas situaciones resulta necesaria una remisión a una institución de salud domiciliaria.

COMPRUEBE SUS CONOCIMIENTOS

- ¿Cuál de los siguientes aspectos está comprendido en la *Agenda para la reforma del sistema de salud* de la ANA (2008)?
 - Los cuidados de salud primarios deben basarse en hospitales de cuidados intensivos.
 - Debe pagarse un estándar mínimo de cuidados de salud para todas las personas completamente con fondos públicos.
 - La gestión de casos debe enfocarse en pacientes con necesidades de cuidados de salud duraderas.
 - Los servicios esenciales deben iniciarse simultáneamente para evitar vacíos.
- ¿En cuál de los siguientes elementos contemplaba la comisión Pew la necesidad de que los profesionales del futuro consigan un alto conocimiento técnico?
 - Uso de la tecnología.
 - Mayor interés en la práctica en los centros terciarios.
 - Enfoques clínicos tradicionales.
 - Toma de decisiones para pacientes no competentes.
- ¿Cuál de las siguientes es una característica de los cuidados de enfermería suministrados en cuidados de salud basados en la comunidad?
 - Los pacientes son principalmente quienes sufren enfermedades identificadas.
 - Los pacientes son individuos en grupos según sus afinidades geográficas.
 - La atención es sufragada por la comunidad como un todo y no por los individuos.
 - Todos los pacientes son objeto de gestión de casos.
- Cuando realiza unos cuidados de salud en colaboración, ¿cuál de las siguientes directrices debe aplicar el profesional de enfermería?
 - Asumir un papel de liderazgo para dirigir el equipo de cuidados de salud.
 - Depender de la experiencia de otros miembros del equipo de cuidados de salud.
 - Estar presente físicamente para la aplicación de todos los aspectos del plan de cuidados.
 - Delegar la autorización de toma de decisiones a cada proveedor de cuidados de salud.
- El profesional de enfermería concluye que se ha realizado una planificación eficaz de las altas (del hospital al domicilio) cuando el paciente dice una de las siguientes frases. ¿Cuál?
 - «En cuanto vuelva a casa, el enfermero vendrá a verme, valorará dónde vivo y verá qué clase de atención necesito».
 - «Lo único que necesito son mis pastillas y volver a casa. Ya estoy listo para el alta».
 - «Cuando venga al médico en 10 días, me enseñarán cómo cambiarme los vendajes».
 - «Tengo los números de teléfono de los enfermeros de atención domiciliar y el terapeuta que me vendrá a ver mañana a casa».
- Un gran desastre en la comunidad produjo la destrucción de numerosos hogares y muchas personas resultaron heridas. Se necesita la ayuda de los profesionales de enfermería de asistencia comunitaria y asistencia domiciliar. ¿Cuál de las siguientes acciones es más probable que realice el personal de enfermería de atención domiciliar?
 - Proporcionar un suministro de agua seguro.
 - Llevar un seguimiento de las enfermedades transmisibles.
 - Establecer sistemas de comunicación y apoyo.
 - Valorar y tratar a pacientes individuales.

Véanse las respuestas a «Compruebe sus conocimientos» en el apéndice A.

Recursos Pearson para estudiantes de enfermería

Puede encontrar materiales de estudio adicionales en nursing.pearsonhighered.com

Prepárese para triunfar con preguntas prácticas adicionales de estilo NCLEX®, tareas y actividades interactivas, enlaces web, animaciones, vídeos y mucho más.

LECTURAS Y BIBLIOGRAFÍA

LECTURAS RECOMENDADAS

Swaick, J. (2009). The impact of healthcare issues on the future of the nursing profession: The resulting increased influence of community-based and public health nursing. *Nursing Forum*, 44(1), 19–24. doi:10.1111/j.1744-6198.2009.00123.x

El autor argumenta que las cuestiones relacionadas con costos, con el conflicto entre los valores de las responsabilidades de la prestación de salud y los de la financiación de la misma y con los recursos en la fuerza de trabajo pueden resolverse en gran parte incrementando el interés por la prestación de servicios de base comunitaria. Considera que los estadounidenses están asumiendo una responsabilidad cada vez mayor por lo que respecta a su propia salud y que expresan una creciente voluntad de realizar y costearse actividades relacionadas con el bienestar, como las destinadas a mantenerse en buena forma. Asimismo, manifiesta la necesidad de que más personas se encarguen de la asistencia de los miembros de la familia (en especial los de más edad) y define el modo en el que el efecto de ello repercutirá en el aumento de los recursos asignados a salud comunitaria. Igualmente, analiza otros cambios en el enfoque global de la salud comunitaria.

INVESTIGACIÓN RELACIONADA

Martins, D. C. (2008). Experiences of homeless people in the health care delivery system: A descriptive phenomenological study. *Public Health Nursing*, 25, 420–430. doi:10.1111/j.1525-1448.2008.00726.x

Turner, A., Stevi, Z., Rever, D., & Altanora, R. (2008). From the ground up: Information needs of nurses in a rural public health department in Oregon. *Journal of the Medical Library Association*, 96, 335–342. doi:10.3183/j.1536-5050.96.4.008

Wong, S., & Regan, S. (2009). Patient perspectives on primary health care in rural communities: Effects of geography on access, continuity and efficiency. *Rural & Remote Health*, 9, 1142.

BIBLIOGRAFÍA

American Nurses Association. (1991). *Nursing's agenda for health care reform*. Kansas City, MO: Author.

American Nurses Association. (1992). *House of delegates report: 1992 convention*. Las Vegas, Nevada: (pp. 104–120). Kansas City, MO: Author.

American Nurses Association. (2007). *Corrections nursing: Scope and standards of practice*. Silver Spring, MD: Author.

American Nurses Association. (2008). *ANA's health system reform agenda*. Silver Spring, MD: Author. Retrieved from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/HealthSystemReform/Agenda.aspx>

American Psychological Association. (2008). *Blueprint for change: Achieving integrated health care for an aging population*. Washington, DC: Author.

American Public Health Association. (1996). *The definition and role of public health nursing: A statement of APHA Public Health Nursing Section*. Washington, DC: Author.

Anderson, E. T., & McFarlane, J. (2007). *Community as partner: Theory and practice in nursing* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Aston, M., Meagher-Stewart, D., Edwards, N., & Young, L. M. (2009). Public health nurses' primary health care practice: Strategies for fostering citizen participation. *Journal of Community Health Nursing*, 26, 24–34. doi:10.1080/07370010802605762

Barnes, D., Erbes, C., Juarbe, T., Nelson, M., Proctor, S., Sawyer, L., ... Meleis, A. (1996). Primary health care and primary care: A confusion of philosophies. *Nursing Outlook*, 43(1), 7–16. doi:10.1016/S0029-6554(96)80036-7

DePalma, J. A. (2009). Telehealth in the community: A research update. *Home Health Care Practice*, 21, 205–207. doi:10.1177/1084822308326442

De Tornyay, R. (1992). Reconsidering nursing education: The report of the Pew Health Professions Commission. *Journal of Nursing Education*, 31, 295–301.

Donaldson, M. S., Yonky, K. D., Lohr, K. N., & Vanselow, N. A. (Eds.). (1996). *Primary care: America's health in a new era*. Washington, DC: National Academy Press. Retrieved from http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=5152

Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press. Retrieved from http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10027

International Parish Nurse Resource Center. (2010). *Job description for the ministry of parish nursing practice*. Deaconess Parish Nurse Ministries, LLC. Retrieved from <http://perishnurses.org/Home.aspx?ContentID=28&id=20&Description%20of%20the%20Ministry%20of%20Parish%20Nursing%20Practice>

National Center for Health Statistics. (2009). *Health: United States, 2009*. Hyattsville, MD: Author.

National Prison Rape Elimination Commission. (2009). *National Prison Rape Elimination Commission report*. Retrieved from <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/226960.pdf>

O'Neil, E. H., & Pew Health Professions Commission. (1998). *Recreating health professional practice for a new century*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.

Smith, S. D. (Ed.). (2003). *Parish nursing: A handbook for the new millennium*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Stevens, A. B., Lancer, K., Smith, E. R., Allen, L., & McChes, R. (2009). Engaging communities in evidence-based interventions for dementia caregivers. *Family & Community Health*, 32, 583–592.

U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *Healthy people 2020*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/hp2020/default.asp>

World Health Organization. (1978). *Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care*. Geneva, Switzerland: Author.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. D. (2009). *Community health nursing: Promoting and protecting the public's health* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Almberg, A., Ulander, K., Thulin, A., & Berg, S. (2009). Patients' perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 199–209. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02321.x

American Nurses Association. (2007). *Public health nursing: Scope and standards of practice*. Washington, DC: American Nurses Publishing.

Day, M., McCarthy, G., & Coffey, A. (2009). Discharge planning: The role of the discharge co-ordinator. *Nursing Older People*, 21(1), 26–31.

Hunt, R. (2008). *Introduction to community-based nursing* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Ivory, L. L., & Blue, C. L. (2008). *Public health nursing: Policy, politics & practice*. Florence, KY: Cengage.

January, A. (2009). Friday at Frontier Nursing Service. *Public Health Nursing*, 26, 202–203. doi:10.1111/j.1525-1448.2009.00771.x

Leake, P., & Smith, C. M. (2008). *Community/public health nursing practice: Health for families and populations*. St. Louis, MO: Elsevier.

Lee, S., Thompson, S., & Amorin-Woods, D. (2009). One service, many voices: Enhancing consumer participation in a primary health service for multicultural women. *Quality in Primary Care*, 17(1), 63–69.

Markham, T., & Carney, M. (2008). Public health nurses and the delivery of quality nursing care in the community. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1342–1350. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01894.x

Pew Health Professions Commission. (1991). *Healthy America: Practitioners for 2006, An agenda for action for U.S. health professional schools*. San Francisco, CA: Author.

Sines, D., Saunders, M., & Forbes-Burford, J. (2009). *Community health care nursing* (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2010). *Foundations of nursing in the community: Community-oriented practice* (3rd ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

Starr, S., & Wallace, D. (2009). Self-reported cultural competence of public health nurses in a southeastern U.S. public health department. *Public Health Nursing*, 26(1), 48–57.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2010: Understanding and improving health* (2nd ed.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Wakeman, J. (2009). Innovative rural and remote primary health care models: What do we know and what are the research priorities? *Australian Journal of Rural Health*, 17(1), 21–26. doi:10.1111/j.1440-1584.2008.01032.x