

KLAINBERG · HOLZEMER · LEONARD · ARNOLD

SALUD COMUNITARIA

booksmedicos.org

**Mc
Graw
Hill**

Biblioteca
de Enfermería *McGraw-Hill*





*E*NFERMERÍA PARA LA SALUD COMUNITARIA

Una alianza para la salud

ADVERTENCIA

La medicina es una ciencia en continuo desarrollo. A medida que la nueva investigación y experiencia clínica amplían nuestro conocimiento, se precisan cambios en el tratamiento farmacológico. Los autores y el editor han revisado este trabajo con fuentes consideradas confiables en su esfuerzo por ofrecer una información completa y acorde con los estándares aceptados en el momento de su publicación. Sin embargo, en vista de la posibilidad de errores humanos o cambios en las ciencias médicas, ni los autores, ni el editor, ni ninguna otra de las partes involucradas en la preparación o publicación de este trabajo, garantiza que la información aquí contenida sea exacta o completa en cada uno de sus aspectos y no son responsables por los errores u omisiones ni por los resultados obtenidos por la utilización de tal información. Invitamos a los lectores a confirmar en otras fuentes la información aquí contenida. Por ejemplo y en particular, se aconseja revisar la información del producto contenida en el inserto de cada medicamento que planean administrar, con objeto de confirmar que la información contenida en este libro es precisa y que no se han efectuado cambios en las dosis recomendadas o en las contraindicaciones para su administración. Esta recomendación tiene particular importancia con referencia a los medicamentos nuevos o poco utilizados.



ENFERMERÍA PARA LA SALUD COMUNITARIA

Una alianza para la salud

MARILYN KLAINBERG, R.N., Ed. D.

Profesora asistente

Facultad de Enfermería de la Universidad

Adelphi

Garden City, Nueva York

Profesora clínica asociada y directora

de educación continuada

Universidad Estatal de Nueva York

Centro de Ciencias de la Salud de

Brooklyn

Facultad de Enfermería

Brooklyn, Nueva York

STEPHEN HOLZEMER, Ph. D., R.N.

Decano y profesor

Long Island College Hospital

Facultad de Enfermería

Brooklyn, Nueva York

Asesor, educación de enfermería

St. Francis College

Brooklyn, Nueva York

**MARGARET LEONARD, M.S., R. N. C,
F.N.P.**

Directora de calidad de la Administración
de los Casos

Plan Católico de Salud del Estado de

Nueva York

Rego Park, Nueva York

Miembro adjunto

Facultad de Enfermería, College of New
Rochelle

New Rochelle, Nueva York

Productora y anfitriona de "Enfermera
comunitaria - consulta directa"

WHPC-FM

Garden City, Nueva York

JOAN ARNOLD, PH., R.N.

Profesora asociada

Facultad de Enfermería, .College of New

Rochelle

New Rochelle, Nueva York

McGRAW-HILL

División Ciencias de la Salud

SERIE ESENCIAL DE ENFERMERÍA de Mc-GRAW-HILL

Nueva York St. Louis San Francisco Auckland Bogotá Caracas Landres

Madrid Ciudad de México Milán Montreal Nueva Delhi San Juan

Singapur Sidney Tokio Toronto

McGraw-Hill

Una División de McGraw-Hill Companies



ENFERMERÍA PARA LA SALUD COMUNITARIA: Una alianza para la salud

Derechos reservados © 1998 por McGraw-Hill Companies, Inc. Reservados todos los derechos. Impreso en Estados Unidos de América. Con excepción de lo permitido por el Acta de 1976 sobre los Derechos Reservados en Estados Unidos, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o distribuida en forma alguna o por ningún medio, o almacenada en una base de datos o sistema de recuperación sin la autorización previa escrita por parte del editor.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 DOW DOW 9 9 8 7

ISBN 0-07-105478-2

Este libro fue preparado en Sabon por V. & M. Graphics, Inc.

Los editores fueron John Dolan y Steven Melvin;

y el supervisor de producción fue Richard Ruzycka;

la cubierta y el texto fueron diseñados por Patrice Sheridan.

El índice fue preparado por Patricia Perrier.

R.R. Donnelley e Hijos fue el impresor y empastador.

Este libro está impreso en papel libre de ácido.

Los datos para la catalogación de la publicación se encuentran en archivo bajo este título en la Biblioteca del Congreso.

Impreso en Colombia - Printed in Colombia

Impreso por: Nomos S. A.



CONTENIDO

<i>Colaboradores</i>	<i>vii</i>
<i>Prefacio</i>	<i>ix</i>
<i>Agradecimientos</i>	<i>xi</i>
Parte 1: PRINCIPIOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA DE SALUD COMUNITARIA	1
1 Naturaleza de la salud comunitaria <i>Marilyn Klainberg</i>	3
2 Una perspectiva histórica de la enfermería para la salud comunitaria <i>Susan Buchholtz y Marilyn Klainberg</i>	23
3 Diversidad cultural en la comunidad <i>Marilyn Klainberg</i>	35
4 Aspectos éticos <i>Marilyn Klainberg</i>	55
5 Alianza para la salud: un modelo para la evaluación de la salud comunitaria <i>Stephen Paul Holzemer y Joan Arnold</i>	76
Parte 2: LA COMUNIDAD COMO CLIENTE	101
6 Naturaleza y tipos de comunidades <i>Joan Arnold</i>	103
7 La comunidad como cliente <i>Joan Arnold</i>	117
8 Valoración y diagnóstico de la comunidad <i>Joan Arnold</i>	132
9 Intervenciones de enfermería en la atención de las comunidades <i>Joan Arnold</i>	163
10 Resultados de la atención basada en la comunidad <i>Joan Arnold y Laurel Janssen Breen</i>	183

Parte 3:	ATENDIENDO A LAS PERSONAS EN SUS HOGARES O SITIOS DE RESIDENCIA	203
11	Visión global de los conceptos de la atención domiciliaria <i>Stephen Paul Holzemer, Marilyn Klainberg, Margaret Leonard y Theresa M. Graf</i>	205
12	Valoración de la salud familiar <i>Joan Arnold</i>	226
13	Las intervenciones de enfermería y los resultados obtenidos en los clientes en una era tecnológica <i>Stephen Paul Holzemer y María E. Scaramuzzino</i>	255
Parte 4:	CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: TENTATIVAS PARA MANEJAR LA ATENCIÓN EN FORMA INTEGRAL	269
14	Inconvenientes para ofrecer continuidad en la atención en un sistema de salud con múltiples frentes <i>Stephen Paul Holzemer</i>	271
15	Infraestructura para la prestación de la atención y funciones de la enfermera de salud comunitaria <i>Stephen Paul Holzemer y Lillian Anderson-Rafeldt</i>	285
16	Efecto de la acreditación y la certificación profesional sobre la continuidad de la atención <i>Stephen Paul Holzemer y Carolyn A. Fish</i>	296
17	Re-ingeniería de la profesión de enfermería para la subsistencia en los actuales sistemas de prestación de la atención <i>Stephen Paul Holzemer, Joanne K. Singleton y Carol Green-Hernández</i>	307
Parte 5:	EL NEGOCIO Y LA POLÍTICA DE ENFERMERÍA EN LA SALUD COMUNITARIA	319
18	El negocio de la salud comunitaria <i>Margaret Leonard</i>	321
19	La política de la salud comunitaria <i>Margaret Leonard</i>	348
20	Atención gestionada: amiga o enemiga <i>Margaret Leonard</i>	374
21	Futuros retos y oportunidades para los profesionales de enfermería <i>Margaret Leonard</i>	399
	<i>Apéndices</i>	419
	<i>índice</i>	423



COLABORADORES

Illian Anderson-Rafeldt, M. A., R. N., C. N. S. [15]

Instructora
Salve Regina College
Newport, Rhode Island
Asesora en enfermería geriátrica
Voluntown, Connecticut

Joan Arnold, Ph. D., R. N. [5, 6, 7, 8, 9, 10, 12]

Profesora asociada
College of New Rochelle
Facultad de Enfermería
New Rochelle, Nueva York

Laurel Janssen Breen, M. A., R. N. [10]

Asesor en atención de salud
Sea Cliff, Nueva York
Docente sénior adjunto
Adelphi University
Garden City, Nueva York

Susan Buchholtz, Ed. D., R. N. [2]

Instructora
Mt. Vernon Hospital
Facultad de Enfermería
Mt. Vernon, Nueva York

Carolyn A. Fish, M. P. H., R. N. [16]

Profesora
University of New England
Westbrook Campus
Departamento de Enfermería
Portland, Maine

Theresa M. Graf, C. I. J., Ed. D., R. N. [11]

Directora de servicios de salud
Red de Nutrición Interfaith
Hempstead, Nueva York

**Carol Green-Hernández, Ph. D., F. N. S., A. N. P./
F. N. P. [17]**

Profesora asociada
Directora de proyecto, enfermera de atención primaria
Programa de practicantes
University of Vermont
Burlington, Vermont

Los números que aparecen entre corchetes se refieren a los capítulos escritos total o parcialmente por los colaboradores

Stephen Paul Holzemer, Ph. D., R. N. [5, 11, 13, 14, 15, 16, 17]

Decano y profesor
Long Island College Hospital
Facultad de Enfermería
Brooklyn, Nueva York

y
Asesor, Educación de Enfermería
St. Francis College
Brooklyn, Nueva York

Marilyn Klainberg, Ed. D., R. N. [1, 2, 3, 4, 11]

Profesora asistente
Facultad de Enfermería Adelphi University
Garden City, Nueva York

y
Profesora clínica asociada y
Directora de Educación Continuada
State University of New York
Centro de Ciencias de la Salud de Brooklyn
Facultad de Enfermería
Brooklyn, Nueva York

Margaret Leonard, M. S., R. N. C, F. N. P. [11, 18, 19, 20, 21]

Directora de Calidad en la Administración de Casos
Plan Católico de Salud del Estado de Nueva York
Regó Park, Nueva York

y
Docente adjunto
College of New Rochelle
Facultad de Enfermería
New Rochelle, Nueva York

y
Productora y anfitriona de "Enfermera
comunitaria - consulta directa" WHPC-FM
Garden City, Nueva York

María E. Scaramuzzino, M. S. N., R. N., F. N. P. [13]

Instructora
The Long Island College Hospital
Facultad de Enfermería
Brooklyn, Nueva York

Joanne K. Singleton, Ph. D., R. N., C. S., F. N. P. [17]

Profesora asistente
Pace University
Facultad de Enfermería, Leinhard
Pleasantville, Nueva York



AGRADECIMIENTOS

Con gran aprecio los autores agradecen a las siguientes personas su contribución a este libro: Laurel Janssen Breen, Jane Edwards, Janet Hand, Francine Medoff y Linda Rubino.

Un agradecimiento especial a nuestras familias y amigos por su paciencia y respaldo durante este esfuerzo. Por todo su amor, apoyo y estímulo, agradecemos a Ron Leonard; Denise y David McGraw; Billy Murphy; Cornelius, Virginia, Jack, Jennifer, P. J. y Jessica Brolly; Peter Suárez; Chris, Tom, Andrew, Eric y Meaganne Hattorff; Elise, Lauren y Erica Leonard; Kay y Dick Malenchek; Sally y Tim Boggan; John Shannon Keogh; Carolyn Fish; Rick, Michael y Matthew Arnold; Bernard, Dennis, Dana, Greg, Jenny, Joshua, Max, Adam, Emma y Sydney Klainberg; Danielle, Mark y Sofía Rosenberg; Marcia Hammer; Arme Lupkin; Rose Ciampa; Nancy Giordano; y especialmente a los estudiantes que han sido nuestros maestros y nos han enseñado tanto.



PREFACIO

Enfermería para la salud comunitaria: Una alianza para la salud ha sido destinado como texto básico para estudiantes de pregrado; sirve como introducción a la enfermería para la salud comunitaria y para la/el enfermera(o) profesional registrada(o) que ejerce en escenarios comunitarios. Este libro presenta la enfermería para la salud comunitaria como parte de una alianza para la salud, en un trabajo en cooperación con los miembros de la comunidad y otras profesiones de la atención de salud para satisfacer las necesidades de los clientes. Ya sea una familia individual, un agregado o la comunidad, este libro dilucida la necesidad de suministrar al cliente una atención integral de la salud. Con énfasis en la atención del cliente en la comunidad, este texto sirve como fuente y referencia importante para las enfermeras en esta época cambiante de la prestación de atención de la salud.

Las notas al margen aclaran y amplían las definiciones y destacan áreas del contenido que son enfatizadas para el lector. Las referencias mencionadas son suministradas para dirigir a los lectores a discusiones más profundas y revisiones adicionales de los conceptos presentados.

La parte 1, Principios básicos de enfermería de salud comunitaria, sirve como introducción a los conceptos básicos de enfermería para la salud comunitaria, los cuales son desarrollados a lo largo de este libro. El capítulo 1 ofrece una visión global de enfermería de salud comunitaria y salud pública; una reseña de los cambios en el sistema de atención de la salud; una introducción a la atención de las familias, grupos y comunidades, y una breve visión global del proceso epidemiológico relacionado con la salud comunitaria. El capítulo 2 brinda un breve recuento histórico de la enfermería de salud comunitaria. El capítulo 3 explora el impacto de la diversidad cultural sobre la forma como las enfermeras suministran atención de salud a una comunidad. El capítulo 4 explora los aspectos éticos relacionados con la enfermería de salud comunitaria. El capítulo 5 detalla el modelo de alianza, un enfoque interdisciplinario para la atención de salud basada en la comunidad. Las partes constituyentes del modelo incluyen las necesidades comunitarias, los sistemas para la gestión de la atención y las decisiones para la adjudicación de los recursos. Este modelo se utiliza como marco para la aplicación del proceso de enfermería en la atención de las comunidades.

La parte 2, La comunidad como cliente, introduce al lector en la comunidad como sistema y cliente para su atención, utilizando el modelo de alianza para la salud. El capítulo 6 describe a la comunidad misma desde diversas perspectivas.

El capítulo 7 identifica a la comunidad como un sistema de cliente y ofrece al lector las formas para vislumbrar a la comunidad y la importancia que tiene el enfoque interdisciplinario de la atención. Los capítulos 8, 9 y 10 aplican el proceso de enfermería en la atención de las comunidades.

La parte 3, Atendiendo a las personas en sus hogares o sitios de residencia, proporciona información relevante sobre la atención directa del cliente. El capítulo 11 provee información importante para realizar una visita domiciliaria. El capítulo 12 revisa la metodología para valorar a la familia, y el capítulo 13 explora la tecnología avanzada y la atención domiciliaria.

En la parte 4, Continuidad de la atención: tentativas para manejar la atención en forma integral. El capítulo 14 analiza los desafíos de trabajar con un sistema de atención de salud que tiene múltiples frentes. El capítulo 15 ofrece una comprensión de la infraestructura del sistema de atención de salud y la función que las enfermeras desempeñan en él. El capítulo 16 examina el efecto de la acreditación sobre la certificación y la continuidad de la atención. El capítulo 17 explora la reingeniería de la profesión de enfermería para su permanencia en el evolutivo sistema de prestación de la atención.

La parte 5, El negocio y la política de enfermería para la salud comunitaria, brinda a todo estudiante o enfermera registrada una visión de los aspectos políticos y comerciales de enfermería para la salud comunitaria. Los capítulos 18 y 19 suministran al lector una comprensión básica de las diferentes clases de negocios posibles y el funcionamiento del Gobierno. El capítulo 20 cubre la atención gestionada. El capítulo 21 detalla las oportunidades disponibles para las enfermeras en la cambiante industria de atención de la salud, y el importante papel desempeñado por las organizaciones profesionales para impulsar la profesión de enfermería.



ENFERMERÍA PARA LA SALUD COMUNITARIA

Una alianza para la salud

P A R T E

1

*P*RINCIPIOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA DE SALUD COMUNITARIA





NATURALEZA DE LA SALUD COMUNITARIA

CAMBIO EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD

A partir de 1990, el sistema de atención de salud en Estados Unidos ha experimentado y continúa experimentando un enorme cambio. Durante este tiempo, "el marco organizacional, financiero y legal de gran parte de la atención de salud en Estados Unidos se ha transformado" (Pew Health Professions Commission, 1995, p. 1). El principal impacto sobre el sistema estadounidense de atención de salud ha consistido en implementar la atención gestionada y en incrementar el número de clientes que son atendidos en sus hogares. El elevado costo de la hospitalización ha disminuido notablemente debido a los cierres y los recortes de personal de los hospitales, lo cual ha dado como resultado una reducción de las camas hospitalarias y, por tanto, el acortamiento de las estancias de los clientes en los hospitales. Dado que los clientes son enviados con prontitud a sus hogares, existe la necesidad crítica de una atención domiciliaria mayor con tecnología más sofisticada. Para los próximos años, habrá un enfoque aún mayor sobre la atención gestionada centrada en los servicios para la salud pública y comunitaria.

ENFERMERÍA PARA LA SALUD COMUNITARIA

Las enfermeras de salud comunitaria laboran en diversos ambientes con individuos, familias, grupos y la comunidad como un todo. El papel de la enfermera de salud comunitaria es dinámico, cambia y crece a medida que suple las necesidades de la sociedad. Como proveedores primarios en la atención de salud, las enfermeras comunitarias desempeñan diversos papeles. La atención de salud suministrada a comunidades, grupos, agregados, familias y clientes por estas enfermeras, incluye educación y promoción de la salud, y programas de detección y prevención a través de los departamentos de salud pública, servicios hospitalarios ambulatorios, y organizaciones voluntarias relacionadas con la salud comunitaria. Las enfermeras de salud comunitaria pueden brindar atención a clientes individuales a través de las agencias voluntarias tal como el servicio de la enfermera visitante, las agencias de atención domiciliaria con fines lucrativos, los departamentos de atención domiciliaria con sede en los hospitales, y en escenarios ambulatorios tales como colegios y sitios de trabajo. La atención de salud suministrada a los individuos y las familias puede abarcar servicios directos de atención al cliente, incluyendo el manejo de las necesidades específicas del mismo (por ejemplo, la atención de una herida o la evaluación de las condiciones preexistentes). El capítulo 15 contiene una discusión más detallada sobre estos papeles.

Cualquiera que sea su enfoque, la enfermera de salud comunitaria brinda siempre educación para la salud y orientación al cliente y su familia. Además, coordina la planeación, el manejo del caso, la consejería y la remisión del cliente a otros pro-

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

Cambio en el sistema de atención de salud
Enfermería para la salud comunitaria
Servicios de salud pública
Principios para el ejercicio de la salud comunitaria
La atención de individuos, familias, grupos y comunidades
Epidemiología Proceso
epidemiológico Resumen

veedores de atención de salud (por ejemplo, fisioterapeutas, consejeros nutricionales, terapeutas ocupacionales). Junto al cliente y la enfermera de salud comunitaria, estos proveedores forman una *alianza para la salud*. Al formar e incentivar las alianzas, las enfermeras de salud comunitaria conservan un enfoque global sobre la salud de clientes individuales y de la comunidad como cliente. El concepto de que las comunidades sanas albergan la salud individual es importante ya que existe una relación recíproca entre la salud individual, la salud familiar y la salud comunitaria. A medida que el mundo "se hace más pequeño" como resultado de la mayor tecnología, la ampliación del comercio global, el aumento del turismo recreativo y los mejores sistemas de transporte, aumenta la posibilidad de diseminación de las enfermedades; por tanto, los profesionales de salud comunitaria deben incorporar en su práctica, cada vez más, el concepto de la comunidad sana.

La enfermera de salud comunitaria

Con frecuencia, la noción de la enfermera de salud comunitaria es la de una enfermera visitante que se ocupa de la salud de sus clientes exclusivamente en sus hogares. Aunque este concepto es en cierto modo válido, según la interpretación de la American Nurses Association (ANA), el papel de las enfermeras de salud comunitaria consiste en suministrar atención a los individuos, las familias y los agregados dentro de las comunidades, utilizando las habilidades y el conocimiento relevantes tanto a la enfermería como a la salud pública (ANA, 1986). Ellas brindan servicios de consejería, realizan evaluaciones, proporcionan instrucción y educación, o implementan la investigación para mejorar la atención de salud del cliente. En cualquiera de estas funciones, la enfermera comunitaria actúa siempre como defensor del cliente ya se trate de un individuo, familia, grupo o comunidad. La ANA define además la enfermería para la salud comunitaria como una síntesis del ejercicio de la enfermería y de la práctica de la salud pública en relación con la promoción y la preservación de la salud de las poblaciones. Ésta no se limita a grupos étnicos especiales o a un diagnóstico en particular. Es continua, no episódica, y aunque con frecuencia está dirigida a los individuos, contribuye a la salud de la totalidad de la población. De este modo, el ejercicio de la enfermería para la salud comunitaria se ocupa de la promoción de la salud pública (ANA, 1986).

Una confusión adicional relacionada con el papel de las enfermeras de salud comunitaria ha surgido del hecho de que los términos "enfermera de Salud comunitaria" y "enfermera de salud pública" a menudo son utilizados en forma intercambiable.

La enfermería para la salud pública sintetiza el conocimiento de la ciencia de la salud pública y las teorías profesionales de la enfermería. Es utilizada para el mejoramiento de la salud de toda la comunidad. La enfermería de la salud pública combina las metas de la prevención de la enfermedad y el trauma, así como la promoción de la salud (ANA, 1986).

Enfermería para la salud pública. Este término se refiere a la combinación de los servicios de enfermería y promoción de la salud de las poblaciones. Su objetivo consiste en mejorar las condiciones sanitarias; controlar las epidemias en la comunidad; prevenir la transmisión de las infecciones; brindar educación sobre los principios de higiene personal; organizar servicios de medicina y enfermería para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento oportuno de la enfermedad, y desarrollar mecanismos sociales y patrones de vida que garanticen la salud de los individuos en la comunidad y en el mundo; el término enfermera de salud pública debe ser utilizado para describir a quien ha sido profesionalmente preparada y supervisada en la práctica clínica de la enfermería para la salud pública. A nivel básico, la enfermera de salud pública cuenta con un título universitario en enfermería. La especialista en salud pública realiza un posgrado

centrado en las ciencias de la salud pública y posee un título de maestría o doctorado [U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), 1985].

Enfermería para la salud comunitaria. Este término es más amplio puesto que incorpora a la enfermería para la salud pública. Se define como "la síntesis de la teoría de la enfermería y la teoría de la salud pública aplicadas a la promoción y preservación de la salud de las poblaciones. El centro de la práctica de la enfermería para la salud comunitaria es la comunidad como un todo, y el suministro de la atención de enfermería a los individuos, las familias y los grupos dentro del contexto de promoción y preservación de la salud de la comunidad en su totalidad" (Association of Community Health Nursing Educators, 1990, p. 1). El término enfermera de salud comunitaria hace referencia a toda enfermera que trabaje con la comunidad. Éste puede ser utilizado para describir a las enfermeras de cualquier nivel que trabajen con la comunidad (por ejemplo, enfermeras de salud ocupacional, enfermeras escolares, enfermeras de hospicios, enfermeras de atención domiciliaria). La especialista en enfermería para la salud comunitaria posee un título de maestría o doctorado en enfermería (DHHS, 1985).

La enfermería para la salud comunitaria ofrece atención y la seguridad de un elevado bienestar para los individuos, los grupos y las familias dentro del alcance de las mayores necesidades comunitarias.

Alcance de la atención

Para muchos profesionales de la atención de salud que no están familiarizados con los principios y las dimensiones prácticas de la enfermería en salud comunitaria, el concepto de brindar atención a una comunidad o a una población es difícil de comprender. La mayoría de enfermeras atiende a los individuos exclusivamente en las instalaciones hospitalarias. Las enfermeras de salud comunitaria conservan un enfoque global de la salud del cliente ya se trate de un individuo, una familia, un grupo o una comunidad, cualquiera que sea su dimensión. El concepto de que las comunidades sanas albergan la salud individual es importante para la forma en que las enfermeras de salud comunitaria enfocan la atención de salud de la comunidad.

Aunque la atención primaria es una función establecida para la enfermera de salud comunitaria, el manejo del caso es una función bastante nueva. La enfermera de salud comunitaria que se encarga de un caso maneja la atención del cliente y colabora con otros profesionales en la atención de salud. El manejo del caso se ha definido como "un proceso para el suministro de atención de salud cuyas metas consisten en brindar calidad en la atención de salud, reducir la fragmentación, mejorar la calidad de vida de los clientes y limitar los costos" (ANA Council on Community Health Nursing).

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

"La misión de las agencias de salud estatales y locales es proteger y promover la salud, y prevenir la enfermedad y la lesión" [National Association of County Health Officials (NACHO), 1993, p. 4]. Para lograrlo, los servicios de las agencias de salud pública incluyen múltiples actividades, las cuales pueden ser agrupadas en una de estas tres funciones principales: evaluación, desarrollo de políticas y aseguramiento (NACHO, 1993). Mantener el alcance de estas funciones es responsabilidad de las enfermeras de salud pública que trabajan con una agencia de salud pública tal como DHHS (Department of Health and Human Services).

La *evaluación* se refiere al monitoreo del estado de salud de las comunidades o poblaciones por parte de las agencias de salud pública. También incluye la recolec-

ción y el análisis de las estadísticas (por ejemplo, datos de morbilidad y mortalidad). Los asesores de salud pública observan y calculan los recursos para la salud, los cuales cubren adecuadamente o no las necesidades de salud de una comunidad (NACHO, 1993).

El *desarrollo de políticas* consiste en la formulación de planes o acciones desarrolladas para satisfacer las necesidades evaluadas en una comunidad (NACHO, 1993).

El *aseguramiento de la calidad* se refiere al método o proceso para convertir las políticas en servicios. Las agencias de salud pública garantizan que los servicios necesarios se encuentren disponibles; esto no significa que dichas agencias realmente proporcionen tales servicios.

Agencias de salud pública

Las agencias de salud pública pueden ser locales, nacionales o internacionales. Las agencias internacionales de salud tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) se enfocan en aspectos globales, establecen políticas, desarrollan normas, evalúan las condiciones de salud, y controlan los programas de promoción de la salud. Las agencias nacionales tales como el U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) de Estados Unidos brindan financiación y desarrollan políticas, pero usualmente son los estados o las comunidades locales quienes implementan estas políticas. Las agencias nacionales también desarrollan y apoyan los programas dedicados a grupos especiales (por ejemplo, trabajadores inmigrantes estadounidenses nativos, veteranos, personal militar), y evalúan y controlan las necesidades y los servicios estatales de salud. Los Centers for Disease Control (CDC) monitorean y reportan a nivel nacional la ocurrencia de enfermedades transmisibles y publican un informe semanal, el *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. La ley federal exige que algunas enfermedades transmisibles específicas sean reportadas a los CDC.

Las agencias de salud del gobierno estatal y local pueden diferir considerablemente en cuanto al modo de implementar los programas y suplir las necesidades comunitarias, pero las normas federales o nacionales garantizan el mantenimiento de los patrones locales. A nivel local, el gobierno del municipio o condado puede realizar evaluaciones (por ejemplo, recolección de datos), desarrollar planes (por ejemplo, inventariar los recursos de la salud, realizar foros públicos, recolectar información, participar en la investigación), y suministrar los servicios de salud.

En la actualidad, la información está rápidamente disponible a través de Internet, el teléfono y el fax. Los viajes por avión hacia destinos apartados no sólo han posibilitado el rápido transporte de vacunas, antibióticos y sangre de tipos escasos, sino que también sirven de instrumento para la rápida diseminación de las enfermedades.

PINCIPIOS PARA EL EJERCICIO DE LA SALUD COMUNITARIA

Los principios para el ejercicio de la salud comunitaria están basados en los *Standards of Community Health Nursing Practice* (ANA, 1986). (Ver la tabla 1-1). Estos principios reflejan los dos niveles de la práctica: el general de quienes están preparadas a nivel universitario y el especializado de quienes están preparadas a nivel de maestría (ANA, 1986). Las enfermeras preparadas a nivel universitario atienden principalmente a individuos y familias. Ellas participan en la planeación, la implementación y la evaluación de los programas de aseguramiento de la calidad



TABLA 1-1

**ESTÁNDARES DE LA AMERICAN NURSES ASSOCIATION
PARA EL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA PARA LA SALUD COMUNITARIA**

-
- Estándar 1:** *Teoría.* La enfermera aplica los conceptos teóricos como base para tomar decisiones en la práctica.
- Estándar 2:** *Recolección de datos.* La enfermera recopila sistemáticamente datos que sean completos y exactos.
- Estándar 3:** *Diagnóstico.* La enfermera analiza los datos recolectados sobre la comunidad, la familia y el individuo para hacer un diagnóstico.
- Estándar 4:** *Planeación.* En cada nivel de prevención, la enfermera desarrolla planes que especifiquen las acciones de enfermería dirigidas a las necesidades del cliente.
- Estándar 5:** *Intervención.* Basada en el plan, la enfermera interviene para promover, mantener o restaurar la salud, prevenir la enfermedad y producir un efecto en la rehabilitación.
- Estándar 6:** *Evaluación.* La enfermera evalúa las respuestas de la comunidad, la familia y el individuo respecto a las intervenciones, con objeto de determinar la evolución hacia la consecución de las metas y revisar la base de datos, los diagnósticos y el plan.
- Estándar 7:** *Garantía de calidad y desarrollo profesional.* La enfermera participa en la revisión y otros medios de evaluación para garantizar la calidad de la práctica de enfermería. La enfermera asume la responsabilidad por el desarrollo profesional y contribuye al crecimiento profesional de otros.
- Estándar 8:** *Colaboración interdisciplinaria.* La enfermera colabora con otros proveedores de la salud, profesionales y representantes comunitarios en la valoración, planeación, implementación y evaluación de los programas de salud comunitaria.
- Estándar 9:** *Investigación.* La enfermera contribuye a la teoría y la práctica de la enfermería para la salud comunitaria a través de la investigación.
-

NOTA: Tomado de *Standards of Community Health Nursing Practice*, por la American Nurses Association, 1986, Washington, DC: American Nurses Publishing. Reimpreso con autorización.

(ANA, 1995). La enfermera general basa su práctica en la experiencia de la especialista. La enfermera general de salud comunitaria está capacitada en un nivel básico de enfermería y labora en un ambiente comunitario. La enfermera especialista en salud comunitaria cuenta con un título de maestría o doctorado y demuestra un conocimiento, una competencia y una habilidad amplia y profunda en la práctica de la enfermería centrada en la población (ANA, 1995). Una especialista puede realizar todas las funciones de la enfermera general. Los nueve principios del ejercicio para la enfermera de salud comunitaria se encuentran enumerados en la tabla 1-1.

LA ATENCIÓN DE INDIVIDUOS, FAMILIAS, GRUPOS Y COMUNIDADES

Cambio en la atención de salud comunitaria

Mucho ha cambiado en la atención de salud de las comunidades. Hasta la década de los noventa, los hospitales fueron el principal proveedor de atención integral en la mayoría de las comunidades. Actualmente, sin embargo, los hospitales son considerados sólo una parte de la atención de salud suministrada a la comunidad. Ahora, en parte debido a la economía y la tecnología, muchos procedimientos anteriormente realizados en el ambiente hospitalario son ofrecidos en forma de servicios ambulatorios, a través de practicantes particulares o en instituciones

de atención gestionada. Hoy día, generalmente, los clientes admitidos en los hospitales están agudamente enfermos y tienden a ser dados de alta más pronto, de ahí la expresión: "los pacientes regresan a casa más enfermos y más rápido". En consecuencia, se otorga una importancia mayor a la planeación de las salidas hospitalarias.

Actualmente existe en los hogares una gran población de clientes que necesitan todos los niveles de servicios de atención de salud, tales como atención aguda, atención a largo plazo o atención en hospicios, por ejemplo, los clientes con ventiladores o líneas intravenosas están recibiendo más atención en su domicilio. Estos clientes requieren una competente atención de enfermería profesional, educación para la salud y supervisión. Ahora se requiere que las familias asuman un papel más importante en la atención de estos clientes, contando con frecuencia con la enfermera de salud comunitaria como principal fuente de apoyo.

El viraje de la atención hospitalaria hacia la domiciliaria se debe a los métodos de ahorro de costos adoptados por la atención gestionada. En realidad, algunos clientes pueden mejorar y tener menor posibilidad de infección en su propio hogar; sin embargo, los individuos deben ser evaluados de acuerdo con sus necesidades particulares, examinando con cuidado el apoyo que podría ser brindado por la familia y la comunidad. Infortunadamente, con frecuencia los clientes son dados de alta demasiado rápido para permitir una consideración exhaustiva de sus necesidades. También, a menudo, los servicios ofrecidos se fundan en el cubrimiento del seguro y no en las necesidades individuales. Por ejemplo, el cubrimiento del seguro para las mujeres después de un parto permite sólo estancias hospitalarias cortas; de este modo, algunas nuevas madres regresan a casa sin la ubicación de sistemas de apoyo. Además, las estancias hospitalarias cortas no permiten a la enfermera el tiempo suficiente para hacer una evaluación precisa y para proporcionar la educación o información necesaria a la nueva madre. Con frecuencia, las nuevas madres también están distraídas por el nacimiento del niño o demasiado cansadas para concentrarse en la información suministrada por la enfermera. Además, la mayoría de compañías de seguros no cubren las visitas de la enfermera de salud comunitaria a los recién nacidos y a las madres en el posparto. La ausencia de información relacionada con las normas de la salud puede ser peligrosa para la madre y el recién nacido. La siguiente historia corresponde; a un caso ilustrativo.

*H*ISTORIA DE UN CASO: DILEMA EN LA ATENCIÓN DE UN RECIÉN NACIDO

La señora Stone, una enfermera de salud comunitaria, atiende a Carol Hopewell, quien fue enviada a su casa un día después del nacimiento normal de su primer hijo. La estancia de 24 horas posparto era la política del hospital que, a su vez, dependía de las políticas de reembolso del seguro. La nueva madre recibió instrucciones sobre el cuidado del bebé y de sí misma suministradas por una enfermera del hospital, y se convino que su madre y su esposo la ayudarían con el cuidado del bebé. La señora Stone telefoneó para hacer una cita a fin de visitar a la nueva madre y al niño. La madre de Carol le contó que todo estaba bien y que el niño, que estaba siendo alimentado con leche materna, era el "mejor bebé del mundo", exactamente la respuesta que uno esperaría de una nueva abuela. La abuela también dijo que el niño nunca lloraba ni se despertaba para alimentarse durante la noche. La señora Stone le pidió que elaborara una descripción del niño ya que la situación sonaba anormal. Dado que la leche materna se digiere en forma más rápida, los niños que reciben el seno en general se alimentan cada dos horas aproximadamente. La abuela señaló que la

piel del niño parecía más verdosa que cuando estaba en el hospital. La señora Stone preguntó si podía visitarlos durante la hora siguiente. La enfermera encontró al niño extremadamente icterico y deshidratado. Ella aconsejó a la familia telefonar a su pediatra de inmediato. Al examinarlo el médico dictaminó que la bilirrubina del niño estaba peligrosamente elevada y prescribió tomas suplementarias de agua o fórmula láctea y luces fluorescentes especiales en la casa.

El desenlace de este caso fue bueno. En solo diez días, el niño estaba mejorando mientras recibía sólo leche materna. Sin embargo, enviar a la madre a casa tempranamente y sin la información suficiente pudo haber ocasionado un peligro significativo a este niño. No todos los bebés que están ictericos —lo cual es frecuente en los neonatos— requieren una atención tan dramática, pero la mayoría de padres o abuelos carecen de la capacidad para hacer esta distinción. En esta situación es clara la necesidad de una visita domiciliaria de seguimiento por parte de la enfermera de salud comunitaria. Sin embargo, dado que la decisión para efectuar las visitas posnatales con frecuencia es manejada por el cubrimiento del seguro y la atención gestionada, las visitas domiciliarias a menudo no se llevan a cabo. Ésta era una familia completa, con muchos sistemas de apoyo, incluyendo el cubrimiento del seguro el cual comprendía una visita domiciliaria por parte de la enfermera de salud comunitaria. ¿Qué sucede con la nueva madre y el bebé que regresan a casa en una situación más comprometida, con escaso o ningún apoyo o sin intervención profesional de enfermería en su hogar?

Una consecuencia positiva de la salida hospitalaria temprana es que los grupos de atención gestionada han destacado el mejoramiento de la educación del cliente y la educación preventiva. Además, las estancias hospitalarias más cortas limitan la exposición a las infecciones nosocomiales. Una consecuencia negativa de la salida temprana del hospital es que algunos pacientes pasan inadvertidos, y no reciben la atención que necesitan hasta que las complicaciones dan como resultado una crisis severa. Con frecuencia, esto conduce al reingreso de clientes que están seriamente enfermos y comprometidos.

Grupos y comunidades

Las comunidades están compuestas por individuos, familias y grupos que comparten el mismo ambiente. Un *agregado* es un grupo que no sólo comparte valores y creencias comunes, sino cuyos miembros interactúan unos con otros o participan en asuntos colectivos. Un ejemplo de un agregado es un conglomerado poblacional que tiene en común características étareas e inquietudes relacionadas con la salud, tal como un grupo de ciudadanos mayores [por ejemplo, la American Association of Retired Persons (AARP)]. Algunas comunidades pueden tener agregados o grupos diferentes con distintas características, los cuales se reúnen para tratar las inquietudes relacionadas con la salud de la comunidad en general. Algunas poblaciones agregadas desarrollan sus propias comunidades (por ejemplo, comunidades de pensionados). Éstas son consideradas comunidades agrupadas dentro de la comunidad mayor. Al interactuar con un agregado, la enfermera comunitaria trabaja sobre las inquietudes del agregado y no sobre problemas individuales.

El trabajar con las poblaciones agregadas es, en muchos sentidos, como trabajar con otros grupos de clientes o individuos. En las etapas iniciales, la enfermera debe desarrollar una interacción creciente con el grupo agregado para establecer las necesidades de sus miembros. En esta etapa de evaluación o recolección de datos, la enfermera utiliza muchos métodos para recopilar la información, inclu-

yendo la investigación, la observación y las entrevistas. De todos los métodos existentes para la recolección de los datos, el más importante consiste en escuchar las necesidades de los clientes. La información recopilada mediante la observación podría incluir las interacciones entre los miembros del grupo y la observación de las personas en su ambiente comunitario. Se puede realizar un "rastreo superficial" caminando o conduciendo a través de una comunidad para ver su aspecto. Las enfermeras utilizan diversos métodos para establecer cuáles servicios se encuentran disponibles para la población agregada, grupo o comunidad. Considere el siguiente ejemplo:

*H*ISTORIA DE UN CASO: EVALUACIÓN DE UN AGREGADO DE ANCIANOS HABITANTES URBANOS

Al escuchar a un grupo y evaluar la comunidad, una enfermera de salud comunitaria que trabajaba con una población de ancianos en una comunidad del interior de una ciudad, decidió que el ejercicio y la comida sana a precios razonables constituían asuntos prioritarios. Mientras caminaba por el vecindario, observó que todos los grandes almacenes de alimentos se habían trasladado, quedando sólo pequeñas tiendas de costosos víveres. Había escaso acceso a las frutas y los vegetales frescos. Además, las calles estaban pobremente iluminadas, y varios ancianos habían sido asaltados temprano en las noches durante ese último invierno. A los ancianos de esta comunidad les aterrizaaba salir a caminar y, como resultado, hacer las compras se había convertido en algo difícil.

Con la ayuda de una agencia de servicio social y las escuelas públicas locales, la enfermera dispuso que los buses escolares llevaran a estos ciudadanos mayores a comprar semanalmente en un granj supermercado. La enfermera también trabajó con estas personas para organizar caminatas en grupos de dos o tres individuos que salían cada mañana a ejercitarse. Durante el invierno se facilitaron buses adicionales para llevar a estos grupos de caminantes a un centro comercial local en las mañanas antes de que los almacenes abrieran, de modo que ellos pudieran continuar su programa de ejercicios en el clima frío. Utilizando los recursos disponibles y aplicando sus habilidades profesionales, la enfermera de salud comunitaria ayudó a los miembros de la comunidad a ayudarse a sí mismos.

FIGURA 1-1

Jerarquía basada en la teoría de Maslow sobre las necesidades. Igual que el individuo sano, la comunidad sana se esfuerza por la satisfacción de sus necesidades. (Adaptado de Higgs y Gustafson, con autorización).



Con frecuencia las comunidades están constituidas por personas con creencias religiosas, culturales, étnicas o raciales comunes, lo cual puede influenciar la forma como los miembros perciben la salud. La economía de la comunidad también puede desviar la visión de ésta sobre sus necesidades de salud. Las inquietudes y necesidades de salud a menudo exceden a la comunidad. De ahí que la expresión, "piense globalmente, actúe localmente" contiene cierta verdad. Por ejemplo, la contaminación ambiental puede requerir la acción local pero puede tener también un efecto global.

El proceso de enfermería utilizado en la planeación de las necesidades comunitarias es igual al proceso utilizado en la planeación de las necesidades del cliente individual. Primero, la enfermera realiza una evaluación de la comunidad, recopilando progresivamente una base de datos de estadísticas vitales. Luego, utilizando los datos, hace un diagnóstico y desarrolla un plan *con* la comunidad. Finalmente, el plan es implementado y luego evaluado por la comunidad.

El método de la observación de los aspectos relacionados con las necesidades de la comunidad es similar a la jerarquía de Maslow respecto a las necesidades individuales. Para ayudar a una comunidad a avanzar hacia la autorrealización, la enfermera debe ayudar a dicha comunidad a satisfacer sus necesidades básicas (Higgs y Gustafson, 1985). Según Maslow, para que las personas se autorrealicen deben satisfacer primero sus necesidades fisiológicas, luego sus necesidades de seguridad, sentido de pertenencia, amor y, finalmente, autoestima. Para que una comunidad se autorrealice, ha de cubrir sus necesidades relacionadas con las actividades de mantenimiento vital, seguridad, protección, educación y orgullo comunitario (figura 1-1).

EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología se refiere a los fenómenos relacionados con los eventos de la salud de una población. Más específicamente, la epidemiología es la medición de la distribución y los determinantes de los estados de la salud y la enfermedad en las poblaciones humanas (Harkness, 1995). Esta disciplina también está relacionada con los patrones de salud, enfermedad, discapacidad y muerte en las poblaciones. En el pasado, la epidemiología estaba relacionada únicamente con la morbilidad y mortalidad resultantes de las enfermedades infecciosas; hoy en día incorpora los aspectos relacionados con el suicidio, los accidentes, la seguridad, la violencia y la enfermedad crónica. La epidemiología, entonces, brinda información sobre el tipo y el tamaño de los problemas de salud que debe enfrentar una comunidad (Valanis, 1992). También proporciona información que puede actuar como factor pronóstico en la planeación de la salud. La inclusión de los aspectos relacionados con el bienestar, junto a una mejor tecnología para el control y la prevención de las enfermedades, ha cambiado o desviado el paradigma de la epidemiología.

El estudio de la epidemiología puede ser rastreado hasta los tiempos antiguos. Hipócrates, el padre de la medicina moderna, fue el primero en observar la influencia del medio ambiente sobre los humanos. Él instó a quienes estudiaban medicina a considerar los efectos de las cuatro estaciones, el viento y el agua sobre la salud de las personas. También se inquietó por el modo en que los estilos de vida afectan el bienestar de la población. En los tiempos actuales, los efectos de los diferentes estilos de vida sobre la salud se han convertido en una parte cada vez más importante de la epidemiología.

En el siglo XIX, William Farr estableció el campo de la estadística médica, utilizando el trabajo realizado por John Graunt en el siglo XVII. John Snow utilizó

luego el método de Farr para recopilar los datos de la población con objeto de investigar la epidemia de cólera que tuvo lugar entre 1853 y 1854 (Harkness, 1995). Sin un equipo sofisticado o conocimientos de bacteriología profundos, Snow calculó el número de muertes debidas al cólera recolectando puerta a puerta los datos sobre las compañías que proveían el agua a los diversos distritos de Londres. Él descubrió que en las áreas abastecidas por la Compañía Southwark and Vauxhall Water hubo 114 muertes debidas al cólera por cada 100.000 habitantes, mientras en aquellas abastecidas por la Compañía Lambeth no hubo muertes por cólera. En las áreas abastecidas por ambas compañías hubo 60 muertes por cada 100.000 habitantes. Snow estaba convencido de que la fuente de la epidemia era el agua contaminada. En consecuencia, retiró los grifos de las bombas contaminadas que abastecían el agua y detuvo así el brote de cólera. Para conmemorar este evento fue colocada una placa en el sitio de su hallazgo (figura 1-2).

En 1909, Lillian Wald utilizó un enfoque epidemiológico para reducir las altas tasas de ausentismo escolar de los niños con enfermedades transmisibles. En un proyecto piloto en enfermería escolar, la señora Wald envió enfermeras a varias escuelas de la ciudad de Nueva York. Ella pensó que podría prevenir la diseminación de las enfermedades transmisibles y reducir el ausentismo entre los escolares mediante la educación para la salud. El resultado de su trabajo fue una «disminución de 90 por ciento en las ausencias motivadas por las enfermedades transmisibles. Después de Lillian Wald, enfermeras tales como Ann Nataro, R.N., M.S., en colaboración con los miembros de la comunidad y las agencias comunitarias han sido piezas clave en el trabajo de promoción del bienestar de las poblaciones en riesgo. A continuación se presenta un excelente ejemplo de la respuesta efectiva a las necesidades de la comunidad por parte de una enfermera de salud comunitaria.

*H*ISTORIA DE UN CASO: UNA RESPUESTA EFECTIVA DE UNA ENFERMERA DE SALUD COMUNITARIA

La directora de una guardería local asistió a una conferencia nacional sobre guarderías y enfermedades infecciosas. En la conferencia, escuchó a varios médicos exponer sus inquietudes respecto a los brotes de diarrea en



FIGURA 1-2

Placa conmemorativa del descubrimiento de la causa de la epidemia de cólera en Londres en 1853-1854, realizado por John Snow.

las guarderías. La directora estaba preocupada no sólo por la posibilidad de un brote en su centro, The Happy Day Care Center, sino también por el bienestar de los niños en las guarderías del condado Nassau (Nueva York).

La directora se comunicó con la señora Ann Nataro, R.N., M.S., una educadora de enfermeras de salud comunitaria que laboraba en una escuela local de enfermería y quien había investigado sobre los brotes de diarrea en las guarderías. La señora Nataro formaba parte de la junta asesora del Consejo de Guarderías del Condado Nassau. Trabajando con la directora, otros miembros interesados de la comunidad, el Consejo de Guarderías del Condado Nassau, el Departamento de Salud del Condado Nassau y la Asociación Pediátrica del Condado Nassau, la señora Nataro organizó un comité asesor de salud para el Consejo de Guarderías. Este comité estableció una alianza para mejorar las condiciones de salud en las guarderías del condado, y organizó talleres para educar a los empleados de las guarderías respecto a las necesidades de salud de los niños.

La primera de tales conferencias, llevada a cabo en el condado Nassau en 1986, se refirió a la prevención de los brotes de diarrea en las guarderías. La solución fue simple: los empleados de las guarderías, así como los niños y sus padres, recibieron instrucción sobre las técnicas adecuadas para el cambio de los pañales y el lavado de las manos, y se designaron los lugares para efectuar el cambio de los pañales. Desde 1986 se han realizado conferencias anuales sobre las inquietudes de quienes trabajan con niños en las guarderías respecto a la salud. A estas conferencias asisten empleados de guarderías y proveedores de atención para la salud. Recientemente, el condado Suffolk estableció el Day Care Advisory Committee, utilizando como modelo el Nassau County Health Advisory Committee.

En 1995, la *American Journal of Public Health* citó este estudio como un factor significativo en la prevención de los brotes de diarrea en las guarderías del condado Nassau. El artículo señaló que "un promedio de 20 guarderías han sido visitadas anualmente durante los últimos nueve años. Desde la implementación de este programa, no se han reportado brotes de enfermedades transmitidas por vía orofecal atribuibles a prácticas higiénicas inadecuadas" (Esernio-Jenssen, 1995, p. 1710).

PROCESO EPIDEMIOLÓGICO

Al igual que el proceso de enfermería, el proceso epidemiológico aún se encuentra en evolución. Ambos se basan en métodos para la solución de problemas, y ambos utilizan métodos de investigación como parte de su proceso (tabla 1-2).

La epidemiología ha sido comparada con el trabajo de un detective dado que el epidemiólogo debe establecer la causa o la solución para la aparición de una enfermedad. Se han escrito muchos libros interesantes que exploran el proceso de recolección de la información, tales como *Anatomy of an epidemic* por Gordon Thomas y Max Morgan-Witts, y *Eleven Blue Men* por Barton Roueche. La disciplina está basada en un conocimiento que incluye la estadística de la población y la información desarrollada sobre la historia natural de la enfermedad.

Historia natural de la enfermedad

La meta de la práctica de la salud pública consiste en prevenir cada una de las fases del proceso de la enfermedad. Por tanto, además de considerar la prevención como un proceso que tiene lugar antes del inicio de la enfermedad, las enfermeras de salud comunitaria trabajan enfocando la prevención en las fases durante y después del inicio del proceso de la enfermedad.



TABLA 1-2

COMPARACIÓN ENTRE LA ENFERMERÍA Y EL PROCESO EPIDEMIOLÓGICO

Proceso de enfermería	Proceso epidemiológico
Valoración: Establecer una base de datos del cliente, recolectar la información relacionada con el cliente y la familia, recopilar datos objetivos.	Valoración: Establecer el alcance del problema, reunir información proveniente de fuentes confiables, compilar datos objetivos relacionados con el problema (definir el problema).
Diagnóstico: Interpretar los datos; demostrar las hipótesis subjetivas y objetivas.	Desarrollo de la hipótesis: Analizar datos.
Planeación: Desarrollar un plan para conseguir el nivel de las metas de bienestar (los clientes están incluidos en el desarrollo del plan).	Planeación: Desarrollar un plan para la prevención de la condición o evento (los clientes están incluidos en el desarrollo del plan).
Implementación: Iniciar el plan con los clientes.	Implementación: Implementar el plan con la comunidad o cliente.
Evaluación: Establecer con el cliente la consecución de las metas y posiblemente rediseñarlas.	Evaluación: Establecer la consecución de las metas, revalorar al cliente, preparar el informe, conducir la investigación adicional.

El agente es un factor causal que contribuye a los problemas de la salud. Puede ser químico, físico, biológico (por ejemplo, virus, bacterias, hongos, helmintos, insectos); o tratarse de una deficiencia (por ejemplo, nutricional).

El huésped es un ser humano (o un animal) susceptible, el cual alberga y mantiene a un agente causal de enfermedad. Con frecuencia los factores del huésped son intrínsecos, e incluyen edad, raza, constitución genética, estilo de vida, actividad física, estado nutricional, conocimientos de salud y motivación para buscar el bienestar.

El ambiente son todos los factores externos que rodean al huésped y que podrían influenciar su resistencia a la enfermedad o trauma. Los factores ambientales incluyen los aspectos biológicos del entorno (por ejemplo, las plantas y los animales necesarios para la alimentación, los microorganismos patógenos), sus aspectos físicos (por ejemplo, calor, luz, presión atmosférica, radiación, aire, agua), además de factores sociales, culturales, tecnológicos, educativos, políticos, legales, demográficos, sociológicos y económicos.

El concepto del impacto de la interacción de la tríada epidemiológica —agente, huésped y medio ambiente— se originó en el trabajo de Leavell y Clark en 1965. Inicialmente desarrollado para analizar los factores de la enfermedad infecciosa, en la actualidad este enfoque es utilizado para evaluar otros aspectos concernientes a la salud. El uso de la tríada epidemiológica en el análisis de los problemas de la salud requiere la consideración de todos los aspectos relacionados con la interacción de cada elemento de la misma. Se piensa que es necesario que los tres componentes trabajen sincrónicamente para influenciar el estado de salud de un individuo.

Al considerar la tríada —agente, huésped y medio ambiente— resulta útil imaginar una línea equilibrada sobre una pirámide (ver figura 1-3). Para enfermarse, las condiciones del agente, huésped y medio ambiente deben alterar su equilibrio. En su intervención, la enfermera intenta modificar las características de uno de los componentes de la tríada. Un ejemplo de intervención sería la inmunización de un huésped; si el huésped es vacunado contra la pertusis, esto interfiere; con la exposición a alguien que tenga la enfermedad. Con frecuencia no resulta fácil explicar por qué sólo una persona enferma cuando varias son expuestas al mismo patógeno. Los factores del huésped tales como una salud deficiente y la ausencia de inmunización, son explicaciones simples. A menudo el conocimiento sobre la interacción entre el agente, el huésped y el medio ambiente ayuda a clarificar las fuerzas y los factores necesarios para el desarrollo de una enfermedad según lo ilustra el ejemplo siguiente.

HISTORIA DE UN CASO: INTERACCIÓN ENTRE EL HUÉSPED, EL AGENTE Y EL MEDIO AMBIENTE

Elizabeth y Marva visitan a una amiga que se encuentra en casa afectada por una infección viral. Últimamente, Marva ha estado bajo un enorme estrés

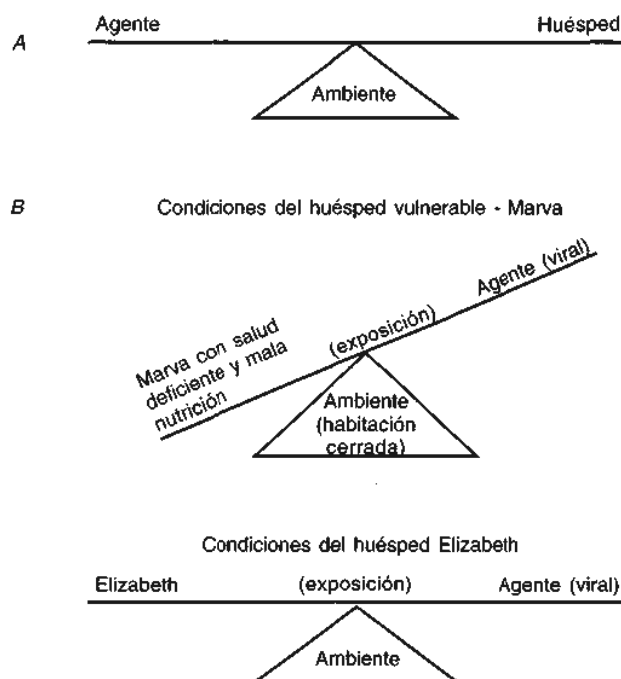


FIGURA 1-3 A. Ejemplo de las condiciones de bienestar: El huésped, el agente y el ambiente se encuentran perfectamente equilibrados. **B.** Ejemplo de la triada epidemiológica aplicada a Marva y Elizabeth. La deficiente condición física de Marva ofrece un estado perfecto para la enfermedad. La buena condición física de Elizabeth la protege de la enfermedad. (Basado en Leavell y Clark, 1965, con autorización).

relacionado con su trabajo. Ella ha estado trabajando muchas horas, su dieta ha sido insuficiente, y se ha estado quejando de fatiga. Después de la visita, Marva se enferma pero Elizabeth no. En este ejemplo, tanto el medio ambiente como el agente son los mismos, pero los factores del huésped no son iguales. El estrés debido a la sobrecarga de trabajo, la fatiga y una dieta deficiente han afectado al huésped haciéndolo vulnerable a la enfermedad (ver figura 1-3).

La historia natural de la enfermedad es la base para la intervención. Los tres niveles o etapas en los que ésta se basa corresponden a los niveles primario, secundario y terciario de la prevención.

Prevención primaria. La prevención primaria está encaminada a intervenir antes de la enfermedad, o sea, en la etapa prepatogénica. Cada proceso de enfermedad está dividido en dos fases: la etapa prepatogénica y la etapa patogénica. La prepatogénesis es el período previo a la enfermedad. Durante este período, existen dentro del huésped o del ambiente factores que tienen la capacidad de acercarlos o alejarlos del agente. Los niveles de prevención asociados con el período prepatogénico se denominan prevención primaria (figura 1-4). La prevención primaria incluye la promoción o protección específica de la salud. Los ejemplos de la promoción de la salud incluyen la educación, la vivienda o la buena nutrición. Un ejemplo de protección de la salud es la inmunización.

Prevención secundaria. La prevención secundaria ocurre durante la patogénesis temprana; ésta incluye el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la limitación de la discapacidad. Los ejemplos de prevención secundaria incluyen la localización y detección de los casos, los métodos para prevenir la diseminación de las enfermedades transmisibles, y las terapias adecuadas para el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones adicionales (ver figura 1-4).

Prevención terciaria. La prevención terciaria también corresponde al período de patogénesis. Éste es el período de la convalecencia y la rehabilitación. Los ejemplos de prevención terciaria incluyen la reeducación del cliente (por ejemplo, mediante fisioterapia y terapia ocupacional) y la educación del público (por ejemplo, para la contratación de las personas discapacitadas) (ver figura 1-4).

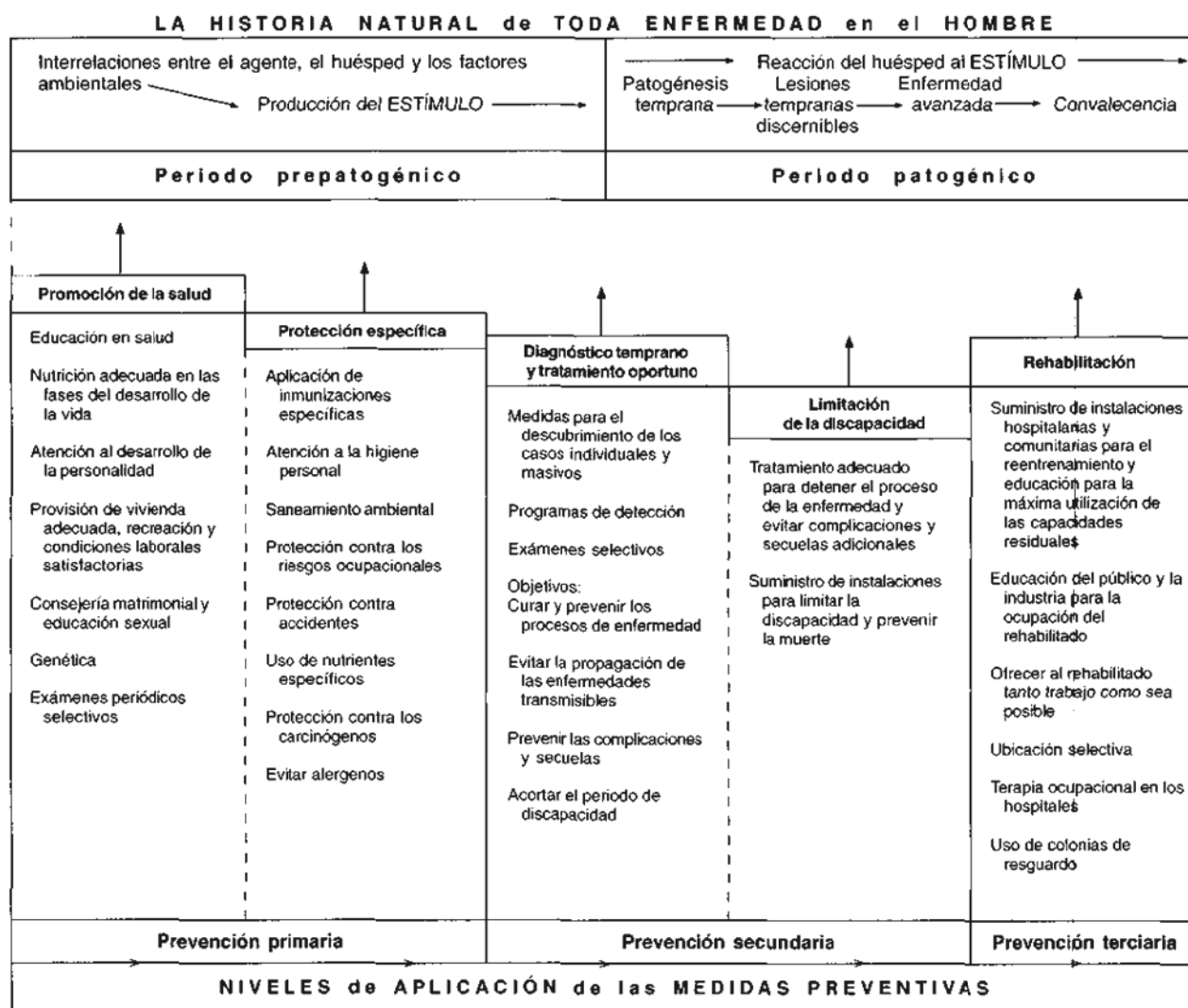


FIGURA 1-4. Niveles de aplicación de las medidas preventivas en la historia natural de la enfermedad. (NOTA: Tomado de *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*, de H. R. Leavell y E. Clark, 1965, Nueva York, McGraw-Hill. Reimpreso con autorización).

Epidemiología descriptiva

El objeto de una investigación epidemiológica es identificar las metas de salud de un cliente y desarrollar las maneras para prevenir la enfermedad. Un estudio epidemiológico descriptivo incluye una investigación para recolectar la información. Algunos de los datos pueden ser obtenidos por la enfermera de salud comunitaria, mientras otras piezas de la información pueden ser recopiladas por diversas agencias.

Una forma bastante elemental de recolección de datos consiste en el recuento del número de individuos afectados. Sin embargo, las cifras (o números) pueden dar lugar a confusión cuando se toman como valor absoluto. Por ejemplo, dos casos de una enfermedad en una población de 500.000 habitantes en un pequeño pueblo cerca de Akron, Ohio, puede no parecer nada serio; sin embargo, si la enfermedad en cuestión es la peste bubónica, estos dos casos son considerados una epidemia. Por el contrario, 5.000 casos de varicela en una comunidad de la ciudad de Nueva York, en la cual existe una gran población de niños menores de diez años de edad puede no ser inusual sino considerarse *endémica* (Valanis, 1992). El término endémico se refiere a "la presencia habitual de enfermedad o agentes infecciosos en una población o área geográfica definida" (Valanis, 1992, p. 428). Además, los mismos 5.000 casos de varicela podrían ser considerados una epidemia en un campus universitario donde hay 12.000 estudiantes. Las *epidemias* se definen como tasas de enfermedad que se encuentran en un nivel significativamente más elevado que la frecuencia habitual (Valanis, 1992). Los datos netos, entonces, pueden tener escaso valor.

En consecuencia, las relaciones, proporciones y tasas son utilizadas en epidemiología para brindar una descripción más exacta de las situaciones de la salud. Una *relación* es la correspondencia entre dos números expresados como fracción; el valor se obtiene dividiendo el numerador de la fracción por el denominador. Una *proporción* es un tipo específico de relación en la cual el numerador está incluido en el denominador, y el valor resultante se expresa como porcentaje (Valanis, 1992). Una *tasa* es una forma especial de proporción que incluye una especificación temporal; es una medición estadística para calcular y comparar el estado de salud de una comunidad. Una tasa es la proporción de personas con un problema de salud en una población en riesgo. El número total de personas de este grupo sirve entonces como denominador. El numerador incluye todos los eventos que están siendo calculados. Las tasas se utilizan para medir muchas cosas, incluyendo la mortalidad y la morbilidad.

$$\text{Tasa} = \frac{\text{Número de condiciones o eventos que ocurren en un período específico}}{\text{Población en riesgo durante el mismo período}} \times \text{base múltiplo de 10}$$

Las *tasas de morbilidad general* miden la incidencia y la prevalencia del riesgo de enfermedad en las poblaciones. Las *tasas absolutas* miden la totalidad de la población en un área geográfica determinada con relación a una condición que está siendo investigada (Harkness, 1995).

$$\text{Tasa absoluta de muerte} = \frac{\text{Número de muertes en un año}}{\text{Población promedio (a mitad de año)}} \times 100.000 \text{ habitantes}$$

La *tasa de incidencia* mide el número de casos nuevos identificados en un período.

Los **datos del censo** de la población de Estados Unidos son recopilados cada diez años por el gobierno. Estos datos arrojan información sobre las poblaciones e incluyen edad, sexo, raza, condición socioeconómica, alojamiento y empleo. El censo es utilizado para comparar las tendencias a nivel estatal y municipal (datos regionales). En los últimos años, la exactitud de los datos del censo respecto a los inmigrantes ilegales y la población indigente ha sido cuestionada. Los trabajadores inmigrantes pueden pertenecer a estas categorías y, por tanto, tampoco se encuentran contabilizados con exactitud.

Endémico. Término utilizado para describir la frecuencia usual de una enfermedad en una comunidad o área.

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{\text{Número de eventos o condiciones nuevas que ocurren en un período específico}}{\text{Población en riesgo durante el mismo período (usualmente a mitad de año)}} \times \text{base múltiplo de 10}$$

La *tasa de prevalencia* mide el número de casos existentes en una población durante un tiempo dado o en el transcurso del tiempo.

$$\text{Tasa de prevalencia} = \frac{\text{Número de eventos o condiciones existentes que ocurren dentro de un período específico}}{\text{Población en riesgo durante el mismo período}} \times \text{base múltiplo de 10}$$

La *tasa de muerte específica según la edad* es otra tasa utilizada para evaluar la salud.

$$\text{Tasa de muerte específica por edad} = \frac{\text{Número anual de muertes entre las personas de un grupo etáreo dado}}{\text{Población promedio en un grupo de edad específico}} \times 100.000 \text{ habitantes}$$

La *tasa de mortalidad infantil* se utiliza para medir la salud de una comunidad o nación.

$$\text{Tasa de mortalidad infantil} = \frac{\text{Número de muertes en niños menores de un año de edad durante un año}}{\text{Número de nacidos vivos durante el mismo año}} \times 1.000$$

RESUMEN

Este capítulo es una visión global de los fundamentos de la práctica de la enfermería para la salud comunitaria y la salud pública. La enfermería para la salud comunitaria está creciendo con los cambios de la atención de salud experimentados por la sociedad. Basadas en los principios del ejercicio, las enfermeras de salud comunitaria y de salud pública utilizan un enfoque epidemiológico para atender a individuos, familias, grupos y comunidades. Las enfermeras de salud comunitaria están comprometidas con la prevención a nivel primario, secundario y terciario.

PALABRAS CLAVE

Agentes	Tasa de incidencia
Datos del censo	Tasa de prevalencia
Enfermería para la salud comunitaria	Proporción
Tasa cruda de muerte	Enfermería para la salud pública
Endémico	Tasa
Factores ambientales	Relación
Factores del huésped	

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: Seleccione la *mejor* respuesta para cada una de las siguientes preguntas.

1. Un grupo de personas que tienen creencias y valores en común y lleva a cabo acciones sobre aspectos colectivos constituye:
 - A. Un equipo de acción para la salud comunitaria.
 - B. Un agregado.
 - C. Un vecindario.
 - D. Una comunidad autorrealizada.
2. Para establecer si existe una epidemia, la enfermera de salud comunitaria debería:
 - A. Establecer el número real de casos que se presentan.
 - B. Precisar si la tasa de una enfermedad es significativamente mayor que la frecuencia habitual de la misma.
 - C. Determinar la relación entre el número de casos de una enfermedad expresados mediante una fracción.
 - D. Medir el número de casos nuevos que ocurren.
3. Durante un programa de medición de la presión sanguínea ofrecido por la Facultad de Enfermería de la Universidad Estatal, se descubre que un cliente es hipertenso. Esto es un ejemplo de:
 - A. Prevención primaria.
 - B. El buen trabajo realizado por los estudiantes de enfermería.
 - C. Prevención secundaria.
 - D. La importancia de la medición de la presión sanguínea.
4. La tasa de incidencia de una enfermedad se refiere a:
 - A. La medición del número existente de casos en una población durante un tiempo dado.
 - B. La medición del número de casos nuevos identificados durante un periodo dado.
 - C. El modo en que la enfermera de salud comunitaria establece los factores de riesgo de una enfermedad.
 - D. La medición de la totalidad de la población en riesgo en un área designada.
5. Los datos recolectados cada diez años por el Gobierno de Estados Unidos sobre la población hacen referencia a:
 - A. Los datos del censo.
 - B. Los datos primarios.
 - C. Los datos del huésped.
 - D. Los datos ambientales.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es B.* Un agregado es un grupo de personas que tienen creencias y valores en común y quienes están interesadas en asuntos similares.
2. *La respuesta es B.* Las epidemias se definen como tasas de enfermedad que están en un nivel significativamente más elevado que la frecuencia habitual.
3. *La respuesta es C.* La detección de la hipertensión en un cliente durante un programa de medición de la presión sanguínea es un ejemplo de prevención secundaria.
4. *La respuesta es B.* La tasa de incidencia de una enfermedad se refiere a la medición del número de casos nuevos identificados en un período dado.
5. *La respuesta es A.* Los datos del censo de la población son recolectados cada diez años por el Gobierno de Estados Unidos.

REFERENCIAS COMENTADAS

American Nurses Association. (1986). *Standards of community health nursing practice*. Washington, D C: American Nurses Publishing.

Los principios del ejercicio de la enfermería para la salud comunitaria se discuten en esta cartilla junto con el planteamiento y los criterios correspondientes a cada principio. Además, la cartilla define el ejercicio de la enfermería para la salud comunitaria, expone las responsabilidades éticas y brinda las pautas para la utilización de los principios para el ejercicio de la salud comunitaria. Este documento fue desarrollado para ayudar a las enfermeras en ejercicio a mejorar y conservar un alto nivel de atención al cliente.

American Nurses Association (1995). *Scope of standards of population-focused nursing practice* (diseño). Washington, D C: American Nurses Publishing.

Este documento fue desarrollado por the Quad Council (American Public Health Association, Public Health Nursing Section), the Association of State and Territorial Directors of Nursing, the Association of Community Health Nursing Educators, and the Council on Community, Primary, and Long-Term Care Nursing Practice, American Nurses Association. Este documento presenta el alcance y los principios de la atención para el ejercicio de la enfermería para la salud pública, domiciliaria y comunitaria.

Esernio - Jenssen, D. A. (1995). Teaching and reinforcing hygienic practices in child care centers (letter to the editor). *American Journal of Public Health* 35 (12), 1710.

Esta carta al editor se refiere a los brotes de diarrea en el condado Nassau, Nueva York, durante la década de los ochenta. Reporta la colaboración del Departamento de Salud del Condado Nassau, la Universidad Adelphi y el Consejo para la Atención Infantil del Condado Nassau en la implementación de un programa para enseñar y reforzar las buenas normas higiénicas en los centros de atención infantil.

Harkness, G. A. (1995). *Epidemiology in nursing practice*. St. Louis, MO: C.V. Mosby.

Utilizando el ejercicio de la enfermería y la investigación como su base, este libro presenta los principios básicos de epidemiología y ayuda a las enfermeras a integrar estos principios a la práctica. Incluye el proceso epidemiológico desde una perspectiva histórica, y presenta diversos modelos conceptuales, procesos infecciosos y no infecciosos y la historia natural de la enfermedad. Describe las técnicas epidemiológicas y contiene una discusión sobre los métodos de investigación, los cuales incluyen los diseños de estudio.

Hickman, M. P. (Ed.) . (1990). *Essentials of baccalaureate nursing education for entry level practice in community health nursing*. Lexington, KY: Asociación de Educadores para la Salud Comunitaria.

Este documento fue preparado para esbozar la educación básica para el nivel elemental de la práctica de enfermería para la salud comunitaria, así como el alcance y las funciones de los educadores, investigadores y practicantes clínicos de enfermería para la salud comunitaria.

Higgs, Z. R., & Gustafson, D. D. (1985). *Community as a client*. Filadelfia: F. A. Davis.

Utilizando diversos métodos tales como enfoques epidemiológicos, de sistemas y adaptaciones, este libro establece una guía para la evaluación y el diagnóstico de la comunidad. Teorías tales como la de Orem, Roy y Rogers son aplicadas a la evaluación y el diagnóstico de la comunidad.

Leavell, H. R., & Clark, E. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community*. Nueva York: McGraw - Hill.

Este libro es el "abuelo" de la medicina preventiva. Este trabajo consiste en un enfoque epidemiológico de la medicina preventiva. Explora sus principios básicos, discute hondamente sus niveles de aplicación, y expone la historia natural de la enfermedad. Presenta un enfoque de la acción comunitaria organizada para conseguir y planear la salud de la comunidad.

National Association of County Health Officials. (1993) *Core public health functions*. Olympia, WA: Asociación de Oficiales Locales de Salud Pública del Estado de Washington.

Este reporte fue iniciado por los líderes locales y estatales de salud pública para desarrollar un entendimiento y un consenso sobre la salud pública y el campo de la política pública relacionada con el costo de la salud pública. El reporte define las funciones primordiales y los servicios dirigidos a la población. Expone los papeles desempeñados por el Gobierno en relación con la salud del público.

Pew Health Professions Commission. (1995). *Critical challenges: Revitalizing the health professions for the twenty-first century*. (Tercer Informe de la Comisión Pew de Profesiones). San Francisco: el autor.

Este reporte presenta los cambios futuros en el sistema estadounidense de la atención de salud. Consiste en una visión global de la atención de salud en el siglo XXI. Revisa el impacto sobre los trabajadores de la atención en salud, atención gestionada y aseguramiento, y expone una visión de la atención futura de la salud.

Roueché, B. (1953). *Eleven blue men*. Boston: Little, Brown.

Este libro es una recopilación de estudios de casos epidemiológicos reales. Éstos están escritos en un formato narrativo sobre los epidemiólogos que, a través de su trabajo investigativo, descubren las causas de diversos brotes de enfermedad en el área metropolitana de Nueva York.

Roueché, B. (1958). *The incurable wound and further narratives of medical detection*. Boston: Little, Brown.

Recopilación de historias cortas basadas en estudios de casos epidemiológicos reales.

Thomas, G., & Morgan — Witts, M. (1982). *Anatomy of an epidemic*. Garden City, NY: Doubleday.

Esta es la verdadera historia del brote de la enfermedad de los legionarios que mereció titulares en toda la nación. Es la historia del equipo de médicos epidemiólogos que descubrieron la causa de este brote nacional.

U. S. Department of Health and Human Services. (1985). Conferencia de consenso sobre los aspectos básicos de la educación y el ejercicio de la enfermería para la salud pública (Informe de la conferencia llevada a cabo del 5 al 7 de septiembre de 1984). Rockville, MD: el autor.

Este reporte incluye la definición del consenso correspondiente a los papeles de la enfermera para la salud comunitaria. Identifica los requisitos educativos básicos de la enfermera como proveedor en salud comunitaria.

Valanis, B. (1992). *Epidemiology in nursing and health care* (2ª Ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Diseñado para brindar al lector una introducción a los conceptos y la metodología, así como la aplicación de la epidemiología, este libro maneja aspectos relevantes para los clínicos. Incluye mediciones epidemiológicas, diseños de estudio y fuentes de datos y críticas a los estudios epidemiológicos. El libro presenta la historia natural de la enfermedad y el control de la enfermedad infecciosa y no infecciosa.



UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA ENFERMERÍA PARA LA SALUD COMUNITARIA

Se ha dicho que "aquellos que no pueden recordar el pasado están condenados a repetirlo" (Santayana, 1953, p. 82). Los esfuerzos de quienes han partido antes adquieren entonces un especial significado para nuestro futuro, ya que éste está cimentado en nuestro pasado. Conocer cómo ha evolucionado la enfermería para la salud comunitaria hasta el momento actual, es útil para conceder a las enfermeras de salud comunitaria tanto la convicción para seguir adelante y lograr cosas mayores como el poder para superar el reto del cambio y la transformación esperados.

La salud comunitaria fue una de las primeras vertientes de enfermería. Desde los primeros días de la civilización, dondequiera que existía una "comunidad", había personas necesitadas de atención pues se encontraban lesionadas, enfermas, sufriendo las dolencias de la vejez o dando a luz a la siguiente generación. Los individuos que respondían a tales necesidades, utilizando las habilidades y el conocimiento disponibles en su tiempo y espacio particular, fueron los primeros proveedores de salud comunitaria. Encontradas en diversas formas a lo largo de la historia —curanderos, monjas, caballeros—, las enfermeras de salud comunitaria han prestado sus servicios en los campos de batalla, las ciudades azotadas por las plagas y los hogares tanto los humildes como los solventes. La larga tradición de la atención en salud comunitaria continúa contribuyendo en la actualidad al bienestar físico y emocional de las personas a escala mundial.

La enfermería es tan antigua como la humanidad. La palabra misma, enfermera, evolucionó del inglés medieval *nurice* y del francés antiguo *norice*, las cuales tienen sus raíces en el latín *nutridus* (nutrir). Desde el comienzo de la civilización, la humanidad ha intentado aliviar las millares de aflicciones que dieron lugar al dolor, la agonía, el sufrimiento y la muerte.

Los primeros habitantes consideraron la enfermedad y la muerte como parte de los fenómenos naturales de la vida y posteriormente como obra de los dioses que estaban disgustados o descontentos con ellos. La enfermedad y el sufrimiento que padecían los individuos eran ocasionados por dioses coléricos y demonios maléficos. Tanto la muerte como la recuperación eran consideradas mágicas. Estas creencias y prácticas dieron lugar a la costumbre consistente en que sacerdotes y religiosas hicieran las veces de médicos y curadores.

Una costumbre antigua fue la de llevar a las personas enfermas al sitio del mercado de modo que otros pudieran indagar sobre su estado de salud. En cierto modo, las personas sentían que el interés y la atención prestados a los enfermos tenían poderes curativos.

A medida que evolucionó la conciencia sobre la relación entre la higiene y la enfermedad, los esfuerzos se volcaron hacia el desarrollo de sanitarios, baños tibios y aire fresco. Las plagas eran una fuente importante de enfermedad, y cuando estos azotes estallaban virtualmente no existía otra forma para detenerlos que dejarlos seguir su curso natural. No fue sino hasta el siglo XVIII que se

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

Siglo XVIII

América colonial

Siglo XIX Florence Nightingale

Guerra Civil

Oleadas de inmigrantes a Estados Unidos

Lillian Wald

Siglo XX: Establecimiento del servicio comunitario

Resumen

evidenciaron las primeras intervenciones formales hacia la salud comunitaria. Aunque el estudio de los problemas de salud de la comunidad se remonta a la antigua Grecia y a Roma, la primera indicación del interés gubernamental en el registro o la investigación de la enfermedad o los aspectos relacionados con el saneamiento ocurrió durante el siglo XVIII.

SIGLO XVIII

Aunque no fue sino hasta mediados del siglo XIX que la enfermería para la salud comunitaria fue explícitamente atendida, fue durante el siglo XVIII que se estableció el fundamento de esta disciplina tal como se conoce hoy.

El siglo XVIII fue notable por el inicio de la revolución sanitaria que comenzó a tener lugar en Europa, especialmente en Inglaterra y después en la América colonial. Además, fue durante este tiempo que los gobiernos regionales realizaron encuestas, representaciones geográficas de las enfermedades, e investigaciones y comisiones de saneamiento (Swanson, 1993). Igualmente durante este tiempo, a medida que crecieron las ciudades, también lo hicieron los barrios bajos y los problemas concomitantes del ambiente interno de la ciudad. Las tasas de natalidad y mortalidad eran altas. La expectativa promedio de vida no superaba los 30 años. En Inglaterra, los registros indican que más de la mitad de todos los niños morían antes de los cinco años de edad, y el abandono de los menores, especialmente en los hospitales de caridad, era frecuente. Los hospitales municipales, sobre todo en Londres y París, no podían suplir las crecientes necesidades de salud; las tasas de mortalidad con frecuencia superaban el 50 por ciento de la población.

En Inglaterra, como resultado de la Revolución Industrial, oleadas de personas invadieron las ciudades creando barrios bajos y diseminando las enfermedades infecciosas. El descubrimiento más significativo en la atención médica durante ese tiempo fue el de la inoculación, realizado en 1796 por Edward Jenner (1749 — 1823) (Swanson, 1993). En un tiempo en el que casi 95 por ciento de la población se encontraba afectada por la viruela en cierto grado, Jenner se percató de que aquellas personas que trabajaban con ganado tenían casos de viruela más leves y menos numerosos. Su descubrimiento condujo a la comprensión *dé* la idea de la inmunidad, un concepto previamente desconocido para la ciencia.

De este modo, el siglo XVIII fue significativo por el inicio de la revolución sanitaria desencadenada por la Revolución Industrial en Inglaterra. Con la migración de los colonos, las enfermedades transmisibles se convirtieron entonces en un problema de la atención de salud en América. Aunque la atención de salud continuó siendo insuficiente, el siglo XVIII fue trascendental para la salud comunitaria, puesto que dio lugar al concepto de la creación y el mantenimiento de una base de datos para la recolección de la información relacionada con este tema.

AMÉRICA COLONIAL

Atravesar el océano Atlántico no mejoró la calidad de la atención de salud disponible en ese momento. Los hospitales en América eran casas de caridad para los pobres e indigentes o casas de aislamiento para aquéllos con enfermedades contagiosas. La mayor parte de la atención de los enfermos y de los nacimientos era suministrada a domicilio por médicos o parteras. Con frecuencia, las instituciones eran creadas más con objeto de mantener a los pobres lejos del público general que para atender sus necesidades. La profesión médica, aún sin el beneficio de los antisépticos o antibióticos, poco podía hacer para ayudar a los afectados. El trata-

miento era todavía crudo, igual que los métodos de saneamiento e higiene. En América, los médicos no tenían una educación formal, y las habilidades y la práctica eran adquiridas mediante un sistema de pupilaje.

Las enfermeras hospitalarias eran responsables únicamente de la limpieza general, el lavado de pisos y vajillas, y la lavandería. Con frecuencia provenían de los estratos más bajos de la sociedad. En su mayoría analfabetas, desinteresadas y totalmente carentes de adiestramiento, las enfermeras de los hospitales a menudo eran criminales utilizadas para laborar en lugar de cumplir su pena en prisión (Dolan, 1968).

Las plagas eran aún el mayor problema de atención de salud, especialmente la viruela, la cual se calcula que afectaba a una de cada cinco personas, incluyendo al primer presidente estadounidense, George Washington. Posteriormente, fue la fiebre amarilla la que trajo el terror a las colonias. El primer hospital estaba en Filadelfia, establecido a instancias de Benjamín Franklin, que pensaba que el público en general tenía una responsabilidad con las poblaciones de inmigrantes pobres, enfermos y necesitados. Él escribió una solicitud buscando la autorización para construir lo que se convertiría en el hospital de Pennsylvania (1751). Posteriormente, el hospital de Nueva York fue construido de acuerdo con un decreto otorgado por Jorge III en 1770 y abrió sus puertas en 1790. El propósito consistía en prevenir las enfermedades infecciosas que traían a la ciudad portuaria los nuevos inmigrantes y los marineros. Estos hospitales fueron fundados siguiendo el modelo de aquellos en Inglaterra. Utilizados principalmente por individuos sin dinero o recursos, los hospitales no tuvieron mayor éxito contra la morbilidad encontrada en los barrios bajos de otras partes del mundo.

SIGLO XIX

Las enfermedades transmisibles tales como la fiebre tifoidea y el tifo asolaron Europa, matando un mayor número de personas que cualquiera de las guerras. Tan desesperadas eran las condiciones que Inglaterra aprobó la primera legislación sanitaria en 1837, estableciendo una Junta Nacional de Vacunación (Swanson, 1993). Las tasas de mortalidad infantil en las ciudades industrializadas aún alcanzaban 50 por ciento en los menores de cinco años. Las personas que trabajaban en las plantas industriales vivían un promedio de 16 años, los comerciantes 22 y la clase alta 36 años (Swanson, 1993).

Sir Edwin Chadwick (1800-1890), un reformista social inglés, fue clave en la enmienda de la Ley de Pobres en 1834. Como resultado de ésta, se atendieron aspectos tales como el bienestar infantil, el cuidado de los enfermos mentales, la atención de los ancianos, las normas para los trabajadores de las fábricas y la educación. En 1842, una publicación de Chadwick, *The Sanitary Conditions of the Labouring Population*, aumentó en tal proporción la conciencia del público que en 1848 fue aprobada el Acta de Salud Pública, la cual estableció una Junta de Salud.

Un importante descubrimiento fue hecho en Inglaterra durante este tiempo por John Snow, médico, anestesiólogo y epidemiólogo. Durante la principal epidemia de cólera en 1854 en Londres, Snow demostró que el agua era la fuente de contaminación y diseminación de la enfermedad (Swanson, 1993). Estos hallazgos ayudaron a acrecentar la comprensión ciudadana y el compromiso moral con el mejoramiento de las vidas de las personas mediante reformas económicas, sociales y ambientales.

FLORENCE NIGHTINGALE

Al liberarse a sí misma de las restricciones de la sociedad victoriana, Florence Nightingale (1820 — 1910) cambió irrevocablemente la profesión de la enfermería en forma definitiva. Ella provenía de la clase alta en un tiempo en que se consideraba inadmisibles que una dama de cuna se involucrara en la repulsiva y malsana atención de los enfermos. Pero Nightingale se inclinaba a eso, incluso antes de su famoso viaje a Crimea. Ella siempre se sintió atraída por los trabajos filantrópicos, la planeación de programas para el cuidado y el bienestar de los necesitados. Ella deseaba estudiar la atención y el tratamiento de las enfermedades y afecciones e ingresó en un programa de enfermería bajo la dirección del pastor Fliedner en Kaiserswerth, Alemania (Dolan, 1984). En 1836, Fliedner estableció una escuela de práctica apoyada en una sociedad de mujeres, iniciada por su esposa Frederika Fliedner, para visitar y brindar atención de enfermería a domicilio a las personas enfermas. Después de graduarse en el programa, Florence Nightingale fue a París a estudiar con las Hermanas de la Caridad.

Con la explosión de la guerra de Crimea entre Rusia e Inglaterra en 1854 aparecieron en los periódicos los informes sobre las deplorables condiciones de salud de los soldados ingleses heridos. Se perdieron más vidas debido a las heridas contaminadas, las infecciones y una epidemia de cólera que las que se perdieron peleando las batallas reales. Durante la famosa batalla de Balaklava, immortalizada en el poema "Asalto de la Brigada de la Luz", miles de soldados resultaron heridos sin esperanzas de ser atendidos debido a la ineficiente y obsoleta burocracia del ejército británico.

Los estratos más altos de la sociedad londinense estaban sorprendidos y horrorizados por los recuentos que leían. Las historias sobre las dificultades de sus jóvenes hombres eran más de lo que podían soportar, y permitieron que sus líderes políticos conocieran su descontento. El secretario de Estado para la guerra, sir Sidney Herbert, rogó a Florence su ayuda. Ella y 14 enfermeras más arribaron al hospital militar de Scutari sólo para descubrir que no había camas, cobijas, jabón ni palanganas para los soldados enfermos y heridos. El alimento era escaso y con frecuencia incomedible. La tasa de muerte entre los heridos se acercaba al 50 por ciento. Florence y su limitado equipo limpiaron las barracas, lavaron las ropas, cocinaron y alimentaron a quienes se encontraban demasiado débiles para hacerlo por sí mismos. Inicialmente suscitaron el resentimiento entre el personal médico y administrativo pero en breve, viendo los extraordinarios cambios obtenidos, Florence se ganó su admiración. Ella, además, escribió a los acaudalados amigos de su familia y a los oficiales del gobierno para conseguir numerosos suministros y equipos necesarios. Al leer los relatos sobre su fenomenal trabajo, los ingleses respondieron generosamente y las contribuciones de las provisiones se cuadruplicaron.

Al regresar a Londres, Florence fue invitada a volcar sus esfuerzos sobre las necesidades de Inglaterra. En 1859, publicó un texto de 77 páginas titulado *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. Este texto se refirió a los aspectos de la prevención y la buena salud en general. Se convirtió en un inmediato *best seller*. Ella destacó la necesidad de higiene, buena alimentación, luz solar, saneamiento, alcantarillado, y entornos atractivos y cómodos. Las enfermeras debían ser serias, educadas, bien entrenadas, impecables y sobre todo, amables y atentas con las personas a su cargo. Florence resaltó siempre la importancia tanto de la prevención como de la atención oportuna y eficiente. Quizá el más famoso comentario que se le atribuye es la descripción de la enfermería que señala que en ésta existen dos componentes importantes: la enfermería para la salud y la enfermería para la enfermedad. La enfermería para la salud consistía en "conservar o acondicionar la constitución de una persona sana en tal estado de modo que no sufra enfermedad", y la enferme-

ría para la enfermedad consistía en "ayudar a las personas que padecían una enfermedad a vivir y recuperar la condición de bienestar" (Dolan, 1984, p. 164). El trabajo de Florence llegó a través del océano Atlántico y se convirtió en la base para el movimiento moderno de la enfermería en Estados Unidos, movimiento generado también por los horrores de la guerra y las necesidades para la atención de salud que la guerra exige.

Durante este tiempo, Florence Nightingale tuvo a su cargo las enfermeras asignadas para trabajar en la comunidad con los médicos de un dispensario local. Esto ha sido referido como el hecho precursor de la enfermería para la salud comunitaria.

GUERRA CIVIL

Igual que las Cruzadas en Europa, la Guerra Civil creó el ímpetu para el mejoramiento de la atención de salud en Estados Unidos. El catastrófico número de soldados heridos y mutilados resultante de esta guerra creó la necesidad de brindar atención de salud a las tropas heridas en batalla. Más de 2.000 enfermeras no entrenadas participaron en ella, y ese número era insuficiente. "El número de enfermeras era completamente inadecuado [...] la higiene era atroz [...] resultaron más víctimas por la enfermedad que por las balas" (Rush, 1992, p. 409).

Observando la deshumanización de la Guerra Civil y agravada por sus atrocidades, Clara Barton, entrenada como maestra y frecuentemente llamada como la "Florence Nightingale americana", se convirtió en una heroína nacional a medida que su reputación se extendió por todo el país. Fundadora de la Cruz Roja Americana, Clara comenzó su cruzada individual contra los horrores de la guerra después de ver las pilas de cuerpos amontonados en trincheras y campos, descomponiéndose a 28 °C de temperatura. La visión de los cuerpos mutilados, las crudas amputaciones, la carne en descomposición, la disentería y la gangrena le dieron la fortaleza necesaria para llevar su conocimiento y su dedicación a los campos de batalla. Igual que Florence, ella facilitó las linternas de modo que los cirujanos pudieran continuar los tratamientos y las intervenciones a lo largo de la noche. Llevó alimentos, vendajes limpios, cobijas y principalmente, igual que Florence, llevó afecto, amabilidad y el conocimiento que pudiera ayudar a salvar las vidas de los jóvenes en combate. Carente de entrenamiento pero no falta de habilidades, Clara también demostró a los líderes militares que su presencia y la de sus acompañantes sería una ayuda y no un obstáculo en los esfuerzos contra la guerra (Oakes, 1994).

OLEADAS DE INMIGRANTES A ESTADOS UNIDOS

La ciudad de Nueva York ha sido siempre un importante puerto de desembarque para los inmigrantes que buscan comenzar una nueva vida. Es el reflejo de otras ciudades que han servido como puertos de desembarque tales como Nueva Orleans y Miami. La ciudad de Nueva York también ha sido históricamente un lugar en el cual las personas económicamente desfavorecidas conviven en grupos numerosos, originando su propio conjunto de necesidades para la atención de salud. Tradicionalmente, esto se ha convertido en un dilema ya que con frecuencia la ciudad tiene respuestas o recursos insuficientes para estas necesidades (Ravitch, 1974).

En el siglo XIX, los esfuerzos del Gobierno para ayudar a los necesitados y empobrecidos eran mínimos. Las agencias municipales y gubernamentales con frecuencia ofrecían programas de asistencia pública a cambio de la lealtad al par-

tido y promesas de votos. Los reformistas de la clase alta no eran tan altruistas como para dedicarse exclusivamente a mejorar las vidas de los pobres. Ellos estaban más preocupados por la honestidad del Gobierno debido a que la ineptitud y los robos del comercio mayorista conducían a la elevación de los impuestos (Ravitch, 1974). Las personas de abolengo, pertenecientes a la clase alta, eran indiferentes a la miseria diaria que rodeaba las vidas de los inmigrantes pobres. La pobreza era considerada un problema que debía ser aliviado casi exclusivamente por la caridad. En ese entonces, existía un Comisionado de Caridad y Corrección Pública, el cual implicaba que la pobreza y el castigo estaban relacionados. La ciudad de Nueva York, igual que otras ciudades de su tamaño, tenía asilos insalubres, un hogar para pobres, una casa de trabajo y unos pocos hospitales. Las instituciones públicas se encontraban crónicamente saturadas, siendo la mayor de éstas el Hospital Bellevue con 768 camas (Ravitch, 1974).

En la década de 1870 se evidenció un cambio en los patrones de inmigración. Originalmente, la mayoría de inmigrantes provenían de Inglaterra, Irlanda y Alemania, como una reacción a las condiciones económicas y políticas predominantes en Europa en ese tiempo. A medida que disminuyó el flujo procedente de estos países, el número de inmigrantes de las zonas del sur y oriente de Europa comenzó a aumentar. Esta segunda oleada alcanzó más de la mitad del número total de inmigrantes en Estados Unidos (Ravitch, 1974).

Los inmigrantes judíos e italianos se mudaron a los barrios bajos antes ocupados por los alemanes e irlandeses. Poca atención o consideración se otorgaba a la iluminación, aireación o condiciones sanitarias de los inquilinatos densamente poblados. La recolección de la basura y la disposición de excrementos con suerte se producían ocasionalmente. El valor humano era mínimo donde las personas trabajaban largas horas en condiciones terribles por salarios absurdamente bajos, y viviendo siempre sumidos en la pobreza. Para finales del siglo, las personas que vivían cómodamente comenzaron a alarmarse por el creciente desasosiego laboral y la siempre creciente inmigración. Los ricos de la ciudad comenzaron a percibir un peligro para su modo de vida. Estaban surgiendo las organizaciones laborales y se presentaban osadas huelgas, sin precedentes, confrontando en forma directa una ley y un orden que no habían sido previamente desafiados. Los ricos se percataron de que el crecimiento de la clase media y económicamente desfavorecida no podía ser ignorado. Los inmigrantes de Europa oriental, rusos y polacos, crearon un ambiente de socialismo, anarquismo, unionismo militante y filosofía? radicales. El ambiente de descontento y malestar de los barrios bajos permitió el florecimiento de estas ideologías. Fue la extrema pobreza, el analfabetismo, la ignorancia, la miseria, la desgracia, la enfermedad, la suciedad, el crimen, la corrupción, la depravación y la degradación humana, lo que permitió que la estructura política de la ciudad se tornara tan corrupta y tergiversada que se activaron las semillas para el movimiento reformista social del siglo XIX. Para algunos, fue la amenaza y la penetración de la ilegalidad en sus cómodas vidas. Para otros, el motivo real fue la compasión originada en principios religiosos profundos e ideales de justicia social, igualdad y equidad. Muchos reformistas estaban particularmente interesados en mejorar las vidas de las personas que vivían en inquilinatos, cerrar los talleres donde sobreexplotaban a los trabajadores y reformar las leyes laborales para los menores.

Las primeras enfermeras entrenadas para visitar los hogares de los enfermos hicieron su aparición en Estados Unidos en 1813. La Sociedad de Damas de Beneficencia fue la primera en organizar a las mujeres de Charleston, Carolina del Sur, para visitar a los enfermos pobres. En 1819 la Hebrew Female Benevolent Society of Philadelphia organizó un grupo de enfermeras voluntarias para visitar a los enfermos. En 1839, la Nurse's Society of Philadelphia asignó mujeres visitadoras domiciliarias para atender a los enfermos en sus hogares; en 1877, las

primeras enfermeras educadas fueron enviadas a atender a los enfermos pobres en sus hogares; y en 1885, se estableció la Visiting Nurse Association. La primera sede nació en la ciudad de Nueva York en 1893 (Ravitch, 1974). Ésta fue rápidamente seguida por numerosas sedes, incluyendo una en Boston y otra en Filadelfia, estableciendo varios programas de servicio social en los barrios bajos de la ciudad (Tinkham, 1984). Estas casas fueron desarrolladas siguiendo las indicaciones de William Rathbone, quien había establecido el concepto de la enfermería por distritos en Liverpool, Inglaterra, en 1859. Cada distrito o área de la ciudad era asignado a una enfermera con objeto de lograr cierta continuidad en la atención y el reconocimiento de la comunidad.

Se podría decir que aún más importante y profundo fue el comienzo del movimiento de reforma social y la defensa que los trabajadores hicieron de ella, concientizando a los ricos de la ciudad. La mayoría de estos trabajadores provenían de la clase privilegiada, pero ellos informaron y finalmente interesaron a sus pupilos en los problemas y necesidades de los pobres. Los reformistas sociales estaban inspirados por el sentido ineludible de una misión para lograr el cambio y, aunque trabajaban simultáneamente en varios de los problemas de la ciudad, la creencia común era que la tarea más importante estribaba en la educación. Los reformistas tenían la certeza de que la educación contenía la promesa fundamental para mejorar el futuro de la humanidad y la sociedad en general. La convicción de los reformistas en el poder de la educación para corregir los errores que veían en las ciudades fue firme. Como agentes del cambio, su fe y su convencimiento en la educación como el medio a través del cual se podría conseguir independencia, poder, solvencia, salud y prosperidad para las masas resultaron definitivos en los años siguientes.

LILLIAN WALD

Nacida en 1867, Lillian Wald, influenciada por parientes médicos, fue a Nueva York e ingresó en la Escuela de Enfermería del Hospital de Nueva York (Kalisch, 1978). Wald se entrenó durante los tres años establecidos, y obtuvo su grado en 1891. Seguidamente fue a trabajar al Hospicio Juvenil durante un año pero se retiró descontenta y frustrada por su falta de conocimientos médicos. Esta frustración la condujo al Colegio Médico Femenino de Nueva York. Durante su permanencia allí, ella y otra enfermera, Mary Brewster, instadas por el colegio, visitaron el lado este bajo de Nueva York. Allí debían instruir a las madres inmigrantes sobre cómo cuidar a sus niños y a los miembros enfermos de la familia. Lo que Lillian descubrió allí en 1893 la impresionó y horrorizó. Lillian y Mary provenían de familias acomodadas de la clase alta. Ellas carecían totalmente de preparación emocional o educativa para lo que tenían en frente. Una mañana, mientras enseñaba a las madres cómo tender adecuadamente una cama, Lillian fue abordada por un niño pequeño que buscaba ayuda para su madre enferma. Lillian acompañó al niño a un inquilinato sucio y miserable donde encontró nueve personas hacinadas en dos cuartos (Kalisch, 1978). En una cama se encontraba una mujer que no había recibido atención durante varios días. Ella aseó a la mujer, lavó la ropa de cama, envió por un médico y resolvió ayudar a las personas en la forma en que necesitaban ser ayudadas (Kalisch, 1978).

Inspirada por esto, Lillian, acompañada por Mary, inició un servicio distrital de enfermería en la ciudad de Nueva York (Tinkham, 1984). Sabiamente, ellas se mudaron al vecindario que planeaban atender porque pensaban que la comunidad las consideraría como amigas y estaría más dispuesta a confiarles sus problemas. Su intención era simple: encontrar a los enfermos y atenderlos. Su sede inicial

estaba en una buhardilla de la calle Jefferson. Sin vínculos con ningún grupo religioso o médico específico, la clínica funcionaba siguiendo el sistema "pague como pueda". Ellas permitieron que la comunidad supiera que se encontraban allí para servir a los necesitados. Al cabo de dos años, la carga de trabajo aumentó tanto que debieron buscar sedes más grandes. De este modo en 1895, con la ayuda del filántropo Jacob H. Schiff, Lillian y Mary abrieron la Sede de Enfermeras en el número 265 de la calle Henry (Kalisch, 1978). En corto tiempo otras nueve enfermeras estaban viviendo en la sede, incluyendo la carismática y progresista líder educativa de la enfermería, Lavinia Dock.

Fue Lillian la que primero utilizó el término "enfermera de salud pública". Ella agregó un prefacio al término "enfermería para la salud" de Florence Nightingale, puesto que estas enfermeras estarían directamente comprometidas con las necesidades del público o la sociedad (Roberts, 1954).

Para 1900, había más de 200 enfermeras pertenecientes a 20 organizaciones distritales de enfermería, la mayoría de las cuales se encontraban en las grandes ciudades, aunque algunas se hallaban en comunidades pequeñas (Tinkham, 1984). Tan exitoso fue el trabajo de estas enfermeras que Lillian, trabajando con la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York, estableció un programa piloto durante un mes a fin de desempeñar una labor como enfermera directamente en una escuela. Su motivación era la necesidad de un inteligente niño de 12 años de edad que no consiguió ingresar a la escuela debido a una condición cutánea no tratada (Roberts, 1954). Durante el mes del programa aumentó el número de niños asistentes a la escuela. Este resultado positivo desencadenó la contratación de la primera enfermera escolar en Estados Unidos en 1902, seguida por otras doce (Tinkham, 1984). La enfermería escolar se convirtió rápidamente en parte integral e indispensable de la atención de salud de los jóvenes en todo el país.

Durante ese tiempo también nació el concepto de la enfermería ocupacional. En 1895, el propietario de una compañía de mármol de Vermont estableció un servicio de enfermería motivado por "intereses paternalistas y humanitarios en el bienestar de los trabajadores y sus familias" (Roberts, 1954, p. 85). Con un éxito inesperado, el servicio continuó demostrando el valor económico del menor tiempo perdido debido a enfermedades y accidentes.

En 1913, el Gobierno autorizó el establecimiento de la primera División de Enfermería de Salud Pública en el Departamento de Salud en el estado de Nueva York, precediendo a la División de Enfermería del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos.

En 1910, el histórico *Informe Flexner* ayudó a formalizar la educación médica pero, debido al enorme crecimiento de las comunidades, la atención de salud era incapaz de dar abasto. Complementando los sobreutilizados y agotados recursos de las ciudades había numerosas organizaciones privadas que manejaban casas para recién nacidos abandonados, baños públicos, guarderías, orfanatos, hogares para niños rechazados, dispensarios, clínicas, hospitales, hogares para ancianos y casas de albergue para vagabundos (Ravitch, 1974). Pese a estos esfuerzos y tendencias reformistas, los barrios bajos de la ciudad de Nueva York crecieron tanto en número como en la miseria, desesperanza y depresión inherentes. En una ciudad donde casi la mitad de la población había nacido en el extranjero, la confusión y el desasosiego saturaban el aire.



IGLO XX: ESTABLECIMIENTO DEL SERVICIO COMUNITARIO

La enfermería puede y debe ser considerada como la forma más temprana de servicio a la comunidad. Está relacionada con el deseo firme, quizá instintivo, de

preservar y proteger a los miembros de un grupo. A medida que la civilización creció, este concepto se expandió para incluir otros grupos, tribus, clanes, ciudadanos y, finalmente, a los extraños. Se puede decir que una de las más primitivas formas de enfermería fue la que tuvo lugar en la comunidad. Se desconoce cuándo y cómo comenzó todo. Dock escribe: "sobre la enfermería no existen registros, con excepción de las asistentes de los hospitales militares, y alguna anciana ocasional... es posible que en los hogares de los ricos todas las actividades de enfermería fueran realizadas por los esclavos" (Dock, 1920, p. 38). Sería injusto criticar a las primeras sociedades por esta conducta hacia los enfermos y necesitados, señala Dock, puesto que es "históricamente incorrecto asumir que toda la amabilidad y caridad para con el prójimo comenzó en la era cristiana; este es también un error temperamental que estrecha la mente eliminando la percepción del humanismo esencial de la especie en su totalidad" (Dock, 1920, p. 38). Las mujeres romanas de alcurnia figuran en los registros históricos entre las primeras en reconocer el valor que, en el proceso de recuperación, tenían las mujeres que atendían a los enfermos. Marcella convirtió su palacio en el primer hospital público gratuito aproximadamente en el año 390 d. C. (Dock, 1920). Esta era prácticamente la única forma en que las mujeres de ese entonces podían atender a los necesitados, acercándose a la comunidad portando canastas de alimentos, cobijas limpias y vendajes, practicando la forma más primitiva y elemental de salud comunitaria.

Fue durante el comienzo del siglo XX, debido a las enormes y persistentes exigencias de la inmigración y las enfermedades infecciosas, que la enfermería estadounidense tuvo la previsión, intuición y experiencia histórica de cambiar hacia la atención centrada en la comunidad. Vuelven los recuerdos originales de las primeras enfermeras visitantes vistiendo largas faldas, ascendiendo hasta las buhardillas de los inquilinatos. Siempre conscientes de que el contexto social era importante para la atención de la salud de esta población, las enfermeras alimentaron a los enfermos en cocinas comunales, atendieron las necesidades de los niños escolares mediante inmunizaciones, escalas de crecimiento y clases de higiene. Cuando los más graves de los enfermos no podían acudir al consultorio del médico, la enfermera de salud comunitaria iba hasta el paciente.

Rayando el nuevo siglo, las reformas de la enfermería quizá no fueron mayores que las de la salud pública. En 1919, casi 9.000 enfermeras entrenadas dedicaban sus carreras a este tipo de atención (Kalisch, 1978). Inicialmente su trabajo se limitaba al lecho del enfermo, pero la conciencia creció en forma gradual; si no había alimento, cobijo o saneamiento, todos los cuidados del mundo carecerían de valor. Estas enfermeras descubrieron rápidamente que sus visitas a menudo tenían más una naturaleza psicosocial debido a la magnitud de las necesidades de la población. El conocimiento de la información que ellos requerían excedía en mucho lo que estas asistentes habían aprendido en la escuela de enfermería. Fue por necesidad que la especialización de la enfermera de salud pública surgió con estruendosa fuerza. Históricamente el término "salud pública" fue utilizado con mayor frecuencia que "salud comunitaria" aunque durante algún tiempo se consideraron intercambiables. La enfermería para la salud comunitaria es el resultado de las siempre crecientes y cambiantes necesidades de una sociedad en expansión. La salud comunitaria, influenciada por las reformas en la salud pública, la educación y las necesidades sociales, es un reflejo directo del crecimiento y el cambio en el mundo moderno. Actualmente, la American Nurses Association (ANA) utiliza el término "enfermería comunitaria" para incluir a quienes trabajan en las escuelas, la industria y la salud pública así como en otras clínicas, entidades y servicios centrados en la comunidad. El siglo XX fue testigo de muchas ganancias en la salud general del público pero, ya en el siglo XXI, mucho de lo que se ha logrado con relación a la atención de la salud ha comenzado a cambiar y parece haber

disminuido en cierto grado. El elevado costo de atención de salud ha ocasionado la revaluación del modo en que se gastan los dólares destinados a la atención de la misma. Existen amenazas de programas dispersos tales como Medicare, las estancias hospitalarias son más cortas y existe la posibilidad de establecer un límite a la atención de salud de los ancianos.

Finalizando el siglo XX, de nuevo los servicios de enfermería para la salud comunitaria atraviesan grandes necesidades. Aunque tecnológicamente desarrollado, parece que el final de este siglo no se diferencia del final del siglo XIX por cuanto el Gobierno en ese entonces también asumió una limitada responsabilidad en la atención de salud. El aspecto económico del suministro de una adecuada atención de salud se ha convertido en un dilema. El ambiente social que estimuló a personas como Lillian Wald a brindar el servicio domiciliario para la atención de salud, parece estar expandiendo la demanda de mayores servicios de enfermería para la salud comunitaria (Chafey, 1996). Sumándose a las estancias hospitalarias más cortas, existe un creciente número de personas incapaces de costear los servicios de atención de salud, y muchas con cubrimiento limitado o inexistente de seguridad en la salud.

RESUMEN

Las funciones iniciales de las asistentes de enfermería fueron intuitivas y destinadas a mantener la salud, confortar al enfermo y suplir las necesidades más elementales de la humanidad. Esto incluía el suministro de alimento, abrigo, calor, vestuario y atención espiritual. En ese entonces, las personas consideradas enfermeras no eran asistentes entrenadas pero sí capaces y dedicadas. Para cubrir las necesidades humanas estas enfermeras utilizaron su intuición, análisis y sentido común para la solución de los problemas.

Con el tiempo, a medida que evolucionó el cuerpo de conocimientos, las enfermeras fueron capaces de utilizar sus habilidades intelectuales, interpersonales y psicomotrices para satisfacer las necesidades humanas. Las enfermeras de salud comunitaria, quizá el modelo más antiguo de enfermería, trabajaron como difusoras de la atención de salud para conseguir el propósito de una ciudadanía sana. Sus logros y habilidades nutricionales han sido esenciales en la preservación de la vida humana y el mejoramiento y el cultivo del bienestar humano a lo largo de la historia de la civilización.

Históricamente, las enfermeras han desempeñado diversos papeles. Durante el transcurso de los años las enfermeras han sido preservadoras de la salud, farmaceutas, educadoras, curadoras y nutricionistas. Gradualmente, en respuesta a las crisis sociales desencadenadas por las guerras, las epidemias y los descubrimientos médicos, la enfermería ha asumido un papel fundamental en la prevención, el tratamiento y la educación del público. Pese a las objeciones de la sociedad, las enfermeras lucharon por una adecuada educación, instrucción y reconocimiento de su posición. La preparación y la dedicación de la atención de enfermería a los necesitados hace que esta sea única y asegura a nuestra humanidad como una sociedad civilizada.

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la *mejor* respuesta para cada una de las siguientes preguntas.

1. En el siglo XIX los esfuerzos del Gobierno por ayudar a los pobres a conseguir la salud se encontraban:

- A. En aumento.
 - B. Ligados a los beneficios políticos.
 - C. Bien respaldados.
 - D. Muy limitados.
2. Lillian Wald y Mary Brewster iniciaron:
- A. El servicio de enfermería domiciliaria.
 - B. El primer programa de enfermería.
 - C. La sede de la calle Henry.
 - D. Un centro de salud para mujeres.
3. Florence Nightingale está asociada con la enfermería de salud comunitaria porque:
- A. Peleó en la guerra de Crimea.
 - B. Asignó las enfermeras para el trabajo comunitario con enfermos que se encontraban en sus hogares.
 - C. Envío enfermeras para atender a los soldados durante la guerra de Crimea.
 - D. Estaba preocupada por las necesidades de sus pacientes, consistentes en una buena alimentación, luz solar y un entorno agradable.
4. Al igual que el siglo XIX, al finalizar el siglo XX:
- A. El Gobierno se encarga de la atención de todos los ciudadanos.
 - B. Los estadounidenses necesitan mejores condiciones de saneamiento y agua potable.
 - C. Existe la necesidad de una mejor y más benevolente política pública respecto al suministro de la atención de salud.
 - D. Han surgido numerosos programas de atención de salud.
5. Clara Barton es conocida por ser:
- A. La "Florence Nightingale americana".
 - B. La autora de muchos libros para la atención domiciliaria de la salud.
 - C. La primera enfermera en ofrecer atención a domicilio.
 - D. La fundadora de la sede de la calle Henry.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es D.* Los esfuerzos del Gobierno por ayudar a los empobrecidos a conseguir la salud eran prácticamente inexistentes.
2. *La respuesta es C.* Lillian Wald y Mary Brewster iniciaron la sede de la calle Henry en 1895.
3. *La respuesta es B.* Cuando Florence Nightingale fue invitada a asignar las enfermeras para el trabajo comunitario con individuos enfermos, ella se unió a la enfermería para la salud comunitaria.
4. *La respuesta es C.* En el siglo XX, igual que en el siglo XIX, existe la necesidad de una mejor política pública y de una mayor participación del Gobierno en el suministro de los servicios para la atención de salud.
5. *La respuesta es A.* Debido a su trabajo, Clara Barton ha sido conocida como la "Florence Nightingale americana".

REFERENCIAS COMENTADAS

Kalisch, P. A., & Kalisch, B. J. (1978). *The advance of American nursing*. Boston: Litde, Brown.

Este libro es una revisión histórica de la enfermería. Comienza con las civilizaciones antiguas y termina con una descripción de la enfermería en el siglo XX. Florence Nightingale, Clara Barton y Lillian Wald se encuentran entre las personalidades destacadas en esta bien escrita historia de la enfermería.

Chafey, K. (1996). Caring is not enough. *Nursing and Home Care: Perspectives on Community*, 17 (1), 10-15.

Este artículo explora los dilemas éticos y sociales asociados con el suministro de la atención de salud. Ofrece una revisión histórica y presenta los problemas actuales del sistema de atención de salud en Estados Unidos.

Dock, L. L. (1920). *A short history of nursing: From the earliest times to the present day*. Nueva York: G. P. Putnam.

Uno de los primeros esfuerzos para recopilar una historia sobre la evolución de la enfermería escrito por una de las matriarcas de la profesión. Este trabajo se enfoca en las influencias y los avances internacionales para la atención de salud.

Dolan, J. A. (1968). *History of nursing*. Filadelfia: W. B. Saunders.

Este texto consiste en una revisión corta de la historia de la enfermería. Se encuentra agradablemente ordenado y resulta fácil de leer. Constituye una buena introducción a la experiencia del pasado de la enfermería y su evolución.

Oakes, S. B. (1994). *A woman of valor: Clara Barton and the Civil War*. Nueva York: Free Press.

Una nueva novela maravillosamente escrita sobre la fundadora de la Cruz Roja americana. Esta historia narra la Guerra Civil desde el punto de vista de las mujeres que siguieron a los ejércitos y atendieron a los soldados heridos y moribundos. Narra las relaciones personales de Clara, revela los benefactores políticos que cultivó, y describe la influencia y persuasión que desarrolló en el Gobierno.

Ravitch, D. (1974). *The great school wars: New York City: 1805-1973. A history of the public schools as a battlefield of social change*. Nueva York: Basic Books.

Una historia bien escrita sobre el crecimiento de la educación pública en la ciudad de Nueva York. Frente al lector se despliega la influencia de cada cultura a medida que los individuos alcanzan las orillas de Ellis Island. Cada oleada de inmigrantes trajo consigo sus propias necesidades de atención de salud y cambió la relación entre la educación pública y la educación para la atención de salud.

Roberts, M. M. (1954). *American nursing. History and interpretation*. Nueva York: Macmillan.

Una recopilación cronológica de los importantes progresos de la enfermería y el impacto percibido por el autor. Bien escrito y fácil de leer, brinda al lector una visión general de una profesión en desarrollo.

Santayana, G. (1953). *The Life of reason*. Nueva York: Charles Scribner's.

Esta es una edición revisada, escrita en colaboración con Daniel Cory. En un volumen contiene las cinco ediciones del trabajo original publicado en 1907. El trabajo mismo es una mirada a los intentos de la humanidad por explicar el arte, la religión y la ciencia con objeto de vivir una vida racional.

Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25 (4), 352 — 357.

Este artículo discute la relación entre el ejercicio de la enfermería y la teoría de Jean Watson sobre la atención conocedora. Bien escrito y organizado, ayuda al lector a comprender la aplicación de la teoría en la práctica, y las necesidades de la práctica para la creación de la teoría.



DIVERSIDAD CULTURAL EN LA COMUNIDAD

INFLUENCIA DE LA CULTURA Y DE LAS CREENCIAS

RELACIONADAS CON LA SALUD

En Estados Unidos, muchos consideran la salud como un derecho. Sin embargo, la responsabilidad de la obtención de atención en salud y el mantenimiento de la salud personal reposa principalmente sobre cada individuo (Andrews y Boyle, 1995). Esta proporción de la carga de la responsabilidad sobre el individuo para la conservación de su propia salud, sugiere que existe una base común de salud aceptable; de este modo, el propio cuidado se convierte en una responsabilidad adicional en la conservación de la propia salud. En realidad, la forma como las personas evalúan la salud es individual y a menudo está firmemente ligada a la cultura. Las diferentes costumbres y valores influyen sobre las creencias y prácticas de la atención de salud en las diferentes culturas; cualquiera que sea el modo en que los profesionales de la atención de salud evalúan el estado de salud de un cliente, los clientes tienden a evaluar su propio concepto de bienestar. Resulta lógico, entonces, que las conductas y creencias culturales de un cliente puedan entrar en conflicto con los criterios de los proveedores de atención de la salud en una comunidad.

La enfermera de salud comunitaria puede percibir el conflicto al trabajar con clientes que, basados en ciertas expectativas sociales, no han hecho todo lo que debieran para conservar su salud. Además, la respuesta de la enfermera de salud comunitaria a las exigencias o necesidades de salud de un cliente, también está influenciada por sus propias creencias sobre la salud y su herencia cultural. Los proveedores de atención de la salud deben ser sensibles al enorme impacto ejercido por la cultura sobre la salud de los clientes y las actitudes de los proveedores hacia los mismos.

La cultura se aprende en el entorno de cada persona, y el aprendizaje cultural con frecuencia se compara con la forma en que los humanos aprenden a hablar (Spector, 1996). En consecuencia, las normas culturales son primordialmente inculcadas y a menudo no son expresadas por los individuos. La mayoría de los miembros de una familia o grupo cultural no tienen necesidad de discutir entre sí los papeles relacionados con sus conductas culturales. En la cultura influyen los alimentos que consumimos, el modo como educamos a nuestros hijos, nuestras reacciones al dolor, la forma como enfrentamos el estrés, nuestra respuesta a la atención de salud y la manera como manejamos los asuntos relacionados con la muerte. Las influencias culturales y los sistemas organizados de apoyo frecuentemente establecen las pautas para vivir y proporcionan las indicaciones para el comportamiento de los clientes (Pender, 1996). En resumen, la cultura brinda las bases para el desarrollo social de un individuo. El siguiente estudio de un caso es un ejemplo del modo como la enfermera de salud comunitaria, utilizando su conocimiento sobre la diversidad cultural, produce un efecto en la atención de un cliente.

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

Influencia de la cultura y de las creencias relacionadas con la salud

Creencias de la practicante

Clarificación de valores

Diversidad cultural

Etnocentrismo

Asimilación

Tiempo, espacio personal y sanación popular

Enfermería transcultural

Evaluaciones culturales

Aspecto económico de la cultura

Sexo, edad y atención de salud

Resumen

Diversidad. Dondequiera que las

cosas no sean iguales existe diversidad. La diversidad no se limita a la cultura, etnia o raza.

*E*STUDIO DE CASO: LA CULTURA INFLUYE LAS RESPUESTAS

FRENTE A LA ATENCIÓN DE SALUD

Mientras realizaba una visita domiciliaria posparto de rutina, la enfermera de salud comunitaria encontró que un recién nacido tenía una seria lesión de la piel en el área de las nalgas. La enfermera remitió a los padres del recién nacido a la practicante local de enfermería pediátrica, que diagnosticó que la condición del niño correspondía a una infección bacteriana y prescribió un medicamento antibacteriano tópico como tratamiento. La practicante de enfermería pediátrica recomendó una serie de visitas domiciliarias de seguimiento por parte de la enfermera de salud comunitaria. Después de varias de tales visitas, la profesional se percató de que los padres, que eran de ascendencia gitana, no estaban aplicando el medicamento prescrito según se había indicado, y había evidencia de progresión de la infección. En los demás aspectos, el niño estaba bien atendido. Aunque la familia parecía confiar en la enfermera, los padres continuaron sin cumplir con la aplicación de la crema. Además, se mostraban ansiosos respecto al medicamento formulado.

Al indagar sobre la cultura de la comunidad gitana, la enfermera descubrió que la líder comunitaria debe aprobar todas las intervenciones extrañas, en particular los medicamentos. La enfermera de salud comunitaria solicitó entonces a los padres que la acompañaran a visitar a la líder y matharca comunitaria, conocida como la Reina. Durante esta visita, la enfermera discutió con la Reina la necesidad del tratamiento para el niño. La Reina revisó el medicamento y el niño, y seguidamente ordenó a los padres cumplir con el tratamiento. Los padres comenzaron entonces a tratar al niño. En la visita de seguimiento realizada por la enfermera de salud comunitaria, los padres parecían confortados, y la condición del niño había mejorado.

Los conceptos de los clientes sobre la salud están basados en el ambiente en que viven y la cultura en la cual han sido socializados. Aunque las diferencias étnicas, raciales y culturales a menudo son fundamentales en la atención del cliente, las creencias sobre la salud derivadas del medio ambiente frecuentemente determinan la forma como el cliente interpreta la salud y busca acceder a la atención de la misma. Por ejemplo, los clientes pueden pensar que ciertos problemas de salud son la norma para su edad y condición y no ven razón para buscar asistencia. El siguiente estudio de un caso explora el modo como un mito relacionado con las mujeres y el envejecimiento, y apoyado culturalmente, podría ocasionar innecesarios problemas de salud a un cliente.

*E*STUDIO DE CASO: EL MITO COMO CAUSA

DE PROBLEMAS DE SALUD

La señora Joel, una mujer de 46 años de edad residente en una comunidad rural, visitó una clínica ginecológica ambulatoria atendida por practicantes de enfermería para la salud comunitaria. La clínica es financiada por el estado, en el cual reside la señora Joel, y tiene por objeto atender a las mujeres que viven en áreas rurales apartadas y que cuentan con escasos servicios. La señora Joel consultó a la clínica para recibir educación sobre planificación familiar y someterse a un examen para la detección del cáncer de seno y a una citología cervical (Pap). La señora Joel informó que había estado presentando flujo vaginal con olor fétido. Después de realizar un examen físico completo a la cliente, la practicante de enfermería diagnosticó una infección de la pared vaginal. Al discutir el diagnóstico con la señora

Joel, la enfermera de salud comunitaria descubrió que la señora consideraba que el olor era normal y no había pensado buscar atención médica. Ella le contó a la enfermera que todas las mujeres de su familia adquirían el "olor" a medida que se acercaban al cambio (menopausia). Sus experiencias en un ambiente limitado hicieron que ella malinterpretara sus propios síntomas de infección, y estimara que hacían parte normal del envejecimiento. Si la señora Joel no hubiera traspasado los límites de su ambiente habitual, su infección habría evolucionado sin tratamiento y podría haberse tornado seria. Como parte del tratamiento de la señora Joel, la enfermera le brindó información sobre la salud de las mujeres y los cambios ginecológicos asociados con el envejecimiento y planeó las visitas de seguimiento.

Para crear de modo competente junto a los clientes un plan para la atención de salud, la enfermera de salud comunitaria debe encontrar las formas para conciliar el concepto que el cliente tiene sobre la salud y el cubrimiento de sus expectativas respecto al tratamiento (Spector, 1996). La manera como esto se logra produce un impacto sobre el estado de la salud en nuestra sociedad. Los clientes que tienen la capacidad para mejorar sus condiciones de salud pero rehusan hacerlo debido a sus creencias, restricciones religiosas o influencias culturales pueden resultar costosos para el sistema de atención de salud y comprometer su propia salud. Por ejemplo, existen clientes que, debido a sus convicciones, rechazan la inmunización contra las enfermedades transmisibles incrementando así la posibilidad de diseminación de la enfermedad. Tal población de clientes puede representar una carga para el sistema de atención de salud tanto por la propagación de la enfermedad como por sus efectos a largo plazo sobre los clientes mismos. Por tanto, al negociar un plan efectivo para la atención de salud, es importante conocer el modo en que el cliente concibe la salud y la enfermedad y comprender los factores que influyen sus impresiones. A lo largo de este proceso, la enfermera de salud comunitaria debe respetar los deseos del cliente. La enfermera puede entonces realizar predicciones sobre las conductas del cliente, basada en su conocimiento sobre la cultura y las acciones que éste adoptará (Spector, 1996). Igual que en el estudio del caso, algunas de nuestras conductas o expectativas pueden ser resultado de lo que hemos experimentado en nuestras familias o comunidades y de lo que es considerado la norma en nuestro medio ambiente.

CREENCIAS DE LA PRACTICANTE

Para satisfacer las exclusivas necesidades de salud de los clientes en forma efectiva, es necesario que los profesionales de la salud estén atentos a sus propias convicciones sobre la misma, las conexiones con sus propias culturas y la influencia que la cultura de la atención de salud ha ejercido sobre ellos. Es importante mencionar que la percepción de la salud por parte de un proveedor de salud está influida por el simple hecho de convertirse en uno de tales proveedores. Influidos por el sistema de atención de salud, los proveedores incorporan a sus propias culturas individuales una "cultura de proveedores de atención de salud" mientras socializan en sus papeles profesionales (Spector, 1996). A medida que los proveedores de la atención de salud se tornan más conscientes y más sensibles respecto a sus propias culturas y al modo como han llegado hasta sus propios sistemas de creencias, se hacen más sensibles respecto a las necesidades de salud y las normas culturales de sus clientes. Cuando las enfermeras de salud comunitaria utilizan la información basada en la cultura, las convicciones sobre la salud y el medio ambiente, pueden ayudar a los clientes a tomar decisiones útiles para adoptar un estilo de vida saludable.

CLARIFICACIÓN DE VALORES

Normas culturales. Estas normas son los valores culturales de un grupo que gobiernan la conducta humana. Las normas proporcionan la orientación de la conducta exhibida por una persona o grupo (Andrews y Boyle, 1995).

Clarificación de valores. Este es un proceso a través del cual, los individuos identifican o expresan sus preferencias personales (es decir, gustos y disgustos) por los temas que afectan sus vidas.

Todas las sociedades y culturas tienen reglas que identifican las conductas adecuadas e inadecuadas. Éstas se denominan **normas culturales**. Las normas se originan en los valores culturales, y brindan las instrucciones para ocasionar y conservar las conductas (Andrews y Boyle, 1995). Permanecer en contacto con los propios valores y reconocer la influencia que éstos ejercen sobre las decisiones que el individuo adopta es esencial para alcanzar y preservar un elevado nivel de bienestar. Sin embargo, dado que las culturas varían enormemente, los valores que orientan la conducta de una persona también varían mucho. Esto es particularmente válido respecto a la forma como los valores influyen las conductas y las creencias concernientes a la salud.

Una manera de ayudar a los clientes a establecer prioridades en sus conductas y metas relacionadas con la salud es la utilización de las técnicas para la **clarificación de valores**. La clarificación de valores consiste en un proceso de autoevaluación y autodescubrimiento que ayuda al cliente, ya se trate de un individuo, una familia o una comunidad, a evaluar sus creencias, conductas y suposiciones. La clarificación de valores no tiene reglas establecidas ni existen opciones correctas o erradas implicadas en la utilización de dichas técnicas; simplemente significa que cada individuo se hace consciente de las opciones disponibles para sí mismo. Al comprender los valores propios del individuo y su importancia, así como al contar con la información correcta en relación con estos valores, una persona puede hacer elecciones razonables, no simplemente basadas en la costumbre, la herencia cultural o las influencias sociales o ambientales. Al comprender los valores propios y su importancia, una persona, familia o comunidad puede identificar las mejores opciones para sí misma.

No obstante, la mayoría de personas no advierte las sutiles influencias que afectan sus valores o creencias y, por tanto, con frecuencia pueden tomar decisiones que no favorecen su propio interés. En ciertas edades, tales como la adolescencia, las presiones externas a menudo exceden los valores de la propia cultura. Puede observarse un ejemplo de esto en los colegios de las ciudades del interior donde existe una vigilante presión sobre las chicas adolescentes para evitar que resulten embarazadas. A menudo, estas chicas adolescentes consideran el embarazo como un símbolo de madurez y amor. Pese a la disponibilidad de los programas de educación sexual y control de la natalidad, muchas estudiantes de las ciudades del interior resultan embarazadas cada año.

Otro ejemplo es la preocupación sobre la pérdida de peso y su importancia para la salud, que algunos han interpretado como extrema delgadez. El concepto "no puedes ser demasiado rico o demasiado delgado" ha impuesto una enorme presión sobre los miembros de nuestra sociedad. Las modelos publicitarias extremadamente delgadas se han convertido en los patrones a través de los cuales muchas mujeres y chicas adolescentes de nuestra sociedad se juzgan a sí mismas. Algunas de estas adolescentes y jóvenes mujeres, intentando ser delgadas para imitar esta imagen, han desarrollado trastornos alimenticios tales como anorexia o bulimia. En ocasiones, las personas pueden basar su sistema de convicciones en una norma social o en una información insuficiente que consideran cierta. El uso de las técnicas de clarificación de valores podría ayudar a los clientes acosados por la vigilante presión a ser más conscientes de las ocasionalmente insidiosas interacciones entre su cultura y su medio ambiente, y permitir unas conductas más beneficiosas.

Una evaluación para la clarificación de los valores relacionados con las creencias sobre la salud podría incluir las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son las metas que le gustaría alcanzar en los próximos cinco años?
2. ¿En qué invierte usted su tiempo?
3. ¿Cómo es su salud actual en comparación con lo que usted esperaría que fuera?
4. Establezca las prioridades relacionadas con su salud.

La pregunta 1 permitirá a la enfermera obtener una visión sobre la orientación del cliente en el tiempo. La orientación temporal varía en los diferentes grupos culturales. Algunas culturas tienden a estar orientadas hacia el futuro (Spector, 1996); ellas elaboran planes anticipadamente y están interesadas en metas a largo plazo. Otros grupos están orientados en el presente de modo que no hacen planes para el futuro, concentrándose sólo en los eventos que ocurren en la actualidad. A medida que las personas envejecen, frecuentemente se orientan por el pasado, lo cual puede comprometer su capacidad para actuar de manera adecuada en el presente. Para los clientes que se orientan por el presente o por el pasado, esta pregunta puede ser difícil de responder ya que ellos carecen de un plan para el futuro. Igualmente, esta pregunta le proporcionará a la enfermera de salud comunitaria una orientación sobre las metas del cliente.

La pregunta 2 le brindará a la enfermera cierta noción sobre cómo los clientes están gastando su tiempo. A menudo, éstos no se detienen a considerar la cantidad de tiempo que realmente pasan trabajando o jugando. Esto puede ayudarles a reflexionar respecto a la cantidad de tiempo que dedican a las cosas o las personas que ellos valoran.

La pregunta 3 puede suministrar a la enfermera una idea de la imagen que el cliente tiene sobre la salud. Frecuentemente, los clientes tienen una visión de su salud que difiere de la de su proveedor de atención de salud.

La sugerencia 4 puede ayudar a los clientes a comenzar la evaluación y el desarrollo de sus propias metas de salud.

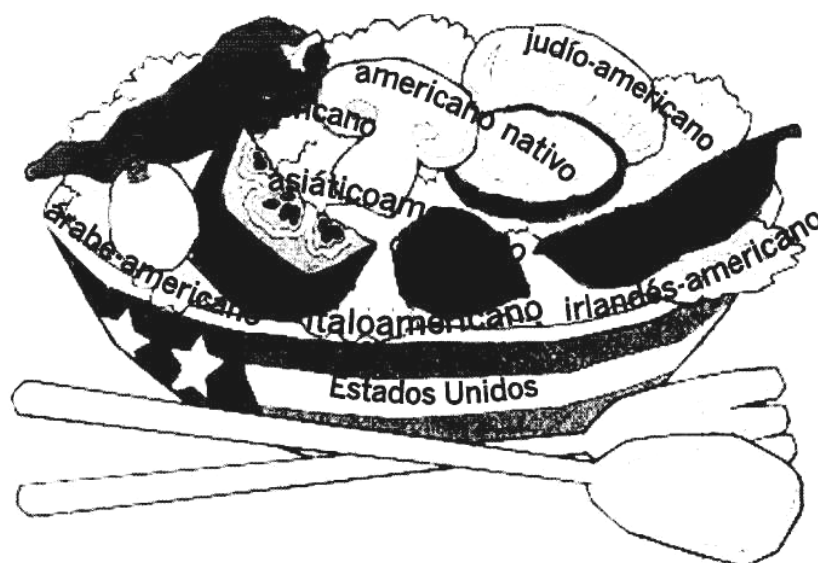
Estas preguntas pueden ser formuladas por la enfermera de salud comunitaria durante las entrevistas o pueden presentarse en forma de cuestionario o documento escrito. Las respuestas a estas preguntas ayudarán a la enfermera de salud comunitaria a conocer y comprender las metas del cliente.

DIVERSIDAD CULTURAL

Durante mucho tiempo se consideró que Estados Unidos era una olla en la que se fundían muchas culturas. Recientemente, el campo de la atención de salud ha adoptado la posición de considerar a este país más como una ensaladera que contiene una mezcla de personas y en la cual cada grupo conserva su propia historia e identidad cultural. Esto se conoce como comunidad multicultural o diversa (figura 3—1). En el pasado, los proveedores de la atención en salud tendieron a negar o restar importancia a la identidad cultural en la salud individual y comunitaria. Actualmente, sin embargo, dichos proveedores en Estados Unidos reconocen que las fuerzas culturales tienen un impacto significativo en los conceptos de los clientes y su respuesta a la salud y la enfermedad. Los términos que se refieren a la herencia cultural de las personas, tales como afroamericano, italoamericano y asiáticoamericano, son comúnmente utilizados en la actualidad al describir e intentar comprender las necesidades y las prácticas de salud de los clientes. Esta afirmación de la diversidad cultural en Estados Unidos constituye un avance positivo que coloca a disposición de las enfermeras de salud comunitaria varias perspectivas y herramientas útiles para la evaluación.

FIGURA 3-1

Estados Unidos simula una ensaladera; es decir, es una mezcla de personas en la cual muchos grupos conservan sus propias identidades y antecedentes culturales y religiosos, constituyendo la nación.



Las **tradiciones** son hábitos y costumbres de la sociedad que generalmente llegan a ser considerados esenciales para la supervivencia y el bienestar de la misma.

Las creencias relacionadas con la salud no están limitadas a las creencias culturales. Con frecuencia corresponden a lo que los clientes han aprendido a esperar en su medio social. Las percepciones que los clientes tienen sobre la salud también están basadas en el ambiente donde viven así como en la cultura en la cual se han socializado. Aunque a menudo las diferencias étnicas son clave para la atención del cliente, las creencias sobre la salud en muchas ocasiones establecen y manipulan la manera en que los individuos interpretan su propia salud y la forma como buscan acceso a la atención de la misma. Por tanto, los clientes pueden considerar que ciertas condiciones son inherentes a su edad y estado y no ven razón para buscar asistencia para la salud.

La diversidad cultural se encuentra en los ambientes geográficos en los cuales conviven personas o grupos culturalmente diferentes. Cada grupo acarrea sus propias expectativas sobre la salud hasta la sociedad general. Estas expectativas están influidas por distintas fuerzas, incluyendo los cambios en la tecnología, los progresos alcanzados en la atención de salud y la influencia o las presiones ejercidas por el ambiente de la sociedad en general.

Presión ambiental es el término utilizado para referirse al efecto o la influencia que el ambiente ejerce sobre los individuos o los grupos. Las presiones del ambiente en el cual viven los clientes incluyen tanto las presiones físicas (por ejemplo, el clima, los alimentos disponibles, la altitud, la dimensión, la ubicación) como las presiones emocionales (por ejemplo, la religión, la necesidad de educación formal, la existencia de culturas dominantes dentro del ambiente). Estas presiones pueden interferir con la manera como las personas experimentan o expresan su propia cultura. Gran parte de esto se basa en las teorías sobre la presión ambiental provenientes del sobresaliente trabajo de Kurt Lewin, psicólogo que ejerció en la década de los treinta (Hall y Lindsay, 1970).

Como gestor de una importante teoría sobre la presión ambiental, Lewin propuso que para estudiar a una persona, los científicos deben considerar la totalidad de circunstancias que la rodean (Lewin, 1936). Para Lewin, el funcionamiento individual es resultado de la compleja relación entre el individuo y el ambiente, y depende tanto del estado de la persona como del estado del ambiente (Lewin, 1936). En el modelo cibernético de Lewin, la cultura de un individuo no sólo

influye sobre el entorno sino que también es influido por éste. El modelo de Lewin brinda una base útil para reflexionar sobre las interacciones entre los individuos, sus culturas y el ambiente en que viven. Gran parte del trabajo realizado por los estudiosos del comportamiento utiliza las teorías de Lewin como referencia (Klainberg, 1994).

*E*TNOCENTRISMO

La extrema devoción a la cultura propia y el rechazo o la negación de otras culturas se denomina **etnocentrismo**. Éste puede conducir a la comprensión errónea de las demás culturas así como a prejuicios, racismo y discriminación. Para brindar una atención efectiva, la enfermera de salud comunitaria debe evitar las conductas etnocentristas. Cuando el individuo comienza a respetar la diversidad cultural, la sensibilidad cultural se desarrolla. "La sensibilidad cultural es un prerrequisito para la atención de enfermería personal receptiva" (Andrews y Boyle, 1995, p. 39).

El etnocentrismo consiste en creer en la superioridad del propio grupo o cultura.

*A*SIMILACIÓN

La asimilación cultural es el proceso durante el cual una persona, familia o comunidad se adapta a un nuevo ambiente (Wadsworth, 1986). La mayoría de personas que ingresan a nuevos ambientes pasan en cierto grado a través de un proceso de asimilación.

En la mayoría de los casos, la asimilación comprende la adaptación de una persona o grupo minoritario a una cultura mayoritaria establecida, usualmente conocida como cultura dominante. Rara vez se trata de un proceso fácil, y las personas sometidas al mismo pueden sentir simultáneamente la necesidad de incorporarse al nuevo ambiente y la atracción ejercida por sus propios lazos culturales. Dado que la cultura es dinámica y los individuos son únicos, existen diferencias en la manera como cada persona incorpora la cultura dominante a su propia herencia cultural. Esto puede crear una confusión o un choque cultural, a veces entre las generaciones y con mayor frecuencia en los individuos. Un ejemplo de esto último podría ser un adolescente sexualmente activo proveniente de una cultura que desapueba la actividad sexual en los adolescentes y los individuos solteros, quien ingresa a una cultura dominante que fomenta el sexo seguro y el uso de preservativos; sus conflictos internos sobre la sexualidad pueden interferir con su utilización de preservativos y otras prácticas para el sexo seguro; esta asimilación incompleta le niega tanto la protección de su cultura de origen como la de la cultura dominante.

Aunque existen ciertas culturas minoritarias que se asimilan animosamente a la cultura dominante, otras intentan mantener su herencia cultural intacta pese a las presiones externas. Ejemplos de esto son las comunidades amish y judía hasídica. Intentando conservar su herencia, estas comunidades establecen pocos compromisos. No obstante la disponibilidad de la tecnología, los amish escogen no utilizar muchos de los modernos artefactos que facilitan las labores, la medicina contemporánea o incluso la electricidad, y continúan vistiéndose y viviendo como lo han hecho durante generaciones a fin de preservar su religión y cultura. Para conservar su religión, la comunidad judía hasídica tiene un código de vestuario, normas dietéticas, restricciones para el uso de cierta tecnología, prohibiciones relacionadas con el control de la natalidad y limitaciones que pueden tener un impacto sobre las prácticas de salud. Las enfermeras de salud comunitaria deben respetar y tratar de mantener las tradiciones de estos y otros grupos al brindar atención al cliente.

TIEMPO, ESPACIO PERSONAL Y SANACIÓN POPULAR

La cultura influye en la manera como las personas conciben su propio tiempo y espacio personal, y puede afectar la forma como la enfermera de salud comunitaria se relaciona con los clientes en lo que se refiere al tiempo y al espacio.

En Estados Unidos, las personas de la cultura dominante tienden a depender mucho del tiempo y, por tanto, están muy preocupadas por la importancia del mismo —esto quiere decir que la mayoría de estadounidenses acuerda las citas y se altera si la persona con la cual se han citado llega tarde. El tiempo se encuentra dividido en segmentos, correspondiendo al trabajo el espacio comprendido entre las 9 a.m. y las 5 p.m.; en forma similar, el esparcimiento también se limita a un horario establecido. Los programas de televisión están divididos en segmentos de 30 ó 60 minutos; las obras de teatro o las funciones en el cine comienzan a una hora determinada. Dado que la cultura occidental tiende a asociar el tiempo con la productividad, el tiempo es considerado un producto importante. En consecuencia, la mayoría de estadounidenses trata de no desperdiciarlo nunca e intenta llegar puntualmente a sus citas.

Lo dicho anteriormente sobre la cultura estadounidense mayoritaria no es válido para todas las diversas culturas que residen en Estados Unidos. Algunas culturas consideran el tiempo como si no tuviera fin, y llegan a donde tienen que ir, en el momento justo. Si alguna cosa no se termina hoy, se piensa que se terminará mañana. Las personas de tales culturas tienen un enfoque diferente respecto a las citas y lo que significa llegar "puntualmente". Para las personas de Ghana, por ejemplo, la puntualidad tiene poca importancia. Es más importante continuar una interacción social que llegar a tiempo a otro evento (Geissler, 1994).

La distancia física que mantienen las personas al interactuar también varía de una cultura a otra. En Estados Unidos, las personas se mantienen aproximadamente a 60 centímetros de su interlocutor. En contraste con esta práctica, las personas de muchas otras culturas se sitúan más cerca o más lejos de la persona con la cual están hablando. Otras prácticas, tales como el contacto humano, también pueden jugar parte importante en la forma como la enfermera comunitaria debe abordar a un cliente. El contacto visual tiene un significado trascendental en la mayoría de las culturas. Muchas personas nativas de la cultura australiana pueden combinar el contacto visual directo con miradas intermitentes a lo lejos, que ellos interpretan como una demostración de interés. Aunque el contacto visual directo puede no ser importante para los australianos, los argentinos tienden a mantener un contacto visual intenso durante la conversación (Geissler, 1994). En resumen, las diferencias culturales son la regla en el área de la interacción social.

El grado en el cual el contacto físico es permitido también es dictado por las costumbres y los valores culturales. Mientras la cultura dominante en Estados Unidos generalmente acepta cierto grado de contacto entre las personas de diferente sexo, entre los judíos ortodoxos no se permite que los varones sean tocados por mujeres, con excepción de sus propias esposas. Si se debe brindar atención manual a un varón judío ortodoxo, en lo posible la persona encargada de la atención de enfermería deberá ser un hombre. Si la persona que está a cargo de la salud comunitaria es una mujer, ella deberá instruir a la esposa o a otro hombre para el suministro de la atención directa a estos varones en su domicilio. La enfermera puede supervisar los procedimientos para garantizar que sean correctamente realizados. Los clientes surcoreanos también consideran inapropiado el contacto físico entre miembros de sexos opuestos (Geissler, 1994).

En Singapur y Vietnam la *cabeza* se considera sagrada; por tanto, se estima que es una afrenta elevar la mano por encima de la cabeza de alguien y palmear o tocar la cabeza de un niño (Geissler, 1994). Muchos padres hispanos desaprueban francamente a los extraños que tocan a sus niños (Andrews y Boyle, 1995); los padres mexicanos piensan que esto puede ocasionarles una enfermedad. Un ejemplo de esto es la "caída de la mollera", que es una enfermedad seria con una alta mortalidad en los lactantes y los niños menores de tres años de edad. A menudo, la causa está relacionada con diarrea o vomito; como resultado de la deshidratación, la fontanela anterior se deprime por debajo del contorno del cráneo. Algunos padres hispanos campesinos o escasamente educados creen que esta condición es causada porque una persona ajena a la familia ha tocado la *cabeza* del menor. Dado que es común que la enfermera de salud comunitaria mida el perímetro cefálico, con facilidad esto es erróneamente tomado como la causa del problema (Spector, 1996). Si la "caída de la mollera" afecta a un niño, es normal que se acuda a un curandero para librar al niño del "mal de ojo" del extraño. En un intento por sanar al niño, el curandero puede sostenerlo por los pies para ayudar a la fontanela a retomar su posición; infortunadamente, esta práctica puede dar como resultado hemorragias retinianas (Monteleone, 1994). Para evitar tales tragedias, los padres deben ser animados a hidratar al niño. Si desean, además de hidratar al niño, ellos pueden utilizar los servicios del curandero.

Cualquiera que sea su grado de educación y asimilación a un sistema de salud más cosmopolita, muchos mexicoamericanos y otros hispanos pueden valerse del curandero para aliviar diversas dolencias y problemas. Con frecuencia estos problemas pueden ser psicosociales. Es importante que la enfermera de salud comunitaria comprenda el papel y las funciones de los curanderos populares y trabaje en colaboración con ellos. Sin la aceptación del curandero, los clientes hispanos pueden no cumplir las recomendaciones de la enfermera de salud comunitaria.

En todas las culturas pueden encontrarse creencias populares respecto a las enfermedades y sus tratamientos. Las enfermeras que desean lograr una óptima efectividad en las comunidades que atienden deben familiarizarse y valorar las creencias populares y otras diferencias culturales, abrogándose el poder de ayudar a sus clientes a alcanzar el bienestar.

*E*NFERMERÍA TRANSCULTURAL

Atender en forma receptiva a los clientes provenientes de todas las culturas se conoce como *enfermería transcultural* (Andrews y Boyle, 1995). La enfermería transcultural se originó en la síntesis de las teorías, los conceptos y las filosofías extractadas de la sociología, la biología y la antropología (Andrews y Boyle, 1995). El fundamento de la enfermería transcultural es que la atención es un fenómeno universal que existe en todas las culturas (Leininger, 1978). Aunque la atención es inherente a todas ellas, existen diferencias evidentes en la manera como cada cultura brinda esa atención. Al desarrollar su plan de atención, las enfermeras de salud comunitaria deben ser sensibles a tales diferencias. Dado que cada cultura demuestra la atención en su manera particular, el plan para la atención de salud debe reflejar tanto la apreciación como la comprensión del modo en el cual cada cliente atiende a los demás y desea ser atendido.

Gran parte de la literatura escrita sobre la teoría de la enfermería transcultural está basada en el trascendental trabajo realizado por Leininger en la década de los setenta. Leininger define la teoría de esta disciplina como "el conjunto de conceptos e hipótesis de la enfermería transcultural, los cuales se encuentran interrelacionados y tienen en consideración conductas, valores y creencias individuales y

grupales relacionadas con la atención y basadas en necesidades culturales propias para brindar a las personas una atención de enfermería efectiva y satisfactoria" (Leininger, 1978, p. 33). El trabajo de Leininger surgió de su convicción según la cual "si las prácticas de la enfermería no consiguen reconocer los aspectos culturales de las necesidades humanas, habrá signos de prácticas menos eficaces en la atención de enfermería y algunas consecuencias desfavorables para quienes son atendidos" (Leininger, 1978, p. 33). La enfermería, según Leininger "es esencialmente un fenómeno transcultural puesto que el contexto y el proceso de ayudar a la gente involucra por lo menos a dos personas que generalmente tienen orientaciones culturales diferentes o estilos de vida interculturales" (Leininger, 1978, p. 35).

En consecuencia, Leininger desarrolló un modelo transcultural de salud para estudiar y analizar las diversas prácticas y sistemas para la atención de salud. Concebido como una guía general para el profesional de la salud, este modelo ofrece un método sistemático para identificar y analizar los diferentes componentes de las características de la salud de una cultura (Leininger, 1978). El modelo de Leininger está dividido en cuatro niveles. El primer nivel explora la relación de la salud con la estructura social de una cultura, incluyendo la identificación de los sistemas político, económico, familiar, espiritual, tecnológico y educativo dominantes con una visión demográfica del mundo y los factores ambientales (Leininger, 1978). En el segundo nivel, la enfermera observa y escucha a las personas referirse a sus valores culturales y atención de la salud. Esta es una parte vital del proceso, ya que los niveles tercero y cuarto dependen de la información aquí recolectada. Esta información debe ser exacta y representativa del cliente. El tercer nivel clasifica los sistemas formales e informales para la atención de salud de las culturas, teniendo en cuenta si son preventivos o restaurativos, ambulatorios o no ambulatorios, la antigüedad del sistema y quiénes son los proveedores. El cuarto nivel explora los papeles y las funciones que los proveedores de la atención de salud desempeñan en la cultura, analizando tales papeles, funciones y responsabilidades así como las influencias contextuales sobre los papeles y los cambios en los mismos (Leininger, 1978). Leininger pensaba que el desarrollo de la conciencia cultural no consiste en un proceso intuitivo sino que se consigue mediante un esfuerzo consciente (Leininger, 1978). Este modelo es utilizado por la enfermera de salud comunitaria como una guía para investigar el impacto del ambiente y la cultura sobre el cliente, y facilitar la formación de una alianza positiva entre ésta y el cliente.

EVALUACIONES CULTURALES

Dado que los clientes tienen sus propias maneras culturalmente definidas para la conservación de la salud, es importante que la enfermera de salud comunitaria incluya la información cultural en el plan de desarrollo para la atención del cliente (Leininger, 1978). Tal evaluación puede utilizar diversas estrategias que incluyen la investigación sobre la historia cultural del cliente y el interrogatorio directo a los clientes sobre su cultura, religión y creencias personales sobre la salud. La mayoría de clientes responden gustosamente las preguntas si éstas son formuladas en una forma profesional, no intimidante. A lo largo del proceso de evaluación, la enfermera de salud comunitaria debe tener en cuenta que aunque es muy importante comprender las diferencias culturales básicas que los clientes llevan consigo al sistema de atención de salud, es igualmente importante no estigmatizarlos. En lugar de esto, la profesional debe mantener una mente y una comunicación abiertas frente a las creencias individuales.

La enfermera de salud comunitaria que se prepara para efectuar una evaluación cultural debe estar atenta al hecho de que pueden existir grados diferentes de asimilación entre los clientes. Algunos habrán vivido durante un largo periodo en medio de la cultura dominante mientras otros pueden haber acabado de arribar a ésta. Además, cualquiera que sea la duración de su permanencia en el medio, muchos clientes no habrán asimilado completamente la cultura dominante, conservando sus creencias culturales tradicionales y sus actitudes respecto a la salud (Geissler, 1994). También, el idioma puede dificultar la manera como se recibe la atención de salud y la información sobre la misma. La incapacidad para comunicarse utilizando el lenguaje de la cultura dominante (si el inglés es una segunda lengua), tiene gran importancia y puede obstaculizar la prestación de la atención de salud. Igualmente, puede ser necesario emplear traductores en la atención de los individuos con problemas auditivos.

A continuación encontrará un instrumento de evaluación que puede ser utilizado como una guía para realizar las evaluaciones culturales de los clientes individualmente. (Para evaluar a la comunidad como un todo, por favor, busque en el capítulo 5 el instrumento correspondiente a la evaluación comunitaria).

PREGUNTAS SUGERIDAS PARA LA EVALUACIÓN CULTURAL DE UN INDIVIDUO

1. ¿Dónde nació usted?
2. ¿Dónde fue criado? Si no fue en Estados Unidos, ¿cuántos años tenía al llegar a este país?
3. ¿Fue usted criado por sus padres biológicos? (Si fue adoptado, ¿tiene usted alguna información sobre sus antecedentes culturales?)
4. ¿Dónde nacieron sus padres/tutores? Si eran inmigrantes, ¿cuándo llegaron ellos a Estados Unidos?
5. ¿Dónde nacieron sus abuelos?
6. ¿Qué idioma(s) habla usted? ¿Puede usted leer en su lengua natal? ¿Puede usted leer y escribir en inglés?
7. ¿Cuál es su religión? ¿Cuál es su grado de filiación con su religión?
8. ¿Pertenece su cónyuge/compañero a su misma religión?
9. ¿Proviene su esposo/compañero de su mismo país?
10. ¿La mayoría de sus amigos pertenece al vecindario donde usted vive?
11. ¿Tiene la mayoría de sus amigos las mismas raíces que usted?
12. ¿Celebra usted las fiestas religiosas o étnicas?
13. ¿Dónde fue educado usted? ¿Recibió usted educación religiosa o pública?
14. ¿Qué alimentos le gusta consumir regularmente? ¿Son estos alimentos exclusivos de su cultura?

ASPECTO ECONÓMICO DE LA CULTURA

La prosperidad económica que se disfruta o de la cual se carece tiene un impacto poderoso sobre la propia cultura y el grado de salud. La pobreza y el bajo ingreso están estrechamente ligados a una salud deficiente e insuficientes servicios para la atención de salud. En promedio, las personas de bajos ingresos tienen tasas de mortalidad más elevadas que las personas cuyos ingresos se encuentran por encima del nivel de pobreza [U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), 1992]. La conducta violenta y abusiva hacia los niños y los cónyuges así como los homicidios y delitos en general, han estado asociados con la pobreza. Las personas

que viven en la pobreza habitan en ambientes más violentos, están más enfermas y son más susceptibles a los problemas de salud. Sin embargo, pese a esta información relacionada con los riesgos para su salud, la gente que vive en la pobreza tiende a tener sistemas inadecuados de salud. De hecho, pese a la existencia de programas gubernamentales de salud tales como Medicaid y Medicare, 28.6 por ciento de los pobres en 1990 no tenían ningún tipo de seguro médico (DHHS, 1992). En nuestra sociedad, las personas que viven en la pobreza —aproximadamente uno de cada ocho estadounidenses vive en tales condiciones— tienen por tanto mayor riesgo de enfermarse (DHHS, 1992). Además, los ancianos y las personas con problemas de salud a largo plazo tales como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), la esclerosis múltiple y el cáncer están incluidas en este grupo de alto riesgo.

Los esfuerzos para identificar a las personas que viven en la pobreza en Estados Unidos han revelado una inquietante correlación entre pobreza y cultura. Las metas oficiales de Estados Unidos se encuentran enunciadas en la publicación *Healthy People 2000: National Promotion and Disease Prevention Objectives* (1992). Preparado por el DHHS y el Public Health Service, *Healthy People 2000* identifica a la mayoría de poblaciones minoritarias que se encuentran en riesgo elevado de poseer una salud deficiente (DHHS, 1992). Este documento presenta una estrategia nacional para el mejoramiento de la salud en la nación en el transcurso de la próxima década. Expone los aspectos de la prevención de las principales enfermedades crónicas, las lesiones y las enfermedades infecciosas. El informe manifiesta, en particular, la preocupación por los grupos de alto riesgo e identifica a la mayoría de poblaciones minoritarias como grupos de alto riesgo (DHHS, 1992). Las poblaciones minoritarias incluyen a las personas con escasos ingresos, las personas que son miembros de grupos raciales o étnicos minoritarios y las personas discapacitadas (DHHS, 1992). Las poblaciones raciales y étnicas minoritarias predominantes incluidas en *Healthy People 2000* son los afroamericanos, los hispanos, los asiáticos, los habitantes de las islas del Pacífico, los estadounidenses nativos y los nativos de Alaska (DHHS, 1992). Los ancianos y los niños constituyen una gran proporción de los clientes en estas poblaciones de alto riesgo. En su mayor parte, los factores de alto riesgo que identifican a estas poblaciones también están relacionados con los bajos ingresos o los grados de pobreza. La pobreza reduce las posibilidades de las personas para disfrutar una larga vida.

Las asociaciones entre la cultura, la pobreza y la mala salud resultan especialmente evidentes en muchas de las estadísticas que describen a los afroamericanos residentes en Estados Unidos. Según el censo de Estados Unidos realizado en 1990, aunque las tasas de pobreza han aumentado entre los blancos e hispanos, la tasa de pobreza de los afroamericanos continúa siendo la más elevada en estos grupos. Los niños afroamericanos tienen el doble del riesgo promedio de tener bajo peso al nacer (DHHS, 1992). El bajo peso al nacer está asociado con condiciones neurológicas y del desarrollo, las cuales incluyen problemas de aprendizaje y conducta. Los afroamericanos son propensos a la hipertensión y a la anemia de células falciformes. Las personas con hipertensión no controlada también se encuentran en mayor riesgo de desarrollar otras enfermedades cardiovasculares tales como el accidente cerebrovascular o la enfermedad coronaria. La expectativa de vida de los afroamericanos es menor que la de los blancos.

Con objeto de responder a los problemas planteados en esta sección, todas las personas deben tener un mayor acceso a los servicios de atención de salud y debe existir un acercamiento más competente a las distintas poblaciones de manera que satisfagan sus necesidades comunitarias y culturales. Es importante mencionar que la mayoría de aspectos de la salud antes mencionados pueden ser manejados a través de medidas preventivas. Además, las intervenciones por medio de la

educación, la consejería para la rehabilitación y la atención médica directa pueden tener un impacto significativo sobre los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria para los clientes con hipertensión, obesidad, embarazo precoz, sida, diabetes, bajo peso al nacer, abuso de sustancias y conductas violentas. Claramente, los aspectos relacionados con la cultura y las creencias sobre la salud y no solamente el dinero, deben ser tenidos en consideración para satisfacer las necesidades de una población diversa.

SEXO, EDAD Y ATENCIÓN DE SALUD

Los temas relacionados con el sexo y la edad están incluidos en este capítulo porque muchas de las formas en que se trata y se atiende a los ancianos, las mujeres y los niños son un reflejo de la cultura y sus sistemas de creencias. La salud de estos agregados depende de la manera como la sociedad les responde.

Los ancianos

Los estadounidenses mayores componen el grupo de más rápido crecimiento de la población, entre los cuales las personas mayores de 85 años constituyen el grupo con el mayor porcentaje de crecimiento. El grado de bienestar entre los estadounidenses mayores es variable, pero la mayoría de individuos de este agregado son capaces de cuidar de sí mismos (Abel y Nelson, 1996).

La sociedad estadounidense no trata bien a sus ancianos. Por un lado, provee el ambiente técnico que permite a las personas alcanzar una edad avanzada; por otro, sin embargo, no proporciona un sistema que aprecie y respete la vida de los ancianos. En lugar de ello, esta sociedad venera a su juventud. Muchos ancianos viven en la pobreza ya que subsisten con ingresos fijos mientras el costo de la vida se eleva continuamente. Debido a la pobreza, muchas personas mayores carecen de un adecuado seguro para el cubrimiento de los servicios de atención de salud, lo que los obliga a asumir costos adicionales para los medicamentos y el seguro complementario de salud; infortunadamente, estas personas no pueden acudir a sus familias o a la comunidad para obtener una nutrición y atención adecuadas. Incluso aquellos que no se encuentran económicamente necesitados pueden convertirse en víctimas de una sociedad que se preocupa poco por ellos. Existe un creciente número de casos de abuso de los ancianos que son reportados por los medios. Se han reportado casos de abusos económicos dirigidos contra los mismos; estos casos incluyen el cobro excesivo o el fraude a los ancianos por los servicios que ellos pueden requerir para su propio mantenimiento.

Asimismo, se hacen muchos juicios erróneos sobre los ancianos. Se supone que a medida que los individuos envejecen ya no son capaces de pensar o tomar decisiones prácticas por sí mismos; se tiende a considerar que están deteriorados, lentos y que son incapaces de aprender. Estos mitos y otros similares se denominan *ageísmo**. A medida que envejecen, las vidas de muchos adultos atraviesan menos cambios de lo que muchos de nosotros podríamos imaginar.

Cuando los cambios se presentan con la edad, muchas personas ancianas son capaces de responder efectiva y recursivamente. Así, las enfermeras ven clientes mayores aprendiendo nuevas estrategias de atención personal relacionadas con

* Entendido como aquellos estereotipos con que la sociedad y la cultura identifican al anciano (N. de R. T.).

los cambios en su estado de salud. Para la persona auxiliar muchas veces se trata de procedimientos complejos y difíciles, tales como la administración de múltiples medicamentos, la atención de un diabético o el manejo de una colostomía. Al suministrar a los ancianos los servicios de atención de salud, la enfermera de salud comunitaria debe recordar que sólo un pequeño porcentaje de los ancianos cae dentro de la categoría de *ancianos frágiles* y que, en su mayoría, los clientes mayores permanecen en buenas condiciones, activos y son capaces de cuidar de sí mismos. Sin embargo, los ancianos sanos y capaces tienen necesidad de servicios de apoyo que los ayuden a mantenerse en un ambiente seguro. La enfermera de salud comunitaria es quien valora estas necesidades utilizando los instrumentos para la recolección de los datos, los cuales evalúan los requerimientos del cliente y la forma en que la comunidad satisface tales necesidades. Los conceptos erróneos respecto a las necesidades de los ancianos pueden dar lugar al ageísmo. El ageísmo no tiene cabida al desarrollar un plan de atención con un cliente anciano, y es importante que la enfermera se encuentre cómoda con las necesidades del cliente y disipe sus mitos o experiencias personales negativas.

La mayoría de ancianos frágiles no son ubicados en asilos. Pese al mito de que esto es motivado por el elevado costo de la atención institucional, en realidad se debe principalmente al deseo de la persona mayor de permanecer en su hogar. En consecuencia, muchos ancianos son atendidos en sus casas (Abel y Nelson, 1990). Aunque a menudo el cónyuge es la principal persona encargada de la atención en el hogar, los adultos jóvenes (especialmente las mujeres) constituyen el mayor número de encargados de la atención (Abel y Nelson, 1990). El estrés que implica la atención a largo plazo puede ser emocional, social y económicamente grande. Las familias de edad media con frecuencia son denominadas "la generación sandwich", pues atienden de manera simultánea a sus hijos y a sus ancianos padres. También muchos adultos jóvenes se están convirtiendo en los encargados de la atención de sus padres justo cuando finalizan sus responsabilidades como encargados de la atención de sus hijos.

Al atender a los ancianos se practican todos los niveles de prevención. Los ejemplos de *prevención primaria* incluyen la adquisición de barandas de seguridad para la ducha o la colaboración para que un ciudadano mayor encuentre un grupo comunitario de apoyo para su socialización y la obtención de información nutricional. Un ejemplo de *prevención secundaria* consiste en ayudar a un cliente artrítico a obtener la colaboración de una ayudante domiciliaria durante varias horas al día para hacer las compras y realizar los oficios domésticos. Los ejemplos de *prevención terciaria* podrían incluir la cooperación para que el cliente y su familia tengan acceso a los servicios del hospicio o la colaboración para que la familia de un cliente, decida entre la atención domiciliaria o la atención de enfermería domiciliaria para un anciano severamente incapacitado que tiene esclerosis múltiple.

Mujeres

El papel cada vez más importante de las mujeres en la sociedad contemporánea produce un impacto no sólo sobre su propia salud sino sobre las necesidades de la salud de toda la comunidad. Las mujeres se destacan actualmente en la fuerza laboral y son cabezas de familia independientes o con un ingreso económico equivalente. Como resultado, las mujeres están enfrentando un incremento de muchos problemas de salud relacionados con el estrés que eran previamente experimentados sólo por los hombres e incluyen hipertensión, enfermedad cardiovascular y cáncer pulmonar.

En su mayoría, las mujeres de edad media, hayan contraído o no matrimonio, continúan conservando el hogar como su ambiente físico, social y emocional pese a los importantes cambios en su condición económica. Aunque la mayoría de las mujeres estadounidenses pertenecen a la fuerza laboral, continúan brindando la atención primaria a sus envejecidos padres y a sus hijos. También es posible que los adultos jóvenes regresen al hogar paterno con hijos o que los abuelos se encuentren atendiendo a sus nietos afectados por enfermedad, adicción o muerte accidental de los padres. Esto crea una diversidad de necesidades comunitarias de salud, las cuales incluyen el manejo del estrés en las mujeres, los servicios de salud para los hijos ofrecidos en ocasiones cuando sus madres no se encuentran disponibles, los servicios de guardería para los niños y, en algunos casos, la atención diurna para los ancianos padres o los niños enfermos.

Con frecuencia, la enfermera de salud comunitaria atiende los aspectos de la salud relacionados con el estrés desencadenado en las mujeres al manejar simultáneamente su profesión y su familia. La planeación de los servicios para satisfacer las necesidades de estas mujeres constituye un enorme compromiso de la salud comunitaria. Al establecer una alianza con las mujeres y otros miembros de la comunidad, la enfermera puede adoptar medidas preventivas para satisfacer estas necesidades de salud.

Adultos jóvenes

De creciente interés para las enfermeras de salud comunitaria es el más reciente agregado de nuestra sociedad, la población de adultos jóvenes conocida como la generación X (o sea, todas las personas nacidas entre 1961 y 1981; la "X" hace referencia a los extremos). En 1995, los miembros de la generación X sumaban 79.4 millones de personas, lo que equivale aproximadamente al 30 por ciento de la población de Estados Unidos (Ritchie, 1995). En 1996, las edades de los miembros de la generación X en Estados Unidos oscilaban entre 14 y 34 años. Esta generación tiene su propia cultura que es muy diferente de las culturas de las generaciones previas. Satisfacer las necesidades de salud de estos miembros de la comunidad constituye un reto.

Como sucede con las generaciones restantes, los miembros de la generación X son diferentes, pero comparten muchos valores comunes con los cuales debe familiarizarse la enfermera de salud comunitaria. La mayoría de los miembros de la generación X continúan viviendo en casa de sus padres; algunos dicen que estos individuos tienen dificultades con la transición a la edad adulta y que no tienen un motivo para abandonar el hogar con excepción del matrimonio, la milicia o la universidad. Para algunos, el costo de abandonar el hogar es elevado, los salarios son bajos y los trabajos escasos.

Esta es la generación de la televisión y las comidas rápidas. Los miembros de la generación X están relacionados con un riesgo de criminalidad, armas y drogas en forma muy diferente a las generaciones previas. Las demás generaciones han tenido que tratar con la violencia, pero esta se consideraba establecida en lugares distantes, tales como las guerras en países extranjeros. Esta generación debe enfrentar el crimen, las armas y las drogas de más cerca.

La generación X también ha sido diezmada por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), aunque ha tenido a su disposición, desde muy temprana edad, los métodos para el control de la natalidad, en especial los preservativos.

Como grupo, los miembros de la generación X no se han negado a sí mismos los lujos personales. Viajan constantemente y muchos de ellos poseen vehículos

La **generación X** incluye a todas las personas nacidas entre 1961 y 1981.

nuevos (Ritchie, 1995). Compran más discos compactos, pañales desechables y abrelatas eléctricos; consumen más comidas rápidas; fuman más cigarrillos y tienen mayor probabilidad de contraer matrimonio que los miembros de la generación de los *"baby boomers"*. Participan en aeróbicos, se interesan en consumir una dieta sana, probablemente pertenecen a un gimnasio y son grandes consumidores de equipos para la salud y el ejercicio, implementos deportivos y vestuario.

Aunque se han educado en esta cultura, muchos miembros de la generación X tienen una visión diferente de la manera en que las familias y las comunidades deberían funcionar. Ellos son los hijos de los *"baby boomers"* y de mujeres cuyas carreras y educación fueron significativas. Para los primeros individuos de la generación X hubo poca atención disponible en las guarderías; por tanto, las niñeras, el servicio doméstico privado y el propio cuidado debieron prestar sus servicios. Estos individuos aprendieron a cocinar, a hacer las compras y colaborar con los oficios domésticos. Estos son los hijos del horno microondas y las comidas rápidas en casa (Ritchie, 1995). Su experiencia ha sido trabajar en el hogar y muchos laboraron fuera de sus casas mientras estaban en el colegio (Ritchie, 1995). Esta no es una generación perezosa y con frecuencia se encarga de las responsabilidades de atención de sus hermanos, de los enfermos y los ancianos (Shellenbarger, 1996). Además, como hijos de padres divorciados, pueden pertenecer a familias con estructuras únicas, incluyendo padres solteros y familias con múltiples padres.

En parte como resultado de sus propias experiencias iniciales, los miembros de la generación X han desarrollado sus propios estilos de familias. Esto se relaciona no solamente con la manera como las familias funcionan con dos padres, padres solteros o familias heterosexuales, sino también con la manera como desempeñan su función como padres. Actualmente existen muchos hogares de padres solteros y del mismo sexo. Muchas parejas comparten equitativamente la paternidad y las responsabilidades laborales tanto fuera como dentro del hogar. La mayoría de las familias de la generación X no se adhieren a papeles que ya no se ajustan a su estilo de vida, incluyendo los papeles asociados con el hogar tradicional con un único ingreso en el cual la madre permanecía en casa con los niños mientras el padre trabajaba. El factor económico es tal que muchas parejas han pasado de ser DISN (doble ingreso sin niños) a DICN (doble ingreso con niños). Aunque siempre han existido muchas variedades y tipos de familias, parece haber una mayor libertad en el mundo actual pues las familias están más capacitadas para mostrar su individualidad y exclusividad. Al trabajar con los clientes de la generación X, la enfermera de salud comunitaria debe estar al tanto de sus singulares necesidades y estilos de vida.

RESUMEN

La cultura influye la forma como las personas enfrentan y manejan sus necesidades de salud. Las enfermeras de salud comunitaria que laboran en Estados Unidos, sobretodo en los ambientes urbanos, tratan con una sociedad culturalmente variada. Existe una gran necesidad de sensibilidad respecto a los valores y creencias basados en las herencias culturales, religiosas y sociales de los clientes. Las enfermeras de salud comunitaria también deben comprender sus propias creencias y cómo éstas pueden impactar su relación con los clientes. Para desarrollar de modo competente un plan para la atención de salud, la enfermera de salud comunitaria debe tener en consideración los aspectos más relevantes de la cultura, el sexo y las creencias relacionadas con la salud.

PALABRAS CLAVE

Normas culturales	Generación X
Diversidad	Tradiciones (hábitos y costumbres)
Presión ambiental	Enfermería transcultural
Etnocentrismo	Clarificación de valores

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la *mejor* respuesta para cada una de las siguientes preguntas.

1. El término etnocentrismo se refiere a:
 - A. La seriedad de una persona respecto a su condición de ser estadounidense.
 - B. La extrema devoción a la cultura propia y el rechazo de las demás.
 - C. La extrema precaución respecto a cómo un individuo elogia su propia cultura.
 - D. La forma como uno se adapta al convertirse en ciudadano de otro país.
2. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones respecto a los ancianos de Estados Unidos son verdaderas?
 - A. Están bien atendidos en los centros institucionales.
 - B. Constituyen el segmento de más rápido crecimiento de la población de ese país.
 - C. Tienen una enorme necesidad de atención a medida que envejecen.
 - D. En su mayoría son capaces de cuidar de sí mismos con la colaboración de otra persona.
3. Las mujeres de edad media tienen alto riesgo de:
 - A. Ser sometidas a intervenciones quirúrgicas.
 - B. Sufrir enfermedades relacionadas con el estrés.
 - C. Embarazos no deseados.
 - D. Inestabilidad económica.
4. Para brindar atención de calidad a sus clientes, es importante que la enfermera de salud comunitaria se convierta primero en:
 - A. Una practicante de enfermería familiar.
 - B. Una persona hábil en el manejo de artefactos de gran sofisticación tecnológica.
 - C. Una persona consciente de sus propias creencias y valores.
 - D. Una persona hábil en la utilización de un instrumento para la clarificación de valores.
5. La señora Jones acude a una jornada local para la detección de la hipertensión, ofrecida por el departamento regional de salud. La enfermera de salud comunitaria encuentra que la señora Jones tiene la presión sanguínea elevada. El descubrimiento de la hipertensión durante tal jornada corresponde a:
 - A. Prevención primaria.
 - B. Prevención secundaria.
 - C. Prevención terciaria.
 - D. Evaluación, no prevención.

RESPUESTAS

1. La *respuesta es B*. El etnocentrismo consiste en creer en la superioridad de la propia cultura o grupo étnico. Existe la tendencia a rechazar las culturas restantes.

2. *La respuesta es D.* La mayoría de individuos ancianos en Estados Unidos son capaces de cuidar de sí mismos, aunque a menudo requieren cierta colaboración.
3. *La respuesta es B.* Las mujeres de edad media están en riesgo de presentar enfermedades relacionadas con el estrés.
4. *La respuesta es C.* Es importante que la enfermera de salud comunitaria sea consciente de sus propias creencias y valores antes de encontrarse en capacidad de brindar atención de calidad a clientes provenientes de diferentes ancestros.
5. *La respuesta es B.* Los programas para la detección de la hipertensión son considerados métodos de prevención secundaria.

REFERENCIAS COMENTADAS

Abel, E. K., & Nelson, M. K. (1990). *Circles of care, work, and identity in women's Lives*. Albany: State University of New York Press.

Este libro analiza las experiencias de las mujeres que atienden a niños, ancianos frágiles, personas discapacitadas y enfermos crónicos. Da un vistazo a la singular experiencia de las mujeres como personas encargadas de la atención. Explora las percepciones y los sentimientos de quienes suministran la atención así como los de las familias, y discute el papel de tales personas respecto al alcance general de sus responsabilidades abarcando desde la simple atención manual hasta los aspectos relacionados con la atención domiciliaria e institucionalizada.

Andrews, M., & Boyle, J. S. (1995). *Transcultural concepts in nursing care* (2^a ed.). Filadelfia: J. B. Lippincott.

Este libro enfoca la prestación de la atención de salud a través del lente de los aspectos transculturales. Las tres secciones del texto: Perspectiva teórica, Enfoque explicativo y Asuntos y temas clínicos, aplican los aspectos transculturales al suministro de la atención de enfermería. Este libro utiliza la ciencia natural y de la conducta así como la investigación reciente como base de su enfoque para el ofrecimiento de la atención de salud.

Geissler, E. M. (1994). *Pocket guide to cultural assessment*. St. Louis, MO: C.V. Mosby.

Este manual de bolsillo brinda información esencial para evaluar y atender a poblaciones culturalmente diversas. Este texto compacto contiene información cultural y ética para los profesionales de la atención de salud correspondiente a poblaciones que representan a 166 países. Explora aspectos concretos sobre la inmunización en la infancia y asuntos abstractos tales como las creencias relacionadas con la atención de salud. Además, identifica el lenguaje, la religión y la localización de cada uno de los países incluidos.

Hall, C. S., & Lindzey, G. (1970). *Theories of personality*. Nueva York: John Wiley.

Este libro es una recopilación de eruditos seleccionados incluyendo, entre otros, a Freud, Jung, Murray, Lewin, Allport y Skinner. Cada teoría es presentada en forma concisa y positiva.

Klainberg, M. (1994). *The impact of congruent-dissonant relationships between the nontraditional nursing student and the environment of an institution of higher education on the nontraditional nursing student's sense of mattering*. Disertación doctoral, Colegio de Profesores de la Universidad de Columbia, Nueva York (Universidad de Michigan, Ann Arbor, Servicios de Disertación, orden número 9511051).

La investigación discutida en esta disertación explora la influencia de las prácticas y los ambientes educativos en los aprendices adultos y las poblaciones culturalmente diversas. La forma como las personas aprenden está influida por el ambiente así como por sus propios sistemas de creencias. El sentido de la importancia mejora el aprendizaje.

Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: Concepts, theories, and practices*. Nueva York: John Wiley.

Este libro brinda una perspectiva global de la enfermería transcultural con objeto de ayudar a las enfermeras a incorporar en su práctica los conceptos, las teorías y los hallazgos de las investigaciones culturales. El libro incluye los aspectos, las teorías y el desarrollo de la investigación, las creencias filosóficas y los procesos en artículos de enfermería transcultural escritos por enfermeras antropólogas. Incluye modelos de sistemas de atención de salud y enfermería transcultural, así como modelos conceptuales para establecer las formas de incorporación de los conceptos culturales a la enfermería.

Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.

El trabajo de Lewin está dedicado al estudio de la persona considerando la totalidad de las circunstancias en las que ésta se desenvuelve. Explora el modo como la psicología científica debe tener en cuenta todas las situaciones al trabajar con los clientes. Lewin considera que el ambiente del individuo sirve para facilitar o inhibir las tendencias de una persona.

Monteleone, J. A. (1994). *Recognition of child abuse for the mandated reporter*. St. Louis, MO: C.V. Mosby.

Este libro es recomendado para enfermeras, docentes, trabajadores sociales, empleados de guarderías y demás personas que laboren con niños. Contiene información para reconocer el abuso infantil incluyendo el abuso psicológico, social y físico. Existen factores identificadores para los profesionales relacionados con la atención de salud que tienen motivos para sospechar el abuso. Incluye información sobre cómo utilizar los sistemas legales y sociales para proteger a los niños de las situaciones de abuso.

Pender, N. J. (1996). *Healthy promotion in nursing practice* (3ª ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

Este libro contiene una discusión profunda sobre el papel de la enfermera en la prevención de la enfermedad mediante la promoción de estilos de vida sanos. Ofrece una visión global de los principales marcos teóricos utilizados actualmente en la investigación y la práctica para la promoción de la salud. Expone la utilización de los sistemas de clasificación del diagnóstico y la intervención de enfermería, y proporciona un marco para la evaluación del cliente y la planeación de la salud.

Ritchie, K. (1995). *Marketing to generation X*. Nueva York: Lexington Books.

Libro que describe la apariencia de la población conocida como generación X. Dirigido a los publicistas, compara la generación X con la generación de los "baby boomers". Explora los papeles de la generación X, identifica su estructura familiar y analiza el desarrollo de sus miembros.

Shellenbarger, S. (1996). Caregiver duties make generation xers anything but slackers. (Many people caring for a family member at home are under thirty). *The Wall Street Journal*, mayo 22, 1996.

Este artículo contiene información sobre la generación que siguió a los "baby boomers". Considera los aspectos sociales de los miembros de la generación X así como el papel que desempeñan como encargados de la atención.

Spector, R. E. (1996). *Cultural diversity in health and illness* (4ª ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

El libro discute las dimensiones inherentes a la atención de las personas provenientes de diversos ancestros culturales. Explora las creencias y las prácticas tradicionales y alternativas para la atención de salud desde diversas perspectivas étnicas. Muestra la manera como la herencia cultural puede afectar la atención de salud y expone la necesidad de desarrollar una sensibilidad respecto a las necesidades de los clientes según su cultura y creencias.

U.S. Department of Health and Human Services. (1992). *Healthy People 2000, National health promotion and disease prevention objectives*. Boston: Jones & Bartlett.

Este texto consiste en el resumen de un documento que contiene las estrategias nacionales para mejorar la salud del país en la próxima década. Expone los aspectos para la prevención de las principales enfermedades crónicas, lesiones y enfermedades infecciosas. El trabajo se ha basado en el testimonio de miles de profesionales de la atención de salud en sus diferentes disciplinas con objeto de producir resultados mensurables que deberán ser alcanzados en el año 2000.

U.S. Department of Health and Human Services. (1995). *Healthy People 2000: Midcourse review and 1995 revisions*. Boston: Jones & Bartlett.

Este libro es un informe y una revisión intermedia de Healthy People 2000. Constituye una asociación entre todos los niveles gubernamentales y el sector privado para establecer una diferencia positiva en la salud de las personas. Se trata de un informe en curso. Incluye las estadísticas relacionadas con la actividad y el acondicionamiento físico, la nutrición, el tabaquismo, el abuso de sustancias, la planeación familiar, la salud mental, el comportamiento violento, los programas educativos, la seguridad ocupacional, la salud oral, el cáncer, la salud materno infantil, las enfermedades sexualmente transmisibles, el VIH, la inmunización y las estrategias preventivas.

Wadsworth, B. J. (1989). *Piaget's theory of cognitive and affective development* (4ª ed.). Nueva York: Longman.

Esta es una introducción a la teoría de Piaget sobre cómo los niños construyen y adquieren el conocimiento. Contiene una explicación de los conceptos centrales de la teoría de Piaget sobre la conducta cognitiva, que incluye los componentes de la inteligencia y las etapas del desarrollo cognitivo y afectivo.

Wywiałowski, E. (1993). *Managing client care*. St. Louis, MO: C.V.: Mosby.

Texto que explica los conceptos administrativos y las habilidades necesarias para el personal de enfermería del nivel básico y se relaciona principalmente con los aspectos de la administración y el liderazgo en la enfermería. Es un libro dedicado a los temas de desarrollo profesional.



ASPECTOS ÉTICOS

La enfermera de salud comunitaria enfrenta innumerables decisiones morales y dilemas éticos cada día. Al igual que otros trabajadores de la atención de salud, las enfermeras de salud comunitaria operan dentro de un marco único de toma de decisiones éticas y morales. De acuerdo con Davis y Aroskar, "la ética de la atención de salud maneja cuatro áreas interrelacionadas: (1) clínica; (2) adjudicación de los escasos recursos; (3) experimentación humana, y (4) políticas de salud" (Davis y Aroskar, 1983, p. 4). Sin embargo, se puede argüir que las consideraciones morales relacionadas con la atención de salud y las ciencias de la salud no difieren de otras consideraciones morales cotidianas. Algunos consideran que ambas funcionan siguiendo los mismos principios morales y utilizan el razonamiento ético en el proceso de la toma de decisiones (Davis y Aroskar, 1983). Las decisiones éticas y morales están basadas en un patrón de conducta desarrollado dentro de una cultura o sociedad (Ferrell y Gardiner, 1991).

ÉTICA: ¿EN QUÉ CONSISTE?

La definición de la ética es compleja. Aunque la ética es intensamente personal, también es un reflejo de la sociedad en la que el hombre vive (Mabie, 1993). Con frecuencia, la ética se define como un sistema de principios morales o como el conjunto de reglas o pautas de un grupo, cultura o sociedad en particular. Es la rama de la filosofía que se refiere a los valores y principios morales relacionados con la conducta humana (Finn y Marshall, 1990). El que las acciones de un individuo sean consideradas correctas o erradas, buenas o malas a menudo es determinado por la cultura de una sociedad. Esto fue reconocido por Kurt Lewin como presión ambiental.

La *presión ambiental* se refiere a la presión impuesta por una cultura o sociedad, la cual da como resultado conductas específicas. Las presiones ambientales facilitan o inhiben ciertos comportamientos en las personas (Lewin, 1936). Según la teoría de Lewin, el comportamiento de una persona es una función de la relación entre ésta y el ambiente (Ijeoma, 1988). Esto es ilustrado por el siguiente ejemplo.

Desde finales de la década de los ochenta, como resultado de la economía y la mayor tecnología, los proveedores de los servicios de atención de salud en Estados Unidos comenzaron a discutir el tema de la restricción de dicha atención para las personas ancianas y severamente discapacitadas (Binstock y Post, 1991). Hasta ese momento, la meta de los proveedores de la atención de salud había consistido claramente en prestar a todos una atención equitativa. Recientemente, sin embargo, los factores económicos y los aspectos de la calidad de vida relacionados con la atención de salud han dado lugar a cuestionamientos fundamentales sobre las metas y los objetivos de la misma (Binstock y Post, 1991). Pese a este diálogo concerniente a la contención de los costos, actualmente los valores básicos de la atención de salud siguen siendo los mismos (Binstock y Post, 1991). No obstante, se trata de un asunto importante y dados los cambios que ocurren en la manera como ésta se brinda, pasa a ser un punto que debe ser debatido.

"Un acto ético es aquel que propende por el mayor beneficio de todas las personas (*utilitarismo*), o aquel que no lesiona los derechos humanos básicos inalienables -tales como la vida, la libertad de expresión, la privacidad y el debido proceso- reconocidos por nuestra sociedad (*formalismo ético*). En segundo lugar, un acto ético es aquel que aumenta la autoestima y la salud mental de la persona que participa en dicho acto, especialmente a largo plazo, aunque también puede exponer al individuo a una gran carga de estrés a corto plazo" (Ferrell y Gardiner, 1991, p. 3).

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

Ética: ¿En qué consiste?

Asuntos éticos en la comunidad

Ética, valores y razonamiento moral relacionados con la atención de salud

Resumen

Código de ética

Muchos grupos profesionales tienen un código de ética o principios que actúa como indicador de la manera como la profesión está siendo encaminada. Un *código de ética* comprende las reglas por las cuales se rige una profesión. La American Nurses Association (ANA) tiene su propio código de ética, que expresa las obligaciones, los valores y las responsabilidades éticas de la enfermera profesional. Las enfermeras aceptan la obligación moral y legal de ceñirse a este código (tabla 4—1).

Autonomía. El término *autonomía* quiere decir independencia o autodeterminación (Thompson, 1985). Autonomía es el derecho de los individuos y la sociedad para decidir por sí mismos cómo gobernar sus propias vidas. El concepto de autonomía implica el respeto por cada persona como individuo único y conserva el derecho de cada individuo a decidir su propio destino (Mabie, 1993). La autonomía es una parte importante de la bioética estadounidense y significa que los adultos tienen el derecho de tomar sus propias decisiones respecto a la atención de salud (Powderly, 1996). Cuando la comunidad establece la manera como las personas deberían escoger, incluso cuando la selección del cliente es considerada "errónea" por la sociedad, la sociedad está imponiendo sus decisiones sobre los derechos del individuo. Aunque en apariencia esta imposición podría estar en conflicto con los derechos humanos, la sociedad impone sus decisiones cuando considera que las mismas conducen al mejoramiento y la seguridad de la comunidad en general o favorecen los intereses del individuo. Los ejemplos de estas leyes impuestas incluyen la utilización de los cinturones de seguridad y la prohibición de



TABLA 4-1

CÓDIGO DE ÉTICA DE LA AMERICAN NURSES ASSOCIATION

1. La enfermera brinda el servicio respetando la dignidad humana y la individualidad del cliente, sin limitaciones que atiendan a su condición social o económica, atributos personales o naturaleza de sus problemas de salud.
2. La enfermera ampara el derecho del cliente a la privacidad protegiendo juiciosamente la información de carácter confidencial.
3. La enfermera actúa para favorecer al cliente y al público cuando la atención de salud y la seguridad se vean afectadas por la práctica incompetente, inmoral o ilegal de cualquier individuo.
4. La enfermera asume la responsabilidad de sus juicios y acciones individuales de enfermería.
5. La enfermera conserva su competencia en enfermería.
6. La enfermera realiza juicios documentados y utiliza su competencia y aptitudes individuales como criterios al solicitar opiniones, aceptar responsabilidades y delegar las actividades de enfermería a otras personas.
7. La enfermera participa en actividades que contribuyen al desarrollo continuo del conjunto de conocimientos de la profesión.
8. La enfermera participa de los esfuerzos de la profesión para implementar y mejorar los estándares de la enfermería.
9. La enfermera participa de los esfuerzos de la profesión para establecer y conservar unas condiciones laborales que conduzcan a una atención de alta calidad.
10. La enfermera participa del esfuerzo de la profesión para proteger al público de la información y representación erróneas, y para preservar la integridad de la enfermería.
11. La enfermera colabora con los miembros de las profesiones de la salud y otros ciudadanos para promover los esfuerzos comunitarios y nacionales encaminados a satisfacer las necesidades de salud del público.

NOTA: Reimpreso con autorización de la American Nurses Association.

fumar en los lugares públicos. Estos aspectos sobre la prevención y la seguridad suscitan controversia; por una parte, están aparentemente enfocados a mejorar el bienestar pero, por otra parte, crean un dilema ético pues interfieren con la autonomía del individuo. La autonomía significa que las personas tienen el derecho de tomar sus propias decisiones, buenas o malas, respecto a la atención de salud, sin la interferencia de la sociedad en la cual viven (Powderly, 1996).

Asimismo, el grado de participación y esfuerzo hacia la autonomía por parte del individuo o de la comunidad como un todo, con frecuencia indica el éxito obtenido por éstos en relación con su propia atención o bienestar. El grado de autonomía a menudo pronostica el grado de éxito encaminado hacia una meta de la salud. La proporción en la cual los individuos tienen control sobre sus propias vidas afecta su bienestar (Robertson y Minkler, 1994). Por tanto, otorgar a los clientes el poder para hacerse cargo de las decisiones relacionadas con la atención de su salud constituye una estrategia primaria para la promoción de la misma.

*E*STUDIO DE CASO: UNA CLIENTE OTORGA PODER

La señora King ha sufrido esclerosis múltiple avanzada y lupus eritematoso sistémico durante 24 años. Aunque ella había perdido sus capacidades físicas, su mente continuaba despierta y estaba preocupada por la pérdida de su autonomía debido al deterioro de su cuerpo. A los 72 años deseaba morir. Había estado atada a la silla de ruedas durante más de diez años. Ella debía utilizar un elevador Hoyer para sentarse y levantarse de la silla de ruedas o la cama y la calidad de su vida había empeorado significativamente con el transcurso del tiempo. Durante los últimos 15 años había estado entrando y saliendo de los hospitales como resultado de múltiples situaciones médicas críticas. En esta ocasión había sido enviada de regreso a su hogar desde la unidad de cuidados intensivos (UCI) portando un respirador. Las enfermeras de la UCI habían sido incapaces de retirarle el respirador en el hospital. Ella le contó a su familia y a la enfermera que se encontraba presente en el momento en que fue dada de alta, que esto era más de lo que podía soportar y que no deseaba utilizar el respirador en su casa. Deseaba que le retiraran el respirador teniendo pleno conocimiento de que esto podría poner fin a su vida. Además, deseaba emitir una orden para la No Reanimación (NR) en su domicilio. El médico rehusó hacer esto ya que consideraba que la señora King era incapaz de tomar esta decisión para su propio beneficio. Aunque se trataba de una decisión difícil, la hija de la señora King, consciente de los sentimientos de su madre, consideró que ella debía conservar su autonomía; por tanto, consultó a la enfermera de salud comunitaria que atendía a la señora King y solicitó que su madre fuera evaluada por un psiquiatra, con objeto de establecer si en realidad se encontraba en sus cabales para decidir su propio futuro con relación a la orden de NR. La enfermera de salud comunitaria acordó una consulta psiquiátrica a domicilio. El psiquiatra dictaminó que la señora King se encontraba en sus cabales y en capacidad de emitir la orden de NR. El respirador fue desconectado, y la señora King fue capaz de respirar sin necesidad de éste. Su hija pensó que el haberse hecho cargo de esta parte de su vida proporcionó a su madre el deseo y la capacidad para continuar su vida en el hogar. La señora King extendió su orden de NR a un Poder para la atención de salud/Voluntad de vivir (pp. 66 y 67), el cual le otorgó la autonomía que deseaba.

Una **orden de NR** consiste en una disposición médica para abstenerse de practicar la reanimación cardiopulmonar (RCP) cuando cesen los latidos del corazón del paciente.

El derecho a recibir o rehusar el tratamiento es un asunto ético importante. El crecimiento de la atención de los clientes con necesidades de atención a largo plazo o necesidades de atención de hospicio en su domicilio (ya sea prestada por

miembros de la familia o auxiliares de salud domiciliaria) origina interrogantes éticos de diferente naturaleza. Al atender a un cliente en el hogar, el principio de la autonomía relacionada con los aspectos médicos sigue siendo claro; sin embargo, a diferencia de los centros institucionales, los temas relacionados con la atención del cliente a domicilio son complejos (Dubler y Nimmons, 1992). Fuera de la institución existen otras personas cuyos derechos e intereses son afectados por las elecciones hechas por el cliente, y éstas deben ser incluidas en la forma como se toman las decisiones. En tales situaciones, la autonomía puede dar lugar a las adaptaciones (Dubler y Nimmons, 1992). Las adaptaciones se realizan para cubrir las necesidades de la familia. Si el principal encargado del cuidado es incapaz de brindar toda la atención necesaria y deseada por el cliente, la enfermera de salud comunitaria puede ayudar a la familia a ajustarse y adaptarse para satisfacer las necesidades de todas las partes involucradas. La siguiente situación constituye un ejemplo de adaptación.

*E*STUDIO DE CASO: ADAPTACIONES FAMILIARES

El señor Peterson, un anciano de 89 años de edad, vive solo. El es visitado por una enfermera de salud comunitaria para seguir su condición física. Tiene antecedentes de enfermedad de Parkinson pero había sido capaz de cuidar de sí mismo hasta hace seis meses cuando requirió la colaboración para las compras del mercado y la limpieza de su casa. Hasta hace poco su hija de 65 años, quien tiene un empleo de tiempo completo, conducía durante 30 minutos en días alternos para visitar a su padre y encargarse de las compras y otras labores domésticas. Sin embargo, recientemente se le diagnosticó un cáncer de mama y debe ser sometida a quimioterapia; ahora es incapaz de atender a su padre. El señor Peterson se niega a vivir con otro hijo que vive en un estado vecino. La enfermera de salud comunitaria interviene y mediante la adaptación ayuda a la familia a enfrentar este dilema. El señor Peterson permanecerá en su hogar con la colaboración de un auxiliar domiciliario. Sus dos hijos telefonarán cada semana para su socialización y para brindarle su apoyo. Su hijo lo visitará mensualmente y lo mismo hará su hija en cuanto le sea posible. Sus hijos continuarán siendo los principales responsables de su atención, permitiéndole al señor Peterson su independencia y libertad personal.

Beneficencia. La beneficencia es un principio de la atención de salud que ordena que el proveedor "le haga el bien al cliente". Esto se convierte en un asunto complicado cuando el proveedor de la atención de salud intenta hacer lo que el cliente desea. Si existe conflicto entre lo que es considerado bueno por la profesión y lo que el cliente desea, la enfermera debe inclinarse por los deseos del cliente mientras se encuentren dentro del alcance de su práctica profesional.

Las enfermeras tienen la responsabilidad de informar e instruir a los clientes sobre sus necesidades de atención de salud, pero no deben intentar imponer sus propios deseos o los de la sociedad sobre el individuo. Para muchos grupos religiosos, como resultado de sus creencias y restricciones, este es un aspecto importante. Los hospitales que tienen afiliaciones con tales poblaciones están desarrollando escenarios ambulatorios e intrahospitalarios para cubrir las necesidades de grupos específicos; por ejemplo, se han establecido clínicas sin sangre para atender a los Testigos de Jehová de modo que puedan recibir atención de salud en un lugar que sea adecuado y respalde sus creencias religiosas. Los programas médicos y quirúrgicos sin sangre brindan opciones a otros individuos que no desean recibir transfusiones sanguíneas motivados por sus creencias religiosas, su elección personal, u otras restricciones médicas tales como alergias, fiebre o temor a una infección.

Confidencialidad. Un componente importante de todas las profesiones para la atención de salud, especialmente la enfermería comunitaria, es la confidencialidad. La obligación de guardar la privacidad del cliente y mantener cierta información en secreto ha hecho parte del código de ética de las enfermeras durante mucho tiempo (Benjamín, 1991). La información de la salud que un individuo considera privada debe ser confidencial. El tema de la privacidad cubre los valores de la autonomía individual (proyecto de privacidad y tecnología de la Electronic Frontier Foundation, 1996). La privacidad otorga al individuo el derecho de permanecer solo y alejado de la publicidad no deseada (Loeb, 1993). La confidencialidad es simplemente una herramienta para la protección de la privacidad (proyecto de privacidad y tecnología de la Electronic Frontier Foundation, 1996).

En la atención de salud, el significado de la confidencialidad va más allá de mantener en secreto la información proporcionada al proveedor. Se extiende hasta el centro mismo de la relación entre el cliente y la enfermera comunitaria. Es obligación de la enfermera preservar la confidencialidad del cliente (Benjamín, 1992). El código de ética desarrollado por la ANA para las enfermeras encierra el concepto del derecho del cliente a la privacidad (ver tabla 4-1). De modo que la enfermera tiene la obligación de proteger la privacidad y la confidencialidad del cliente. Sin cierta protección, éste puede no ser completamente honesto con la enfermera, lo cual podría inhibir otros aspectos de la atención del cliente así como del bienestar de la comunidad.

En raras ocasiones puede haber circunstancias críticas en las cuales la enfermera debe romper esta confidencialidad, tales como los casos en los que negarse a revelar la información podría ocasionar un daño serio al cliente, la familia u otras personas; en este caso, el descubrimiento por parte del proveedor de atención de salud puede ser legalmente obligatorio en algunos estados (Loeb, 1992). Por ejemplo, si un cliente mentalmente enfermo amenaza la vida de otro o si un cliente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) confiesa que está propagando conscientemente la enfermedad mediante una actividad sexual sin protección, la enfermera estaría obligada a romper la confidencialidad del cliente. En algunos estados, los proveedores de atención de salud tienen "la obligación de advertir", mientras en otros estados, la revelación de la información continúa prohibida por la ley (Benjamín, 1992).

Justicia. Las impresiones más comunes sobre la justicia consisten en que esta es distributiva, igualitaria y utilitaria. Un concepto importante de la justicia utilitaria es que los beneficios deberían ser otorgados primero a aquellos que más los necesitan; de este modo, en el evento de una elección o decisión relacionada con el suministro de la atención, se seleccionaría la mejor opción o la más eficiente. Un ejemplo de justicia utilitaria es un accidente en el cual existen recursos limitados y una víctima puede ser salvada mientras otra no; en tal situación, la atención se suministraría a la víctima con la mayor posibilidad de supervivencia.

El concepto de justicia al brindar atención a una comunidad está basado en la noción de que las personas son tratadas imparcial y equitativamente. El fundamento de este concepto es la justicia igualitaria. El principio de la justicia igualitaria o equitativa es que todas las personas tienen igual acceso a los servicios que necesitan. Sin embargo, la idea del tratamiento justo y equitativo depende de cuestiones que son difíciles de establecer o pueden ser incluso inmensurables. El acceso equitativo a la atención puede depender de muchos factores; por ejemplo, el lugar de residencia (o sea, si se trata de una ubicación rural o urbana) puede influir el servicio real o la disponibilidad de acceso de un cliente o una comunidad a los servicios, afectando así la equidad de la atención. En estos casos la enfermera de salud comunitaria puede tratar a algunos clientes inequitativamente debido a asuntos relacionados con un acceso o disponibilidad desiguales.

El aspecto económico tiene un efecto sobre la manera como la atención de salud es suministrada a una población o cliente individual. Si las comunidades o las naciones tienen recursos económicos limitados, la atención de salud que ellas ofrecen, aunque sea igual entre sus miembros, puede ser inferior que los servicios suministrados por otras comunidades o naciones. Aunque las enfermeras deben prestar la atención necesaria a todos los clientes, cualquiera que sea su condición económica, puede haber desigualdades con base en las realidades financieras.

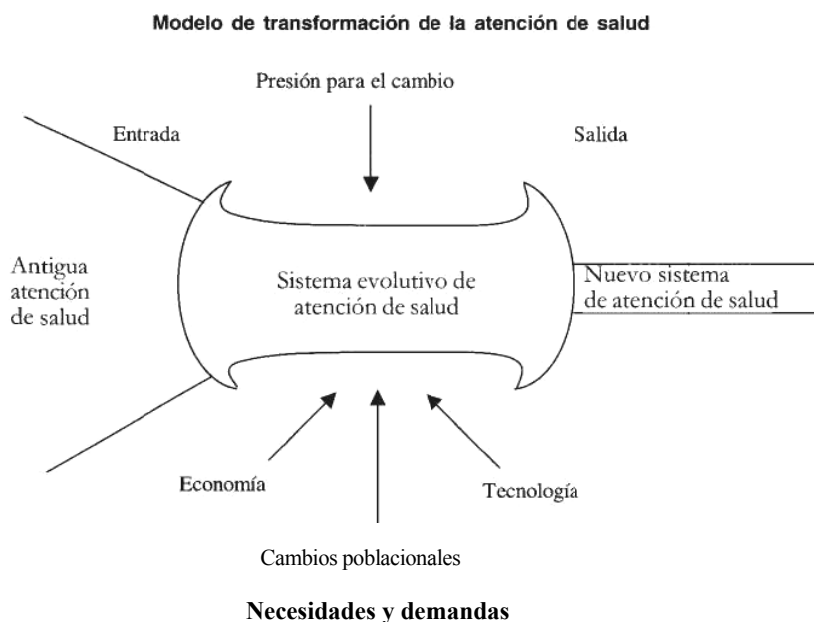
En un sistema de atención de salud que aplica la justicia distributiva, los servicios son distribuidos de la manera más justa posible entre todos los miembros de acuerdo con sus necesidades (Davis, 1983). Aunque el principio de la justicia es la promoción de la equidad, la utilización de la igualdad por sí sola no es suficiente para medir la justicia. Se deben establecer las necesidades de la comunidad o de un individuo, y la disponibilidad de los recursos, para instituir una justa distribución de la atención.

ASUNTOS ÉTICOS EN LA COMUNIDAD

La necesidad de explorar los asuntos éticos relacionados con la salud comunitaria no es nueva pero ha adquirido importancia recientemente. El sistema de atención de salud en Estados Unidos está sufriendo una enorme transformación, en parte debido a factores como su elevado costo, una tecnología superior, una mayor conciencia en una población interesada e informada, y una gran población que envejece. La influencia de la industria aseguradora sobre la forma como se utiliza el sistema de atención de salud, ejemplifica el impacto del negocio sobre estos servicios, particularmente en la atención domiciliaria de la misma. La aparición de la atención gestionada refleja las tendencias de estos cambios (figura 4-1).

FIGURA 4-1

El modelo de transformación de la atención de salud representa la presión para el cambio impuesta sobre el sistema de atención de salud por la economía, los cambios y virajes de la población o los avances tecnológicos. La presión para el cambio crea un nuevo sistema de atención de salud.



Cambios en el aseguramiento de la salud

Poco después de la Segunda Guerra Mundial, el aseguramiento de la salud comenzó a formar parte de la cultura de atención de salud; su impacto ha crecido enormemente, de manera especial en la última década.

Antes de la disponibilidad de los seguros de salud, los pacientes cancelaban directamente a los médicos un pago directo por el servicio. El impacto del sistema de pago a un tercer partido (seguro de salud) es significativo para el modo como el cliente recibe los servicios de atención de salud y, por tanto, influye en cada aspecto de su atención. El pago a un tercer partido se refiere a la forma como los servicios prestados por el proveedor de atención de salud son pagados por las compañías de seguros. Los honorarios de la atención son cancelados por el proveedor del seguro. Hasta hace poco, esto significaba que el cliente buscaba los servicios de un médico y el asegurador pagaba un porcentaje del costo del servicio. La compañía de seguros tenía las guías sobre lo que sería y no sería cubierto por su política y el monto que pagaría por un servicio específico. El cliente y el médico tenían el mayor control sobre la selección del servicio. El médico podía entonces solicitar un número casi ilimitado de exámenes de laboratorio y el cliente podía seleccionar a cualquier médico, lo que significaba el acceso directo a los especialistas sin consultar previamente con el médico de la familia. Esto llegó a ser muy costoso y dio lugar a una atención fragmentada y en ocasiones innecesaria o costosa para los clientes.

El alto costo de la atención de salud y el cambio de edad de la población hacia una que se vuelve más vieja, han impuesto demandas y presiones sobre el sistema de atención de salud obligando a cambiar el sistema existente por uno de atención gestionada interesado en la prevención, la promoción y el bienestar (De Tornyay, 1992). A medida que el sistema continúa cambiando, la atención de salud, en particular la del cliente en su hogar y en la comunidad, es significativamente influida por estos cambios en el sistema de aseguramiento. El pago de los servicios de atención de salud por parte de las aseguradoras privadas y los seguros gubernamentales de salud (por ejemplo, Medicare y Medicaid), estimula y apoya la efectividad respecto al costo de los servicios de atención de salud domiciliaria y comunitaria.

Disposiciones anticipadas

Los rápidos avances logrados en la tecnología para la atención de salud, además de este cambiante clima económico, han tenido una enorme influencia sobre el sistema de la atención domiciliaria. Previamente limitada a los hospitales, la atención tecnológicamente sofisticada, que requiere terapia intravenosa o respiradores, actualmente es suministrada a los clientes en su domicilio. Algunos clientes pueden ser enviados a sus hogares con respiradores o líneas intravenosas sin más sistema de apoyo que las visitas domiciliarias por parte de la enfermera de salud comunitaria; sin embargo, estas visitas también están limitadas por el cubrimiento del seguro. Por tanto, las disposiciones anticipadas tales como las órdenes de NR y el Poder para la atención de salud, que son comunes en los hospitales, se encuentran actualmente disponibles para los clientes en sus hogares. Otras disposiciones anticipadas incluyen la Voluntad de vivir o las Facultades duraderas del apoderado respecto a la atención de salud (Powderly, 1996). Las disposiciones anticipadas son documentos que otorgan poder y extienden la autonomía de los clientes más allá del punto en el cual ellos pierden la capacidad para decidir sobre su propia atención (Powderly, 1996). Dado que esto se ha convertido en un motivo de preocupación para la atención de los clientes en la comunidad, las enfermeras deben proporcionar información sobre las disposiciones anticipadas que se encuentran disponibles para el hogar.

Mediante la Voluntad de vivir y el Poder para la atención de salud, se designa a un apoderado para actuar a nombre del cliente. Las órdenes de NR están únicamente relacionadas con la reanimación. Las órdenes de NR en el domicilio conminan al personal de emergencia o personal encargado a no transferir al cliente al hospital para la reanimación cardiopulmonar (RCP). La firma de un Poder para la atención de salud permite a los clientes designar a una persona en la cual confían para tomar las decisiones en caso de que ellos pierdan la capacidad para hacerlo; ellos pueden otorgarle a este individuo tanta autoridad como deseen respecto a la atención de su salud o a los tratamientos relacionados con la misma. Dado que se trata de un documento legal, los clientes deben discutir cuidadosamente con su agente de salud lo que ellos desearían o no desearían que el agente hiciera en caso de tener que tomar una decisión. Esto podría incluir el no suministro de RCP, nutrición parenteral, hidratación, trasplantes, etc. La enfermera de salud comunitaria brinda a la comunidad la información sobre la disponibilidad del Poder para la atención de salud tanto a los clientes hospitalarios como a los clientes individuales que se encuentran en sus hogares (figura. 4-2).

La facultad para escoger una muerte asistida en el propio domicilio constituye aún un tema polémico y continúa siendo un dilema ético. Actualmente se discute en las cortes.

FIGURA 4-2

A. Poder abreviado para la atención de la salud. B. Poder de disposiciones anticipadas para la atención de la salud.

A **PODER PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD**

Yo, _____ residente en _____

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO
TELÉFONO (horas hábiles) _____ (horas nocturnas) _____		

Por medio del presente poder designo a _____

_____ residente en _____

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO
TELÉFONO (horas hábiles) _____ (horas nocturnas) _____		

como mi apoderado para la atención de la salud a fin de tomar por mí todas las decisiones pertinentes en caso de que yo llegara a ser incapaz de decidir por mí mismo, incluyendo las decisiones relacionadas con la hidratación y nutrición artificial.

FIRMA (OTORGANTE DEL PODER)	FECHA

Este poder fue firmado en mi presencia. Conozco personalmente al firmante quien parece encontrarse en sus cabales y actuar por su propia voluntad.

TESTIGO	FECHA
TESTIGO	FECHA

PODER DE DISPOSICIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

(1) Yo, _____

(por favor, escriba su nombre completo)

Por medio del presente poder designo a: _____

(por favor, escriba el domicilio y número telefónico de su apoderado)

como mi apoderado para tomar por mí todas y cada una de las decisiones pertinentes a la atención de mi salud, excepto cuando yo indique lo contrario. Este poder entrará en vigencia cuando yo sea incapaz de tomar mis propias decisiones respecto a mi salud.

(2) Instrucciones opcionales: He indicado a mi apoderado tomar las decisiones relacionadas con la atención de mi salud de acuerdo con mis deseos y limitaciones según se indica a continuación, o según él/ella ya conoce. (Utilice hojas adicionales en caso necesario).

A menos que usted indique sus deseos respecto a la hidratación y nutrición artificial (sondas alimentarias), su representante no estará autorizado para tomar decisiones sobre esta. Lea en las instrucciones al respaldo ejemplos del lenguaje que usted podría utilizar.

(3) Nombre del sustituto de mi apoderado en caso de que la persona antes nombrada sea incapaz, no desee o no se encuentre disponible para actuar como mi representante para la atención de la salud.

(por favor, escriba el nombre completo del sustituto de su apoderado)

(por favor, escriba el domicilio y número telefónico del sustituto de su apoderado)

(4) A menos que yo lo revoque, este poder regirá indefinidamente, o hasta la fecha o condición que se indica a continuación. Este poder expirará (especifique, si lo desea, la fecha o condiciones):

(5) Firma _____ Dirección _____ Fecha _____

(6) Declaración de los testigos (la persona designada como apoderado o apoderado alterno no puede firmar como testigo y debe ser mayor de 18 años de edad). Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento y parece encontrarse en sus cabales y actuar por su propia voluntad. Él/ella firmó (o solicitó a alguien más que lo hiciera por él/ella) este documento en mi presencia.

Testigo 1 _____ Dirección _____

Testigo 2 _____ Dirección _____

Costo frente a la atención

Los cambios y los virajes en la población también afectan al sistema de atención de salud. El aumento de la población que envejece y los limitados recursos para satisfacer las necesidades de los crecientes servicios en los hogares, representan una carga en desarrollo para el proveedor de la atención de salud comunitaria. La utilización de los limitados fondos para adelantar los programas para la promoción del bienestar mediante el suministro de los servicios y la información sobre la atención de salud, ha impuesto una restricción económica al sistema de atención de salud.

El elevado costo de esta atención ha ocasionado grandes recortes financieros, causando la reducción de los servicios. La adjudicación de recursos limitados para la comunidad y los individuos en sus hogares ha significado una restricción para la enfermera de salud comunitaria. Los dilemas éticos relacionados con asuntos de la salud comunitaria han crecido a medida que las necesidades generales de la sociedad han cambiado y transformado la manera como son cubiertas las necesidades de atención de salud.

Igual que las fichas de un dominó dispuestas en línea, los efectos de un componente de atención de salud afectan a otro; por ejemplo, las estancias hospitalarias más cortas hacen necesaria una mayor atención en el domicilio, lo cual ha tenido un efecto importante sobre los servicios para la atención domiciliaria de la salud. Las personas son dadas de alta de los hospitales más pronto que nunca antes luego de la atención obstétrica, los procedimientos quirúrgicos y otros tratamientos médicos. La salida temprana limita el tiempo para la educación relacionada con la atención de salud y puede restringir en muchos casos el desarrollo de una evaluación exhaustiva y de un plan en el momento en que muchos clientes abandonan el hospital.

Las inquietudes de una sociedad pueden ayudar a crear la base para satisfacer las necesidades comunitarias. Estas inquietudes respecto a la salud con frecuencia se ven reflejadas en el desarrollo y la implementación de programas educativos. Los ejemplos de esto incluyen la promoción de la salud y los programas educativos de la comunidad para suministrar a los adictos agujas estériles y para instruir a sus miembros sobre la utilización de los preservativos para prevenir la diseminación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o sida.

Las inquietudes de atención de salud referentes al abuso de sustancias, abuso conyugal, abuso infantil y sida son situaciones que la enfermera de salud comunitaria enfrenta frecuentemente. Con la carga económica asociada con la atención de estos clientes se ha producido un movimiento dirigido más hacia la prevención y la educación de la salud que hacia lo estrictamente curativo. Sin embargo, los programas concernientes a la prevención se encuentran en riesgo debido a los cambios en la economía y se desconoce cómo serán financiados a medida que los recursos económicos disminuyan. No está claro si estas comunidades continuarán insistiendo en el soporte económico de los problemas de salud que se pueden prevenir en comparación con aquellos que no pueden ser prevenidos (por ejemplo, la esclerosis múltiple). Este es un ejemplo de un dilema ético basado en fondos insuficientes y que afecta potencialmente a toda la comunidad.

Los progresos tecnológicos en la atención de salud y la innovadora investigación de los últimos años han prolongado la longevidad pero las restricciones económicas dificultan el suministro de ambientes seguros para muchos clientes ancianos o debilitados que permanecen en sus hogares. La atención del cliente en su domicilio utilizando equipos sofisticados tales como los respiradores, con frecuencia es ofrecida prestando un apoyo limitado a la familia o al cliente. La carga de la atención en ocasiones es demasiado grande para las familias; y éstas y la enferme-

ra de salud comunitaria deben tratar estos dilemas, y a menudo se encuentran con las puertas cerradas para el respaldo financiero proveniente de una estructura de aseguramiento sobrecargada. A veces se encuentran disponibles programas de autoayuda o ayuda voluntaria que brindan apoyo. Los trabajadores voluntarios de los hospicios, que se convierten en amigables visitantes de los moribundos, y los profesionales de los hospicios ofrecen su atención a un mínimo costo; los grupos de apoyo para los encargados de la atención y los programas de descanso son ejemplos de las comunidades que negocian conjuntamente estas situaciones en una forma positiva. Estos servicios no reemplazan los servicios perdidos por los clientes pero indican maneras positivas a través de las cuales la comunidad puede comenzar a manejar sus propias necesidades de atención de salud (ver apéndice I).

Existen muchos grupos de autoayuda para los individuos con enfermedades serias tales como la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple, el lupus eritematoso sistémico y muchas otras. La mayoría de las bibliotecas locales tienen información sobre los grupos de autoayuda existentes en la comunidad. El *Source Book* contiene un listado de los grupos de autoayuda y de los servicios sociales y de salud en el área de la ciudad de Nueva York.

La sociedad puede decidir la suspensión de la atención de un cliente anciano porque el costo es demasiado grande. En muchas comunidades existen topes para los procedimientos quirúrgicos simplemente porque la carga económica sobre la sociedad es demasiado excesiva; de este modo, los clientes por encima de cierta edad pueden no ser candidatos para algunos procedimientos médicos. Actualmente, los aspectos financieros son motivo de preocupación, ya que las pautas para la atención de salud están basadas en los factores económicos, los cuales están cambiando la forma como se suministra dicha atención. La alternativa a una atención limitada de la salud basada en la economía es una sociedad que brinde la atención pese al costo o que no imponga límites; en este caso, el cirujano podría cobrar al seguro sin importar si hubiese o no una base legítima para la intervención quirúrgica. Por ejemplo, si una mujer de 90 años de edad con enfermedad de Alzheimer en fase terminal es sometida a histerectomía por fibromas, el asegurador le paga al cirujano pese a la ridiculez del procedimiento para la cliente. Los clientes pueden ser explotados cuando el beneficio del tratamiento no es claro.

Los aspectos financieros constituyen actualmente una preocupación en Estados Unidos, ya que las pautas para la atención de salud están basadas en los factores económicos y están cambiando la manera como la atención de salud es proporcionada a los clientes. Esto se ha convertido en un dilema para la enfermera administradora de la salud comunitaria quien con frecuencia debe decidir qué comunidad o persona recibe los servicios limitados para la atención de su salud.

Participación comunitaria

Sherry Arnstein, una proyectista social de finales de la década de los sesenta, desarrolló un método para medir la colaboración comunitaria. Sherry lo denominó *la escalera de la participación*, la cual mide la colaboración de una comunidad en ocho pasos, que abarcan desde la no participación hasta el control ciudadano (Robertson y Minkler, 1994). El primer paso es la manipulación y el segundo paso es la terapia, áreas que son consideradas de no participación por la comunidad. En estos dos pasos iniciales, la enfermera de salud comunitaria puede educar a la comunidad o al cliente, o suministrar los servicios a la comunidad. Los pasos tres, cuatro y cinco son considerados grados de tokenismo por la comunidad. El paso tres es el paso de la información, el paso cuatro corresponde a la consulta, y el cinco es identificado como el aplacamiento. Durante esta fase, los clientes pueden

prestar atención a la información e intentar tener un voto, pero no se tienen en cuenta en la planeación de la atención de salud comunitaria. La enfermera debe incluir a los clientes durante las fases de planeación de los programas y permitir al cliente su participación durante esta fase. Los pasos seis, siete y ocho de la escalera se consideran etapas variables de apoderamiento. El paso seis es de asociación, la etapa siete constituye la delegación del poder y la etapa ocho corresponde al control del ciudadano. Durante estas etapas, los ciudadanos establecen una asociación con los proveedores de atención de salud, pero no es sino hasta la etapa ocho (cuando las comunidades participan íntegramente en una asociación equitativa con los profesionales de la salud) que los clientes se encargan de su propia salud y los miembros de la comunidad adquieren un compromiso para la ejecución de un plan para la atención de la misma. La escalera de la participación ilustra cómo la comunidad toma un tema (por ejemplo, un asunto relacionado con la atención de salud) y se encarga de las propias decisiones relacionadas con la salud y mejora sus propias actividades para la promoción de la misma.

La enfermera de salud comunitaria juega un importante papel al suministrar la información para educar a la comunidad. La manera como los miembros de una comunidad deciden implementar o participar en la salud comunitaria se ve afectada por diversos aspectos.

Aspectos legales

El suministro de atención de salud a la comunidad presenta aspectos legales que conciernen a la enfermera comunitaria. Todos los que laboran en la atención de salud son responsables del ejercicio dentro del marco de la ley; estas leyes reflejan los mandamientos de la legislación local, estatal y federal. Existen tres tipos de leyes con los cuales ejercen las enfermeras de salud comunitaria: ley constitucional, ley legislativa y ley común. Estas son las normas legales que rigen el ejercicio de los trabajadores de la salud comunitaria. Las agencias privadas y comunitarias para la atención de salud en las cuales las enfermeras prestan sus servicios también están gobernadas por estas leyes. Por tanto, las enfermeras, además de los criterios éticos, tienen patrones legales bajo los cuales practican.

La enfermera comunitaria debe conocer y cumplir estrictamente las leyes estatales y el Acta para el ejercicio de la enfermería, que designa el alcance de la práctica con la cual opera la enfermería. La enfermera de salud comunitaria puede ser una enfermera general, una especialista clínica, una comadrona, una enfermera de salud ocupacional, una enfermera escolar o una practicante de enfermería. Es importante que la enfermera opere dentro del alcance adecuado de la práctica, según las funciones designadas por cada estado. Esto significa que la enfermera comunitaria debe conocer los límites legales del ejercicio de la enfermería en la comunidad en la cual está laborando. Además, el alcance de la práctica establece la diferencia entre el papel de la enfermera en la atención del cliente y el de los demás profesionales de la atención de salud.



ÉTICA, VALORES Y RAZONAMIENTO MORAL RELACIONADOS

CON LA ATENCIÓN DE SALUD

Actualmente, como parte del equipo de atención de salud, la enfermera de salud comunitaria debe manejar situaciones diferentes a las enfrentadas en el pasado. Aunque la tecnología ha desarrollado y mejorado la vida del hombre, también trae consigo muchos dilemas morales. Las enfermeras comunitarias también deben

atender la creciente responsabilidad de afrontar estas decisiones éticas y morales en la compleja sociedad moderna.

Razonamiento moral

Las actitudes y conductas morales se desarrollan mediante la combinación de muchos factores. El medio educativo, la familia, la cultura o la sociedad ocupan todos un lugar importante en el desarrollo de la moral de un individuo.

El trabajo de Kohlberg sugiere que el desarrollo de la moral atraviesa diversas etapas que están caracterizadas por diferentes maneras de comprender el bien y el mal. Él considera que los individuos pasan a través de las etapas en una forma organizada que va desde una etapa inferior de desarrollo moral hasta una etapa superior (Becker, 1982). Piensa que todos los individuos de todas las culturas atraviesan estas etapas en grados variables. Kohlberg también sostiene que cada etapa sucesiva es un nivel moral y cognitivamente más elevado que la etapa anterior. Además, su trabajo indica que en cada etapa superior de desarrollo moral, los individuos son capaces de enfrentar problemas morales y éticos de mayor complejidad. Las elecciones que se hacen dependen entonces del propio desarrollo moral y ético.

El trabajo de Gilligan sobre el desarrollo moral esclarece las diferencias del entendimiento de la moral entre los hombres y las mujeres (Becker, 1982). Ella considera que los hombres y las mujeres interpretan los problemas morales desde perspectivas diferentes. Gilligan piensa que el desarrollo moral de los hombres está basado en la ética de los derechos y la justicia, y el desarrollo moral de las mujeres está basado en la ética del cuidado y la responsabilidad. Estas teorías son útiles para la enfermera de salud comunitaria que labora con individuos o poblaciones agregadas para crear un ambiente positivo y conocedor que ayude al cliente a tomar decisiones relacionadas con la atención de salud.

Razonamiento moral y atención de salud

Según Emile Durkheim, actuar moralmente es actuar de tal forma que se promueva el interés colectivo de la sociedad (Becker, 1982). Hasta hace poco la atención de salud se proclamaba fundamentada en esta teoría. Sin embargo, ya que el sistema de atención de salud funcionaba previamente en un terreno curativo, había poco interés en la prevención y, por tanto, existe la inquietud de si éste era realmente el interés colectivo de la sociedad. El concepto del interés colectivo puede no haber cambiado pero ha desafiado la manera como se presta atención a la sociedad.

Beneficio individual frente al beneficio social

Existen ocasiones en las cuales la enfermera de salud comunitaria que labora con las comunidades debe considerar las necesidades de un individuo o un agregado por encima de las necesidades de la comunidad. Las necesidades de salud de un miembro o una población agregada de una comunidad pueden variar en términos de tiempo, diferencias culturales, necesidades físicas, niveles tecnológicos y por la economía de la comunidad como un todo. A veces, esto indica la necesidad de un enfoque individual para cumplir ciertas metas inmediatas o a largo plazo. La adaptación de las necesidades individuales puede ocasionar una carga económica para la comunidad mayor, que puede beneficiar sólo a unos pocos. Ejemplos de esto

serían la comunidad que adecúa los andenes para satisfacer las demandas de los usuarios de las sillas de ruedas y la comunidad que suministra buses dotados de plataformas para suplir las necesidades de las personas que de otra forma serían incapaces de acceder al transporte público.

Además, lo que puede ser bueno para la sociedad puede implicar peligro para un individuo. Un ejemplo es la utilización de seres humanos en la investigación. Dado que muchas enfermeras de salud comunitaria son investigadoras, ellas deben conocer los riesgos contenidos en el proceso de investigación con seres humanos. Idealmente, al informar al cliente sobre los riesgos existe una cooperación entre el investigador y el sujeto. Parte fundamental del proceso de investigación consiste en el procedimiento del consentimiento informado, el cual intenta equilibrar los riesgos para los seres humanos frente a los posibles beneficios para la sociedad (Davis y Aroskar, 1983). Las enfermeras de salud comunitaria comprometidas en la investigación, igual que todo investigador que trabaje con seres humanos, deben obtener el consentimiento informado de sus clientes. La investigación que involucra seres humanos no debe ser llevada a cabo salvo que la importancia de la misma esté en proporción con el riesgo implícito para el sujeto (Davis y Aroskar, 1983). Un principio moral del consentimiento informado sumamente importante consiste en que, en el momento de aceptar su participación en la investigación, el cliente conozca los términos y los riesgos inherentes a la misma.

Calidad de vida frente a cantidad de vida

Los asuntos tales como la equidad en la adjudicación de los recursos para los individuos o la sociedad, el derecho de los clientes a escoger su calidad de vida, la eutanasia para los clientes confinados en su hogar o las decisiones sobre cómo debería alguien vivir con una enfermedad real o potencial, son ejemplos de los dilemas éticos concernientes a la calidad frente a la cantidad de vida con los cuales están relacionadas las enfermeras de salud comunitaria. La elección relacionada con los derechos del cliente sobre la calidad de vida que desea frente a una longevidad más prolongada, a menudo es determinada por el aspecto económico asociado con el sistema de atención de salud. Los clientes con grandes recursos económicos o fama tienen una mayor oportunidad de ser los receptores de mejores servicios. Recientemente esto se ha convertido en motivo de inquietud, particularmente en los casos relacionados con el trasplante de órganos.

Cuando la conducta de un cliente contribuye a una enfermedad o lesión, se impone una carga sobre los recursos de la sociedad. El tratamiento del cliente que conduce sin utilizar el cinturón de seguridad y resulta lesionado representa una carga económica. Esto es así aun en el caso de que el cliente pueda costear sus gastos médicos o cuente con un seguro de salud para el pago de su atención. La atención real suministrada a un cliente requiere tiempo y energía para apoyar tal atención pese a su costo, y el tiempo invertido en prestar esa atención reduce el tiempo dedicado a otro cliente. ¿No es responsabilidad de los ciudadanos cumplir las leyes para reducir esta carga? ¿Interfiere esto con los derechos de una persona?

El cliente obeso que escoge no perder peso puede estar arriesgando su salud debido a su elección. Los clientes obesos tienen mayor riesgo de hipertensión, diabetes tipo II y enfermedad cardíaca. La necesidad de tratamiento para los problemas de la salud, los cuales son directa o indirectamente ocasionados por las decisiones de los clientes, impone una carga económica sobre el sistema de atención de salud. Encontrarse en capacidad de pagar por la atención no reduce la carga impuesta sobre el sistema. Sin embargo, las personas pudientes obesas, fumadoras o alcohólicas tienen mayor oportunidad de recibir la atención o los servicios que las personas que disponen de menos recursos económicos.

¿Qué hay respecto al tema del derecho del cliente a su autodeterminación? Este es un dilema ético para el sistema de atención de salud. ¿Si los clientes escogen no seguir las sugerencias del proveedor de atención de salud comunitaria con relación a su propia atención, están incumpliendo las recomendaciones o estableciendo su propio juicio o valores para tomar decisiones independientes? Los individuos tienen el derecho a decidir por sí mismos. Los clientes pueden escoger no seguir las sugerencias o el plan del proveedor de atención de salud. Los clientes tienen el derecho a escoger su propia atención y decidir la mayoría de los aspectos relacionados con su salud mientras esto no lesione a otros. Esto no incluye las áreas cubiertas por las leyes tales como el uso obligatorio de cascos por los ciclistas, los cinturones de seguridad o los asientos de seguridad para los niños en los automóviles.

Responsabilidad personal y social

El derecho de cada individuo a la libertad está protegido por la Constitución y puede ser vulnerado por la declaración de un profesional de la salud. Una situación en la cual un cliente con un caso activo de tuberculosis que rehusa el tratamiento pero continúa conviviendo en estrecha proximidad con niños menores confronta a la enfermera con dilemas éticos, de seguridad y legales. La enfermera debe escoger entre los aspectos relacionados con la confidencialidad y la seguridad. Esto implica la elección de la seguridad de un cliente sobre la confidencialidad de otro. La enfermera enfrenta un dilema ético entre la confidencialidad del cliente y la obligación de obedecer las leyes dictadas por la sociedad. Esta situación la obliga, entonces, a obedecer la ley reportando la situación al departamento de salud y rompiendo la confidencialidad del cliente con el cual está obligada por el código profesional.

Decisiones éticas de la enfermera de salud comunitaria

Utilizando el proceso para la toma de decisiones éticas, la enfermera ayuda al cliente a desarrollar un plan de atención. Quizá resulta ilustrativa la comparación entre el proceso de enfermería y el proceso para la toma de decisiones éticas (tabla 4-2). Mediante el proceso de enfermería, las enfermeras evalúan las necesidades del cliente, incluyendo tanto la información objetiva como la subjetiva; por

TABLA 4-2

COMPARACIÓN ENTRE EL PROCESO DE ENFERMERÍA Y EL PROCESO DE LA TOMA DE DECISIONES ÉTICAS

Proceso de enfermería	Proceso de la toma de decisiones éticas
1. Valoración	1. Valoración-Recolección de la información relevante.
2. Diagnóstico y análisis	2. Clarificación del componente ético y las implicaciones sociales y legales.
3. Planeación	3. Identificación de los posibles resultados.
4. Implementación	4. Implementación
5. Evaluación	5. Evaluación

ejemplo, una evaluación podría incluir un examen de sangre, un cuestionario o respuestas verbales. Igual que en el proceso de enfermería, en el proceso para la toma de decisiones éticas las enfermeras deben también recolectar la información objetiva y subjetiva más relevante. En el proceso de enfermería, ellas elaboran un diagnóstico de enfermería basadas en las pautas de la North Atlantic Nursing Diagnosis Association (NANDA). El uso del modelo de la NANDA para desarrollar un diagnóstico de enfermería comunitaria es aún bastante nuevo. En el proceso para la toma de decisiones éticas, las enfermeras definen con el cliente o su abogado las implicaciones éticas, sociales y legales. En el proceso de enfermería, éstas desarrollan un plan de acción basado en el diagnóstico de enfermería, mientras en la toma de decisiones éticas las enfermeras exploran los posibles desenlaces de las diversas decisiones sobre las cuales desarrollarían un plan de acción. A continuación, tanto en el proceso de enfermería como en el de la toma de decisiones éticas, el plan sería implementado y evaluado.

RESUMEN

La definición de la ética es compleja. Generalmente se refiere al sistema de los principios morales que guían a una sociedad. A medida que la sociedad atraviesa diferentes cambios tales como los de población o los económicos, el marco ético de la sociedad influye la manera como se enfoca el cambio. El sistema de atención de salud en Estados Unidos se encuentra en gran movimiento y el modo de enfocarlo está guiado por la ética ya arraigada dentro del sistema. Este capítulo explora los valores éticos, discute el razonamiento moral y la forma como la enfermera comunitaria toma decisiones basada en un código de ética.

PALABRAS CLAVE

Autonomía	Confidencialidad
Beneficencia	Decisiones éticas
Código de ética	Razonamiento moral

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la *mejor* respuesta para cada una de las siguientes preguntas.

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones utiliza correctamente el término beneficencia?
 - A. El cliente tiene el derecho de emitir una orden de No reanimación (NR).
 - B. La responsabilidad de la enfermera de salud comunitaria es ver que el cliente se encuentre bien atendido.
 - C. La primera responsabilidad del profesional de atención de salud consiste en "no hacer daño".
 - D. La meta del proveedor de atención de salud es "hacer el bien" al cliente.
2. Tener el derecho de decidir cómo dirigir la atención de la propia salud es un ejemplo de:
 - A. Justicia.
 - B. Benevolencia.
 - C. Autonomía.
 - D. Confidencialidad.

3. Brindar acceso equitativo a la necesaria atención de salud, cualquiera que sea el estado económico del individuo constituye un ejemplo de:
 - A. Justicia utilitaria.
 - B. Justicia igualitaria.
 - C. Un ideal inalcanzable de una sociedad ética.
 - D. Un ejemplo de justicia distributiva.
4. Suministrar a los drogadictos agujas estériles corresponde a un ejemplo de un programa de salud comunitaria que:
 - A. Se esfuerza en la promoción de la salud.
 - B. Es ilegal e inmoral en la mayoría de los estados.
 - C. Tiene limitadas metas comunitarias.
 - D. Refleja un programa de prevención de la salud.
5. La tecnología ha ocasionado el mayor impacto sobre cómo la sociedad satisface las necesidades de:
 - A. Los vagabundos.
 - B. Los niños escolares.
 - C. Los encargados de la atención.
 - D. Los ancianos.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es D.* La beneficencia se describe como la meta del proveedor de la atención de salud para "hacer el bien" al cliente.
2. *La respuesta es C.* Un ejemplo de autonomía es tener el derecho de decidir cómo dirigir la atención de la propia salud.
3. *La respuesta es B.* Un ejemplo de justicia igualitaria consiste en proporcionar igual acceso a la necesaria atención de salud, cualquiera que sea la condición económica del individuo.
4. *La respuesta es A.* Suministrar agujas estériles a los drogadictos corresponde a un programa de salud comunitaria que se esfuerza en la prevención.
5. *La respuesta es D.* La tecnología ha ocasionado el mayor impacto sobre cómo la sociedad satisface las necesidades de los ancianos.

REFERENCIAS COMENTADAS

Bandman, E. L., & Bandman, B. (1990). *Nursing ethics through the life span*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Este libro enfoca los problemas morales y éticos de la práctica cotidiana de la enfermería, los cuales se presentan a lo largo de la vida de los clientes. Además de exponer muchos casos clínicos, brinda las estrategias y las bases para la toma de decisiones éticas.

Becker, L. C., & Becker, C. B. (1992). *Encyclopedia of ethics*. Nueva York: Garland.

Enciclopedia que contiene antologías, monografías y bibliografías, incluyendo los reportes de casos legales y los datos de publicaciones periódicas especializadas relacionadas con la ética.

Benjamin, M., & Curtis, J. (1992). *Ethics in nursing*. Nueva York: Oxford University Press.

Este libro ofrece a las enfermeras y estudiantes de enfermería una introducción al análisis de los aspectos éticos. Incluye la naturaleza de los dilemas morales, brinda una introducción a los principios éticos básicos y discute los asuntos relacionados con la ética y la política pública.

Binstock, R. H., & Post, S. G. (1991). *Too old for health care? Controversies in medicine, law, economics, and ethics*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Libro que explora el planteamiento de atención de salud para las personas mayores. Da un vistazo a los enfoques alternativos para los problemas de la limitación de la atención de salud. Explora diversos temas que abarcan desde el aspecto económico de la atención, la tecnología médica, los asuntos legales y los puntos de vista religiosos del mencionado planteamiento.

Bernard, P., & Chapman, C. M. (1993). *Professional and ethical issues in nursing*. Londres, Scutari Press.

Con base en los cambios del código profesional en el Reino Unido, este libro analiza el código y explora los conceptos y problemas relacionados con él. El objetivo de este libro es permitir a las enfermeras desarrollar una mayor autonomía.

Curtin, L., & Flaherty, J. M. (1982). *Nursing ethics theories and pragmatics*. Bowie, MD: Prentice-Hall.

Este documentado libro brinda una base teórica y un enfoque filosófico para el análisis crítico de los problemas éticos. Suministra a las enfermeras las instrucciones para que puedan desarrollar y abordar los dilemas éticos en la práctica.

Davis, A. J., & Aroskar, M. A. (1983). *Ethical dilemmas and nursing practice*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Este libro presenta los dilemas éticos confrontados por los profesionales de la salud a través del lente de la profesión de enfermería. Su objetivo es concienciar a las enfermeras sobre los dilemas éticos de las ciencias de la salud y la práctica de la enfermería.

De Tornay, R. (1992). Reconsidering nursing education: The report of the Pew Health Professions Commission. *Journal of Nursing Education*, 31 (7), 296-301.

Este artículo explora el informe de la Comisión Pew para el año 2005 y sus efectos sobre la enfermería. Desarrolla estrategias para que las enfermeras cubran las necesidades de salud en el futuro.

Dubler, N., & Nimmons, D. (1992). *Ethics on call*. Nueva York: Harmony Books.

Este libro se refiere a las decisiones cotidianas sobre la vida y la muerte. Explica cómo los pacientes pueden conservar su autonomía mientras sufren la agonía de encontrarse en medio de un enorme complejo médico.

Ferrell, O. C., & Gardiner, G. (1991). *In pursuit of ethics, tough choices in the world of work*. Springfield, IL: Smith Collins.

En este libro se exploran las opciones éticas encontradas en el mundo laboral. Discute temas que incluyen los dilemas enfrentados por las enfermeras y sus colegas. Presenta una definición de la ética. Examina cómo se toman las decisiones personales y las decisiones éticas, y los conflictos enfrentados al tomar decisiones. Explora las opciones confrontadas en la cultura laboral estadounidense. Los autores comparan las decisiones éticas tomadas en Estados Unidos con las tomadas en Japón.

Finn, J., & Eliot L. M. (1990). *Medical ethics*. Nueva York: Chelsea House.

En este texto se investiga el aspecto económico de la atención de salud. Cuestiona los costos de la prestación de estos servicios y describe la naturaleza del asunto. Incluye temas tales como el aborto, la eutanasia, las pruebas farmacológicas, los trasplantes de órganos y el sostenimiento de los pacientes enfermos terminales. Este libro destaca los complejos y conflictivos principios morales sobre los cuales están fundamentadas las leyes relacionadas con la salud.

Ijeoma, M. E. (1988). *Relationships between educating environments and institutional goals in the institutions of higher education*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Michigan, Ann Arbor.

Tesis de investigación presentada al cuerpo docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad de Michigan. Incluye el trabajo asociado con las teorías ambientales de Kurt Lewin.

Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.

Libro que explora los asuntos relacionados con las teorías sobre la influencia del ambiente en el comportamiento.

Mabie, M. C. J. (1993). *Bioethics and the new medical' technology*. Nueva York: Atheneum.

Este libro examina los principios con los cuales el avance de la ciencia y la tecnología han producido un impacto sobre la prestación de la atención de salud. Explora los temas de la prolongación de la vida de los ancianos, la capacidad para ayudar a las parejas que no han tenido éxito en el campo de la fertilidad, el sostenimiento vital de los pacientes severamente limitados o comatosos y la calidad de vida.

Powderly, K. E. (1996). *Ethical issues for hospital-based risk managers*. Unpublished paper for the Department of Humanities in Medicine, State University of New York, Brooklyn.

Este artículo presenta información sobre los aspectos legales y éticos para los proveedores de atención de salud. Expone los aspectos relacionados con la autonomía e incluye información sobre las disposiciones anticipadas, el VIH, la investigación en humanos y las situaciones clínicas.

Privacy and Technology project of the Electronic Frontier Foundation (1996). *Primer of privacy*. E-mail: <http://chmis.nwlink.com/effprivphtml>.

Revista disponible en Internet. Ha sido diseñada para los Sistemas de Información de la Gestión de la Salud Comunitaria y alude a los aspectos éticos relacionados con la privacidad.

Robertson, A., & Minkler, M. (1994). New health promotion movement: A critical examination. *Health Education Quarterly*, 21(3), 295-312.

Este artículo contempla el movimiento hacia la promoción de la salud. Se refiere a la influencia de la educación para la salud sobre el apoderamiento y la promoción de la salud. En este artículo, Minkler enlaza el concepto del apoderamiento y la participación comunitaria en la salud de la comunidad y el individuo.

Thompson, J. E., & Thompson, H. O. (1985). *Bioethical decision-making for nurses*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Este libro brinda pautas para ayudar a las enfermeras y otros profesionales de atención de salud a tomar decisiones bioéticas prácticas. Incluye una discusión sobre la base teórica de la bioética y presenta un modelo para la toma de decisiones. Incluye casos reales.

United Way of New York City (1995). *The source book*. Nueva York: Oryx Press.

Directorio actualizado de las agencias de servicios humanos y de la salud que incluye aproximadamente 200 agencias en 5.400 lugares.

Veatch, R. M. (1987). *The patient as partner, a theory of human experimentation ethics*. Bloomington, IN: Indiana University Press.

Este libro explora la influencia de la creciente sofisticación de la tecnología médica y el ampliado concepto de los derechos de igualdad de la comunidad en investigación, lo cual el autor denomina "revolución en la ética médica". Presenta un enfoque sistemático de los riesgos enfrentados por los investigadores y los sujetos en el mundo actual. El autor explora las reglamentaciones federales, los problemas del diseño de la investigación y el reclutamiento de los sujetos, las realidades éticas de la experimentación y otros temas polémicos.

APÉNDICE I: GRUPOS DE AUTOAYUDA EN ESTADOS UNIDOS

Self-Help Center 405 S.
State Street Champlain,
IL 61820 217-352-0009

Este centro cuenta con un listado de más de 200 grupos de autoayuda.

Guided Tour to Self-Help on the Internet
<http://odphp.osophs.dhhs.gov/eomfrnce/partnr96/ferg.htm>

Aquí se encuentran enumerados los grupos de autoayuda disponibles a través de Internet.

Alanon/Alateen
1600 Corporate Landing Parkway
Virginia Beach, VA 23454
800-356-9996 (servicio 24 horas)

Este servicio se encuentra disponible para las familias y amigos de los alcohólicos.

National Cáncer Information Center
800-4-cancer

American Cáncer Society
800-ACS-2345

Cáncer Y-ME
800-221-2141

Estas organizaciones contra el cáncer tienen acceso a muchos grupos de autoayuda. Cáncer Y-ME tiene un listado de más de 200 grupos de autoayuda en Estados Unidos.

Share
19 West 44th Street
Nueva York, NY 10036
212-719-0364

Esta organización ofrece servicios para las mujeres con cáncer mamario u ovárico.



*A*LIANZA PARA LA SALUD: UN MODELO PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA

La evaluación de la salud comunitaria es un proceso continuo. Las enfermeras de salud comunitaria y otros proveedores de atención de salud en la comunidad participan en continuas evaluaciones para mantener actualizada su percepción sobre la salud de la comunidad. Este proceso dirige sus intervenciones en la comunidad con objeto de que éstas sean apropiadas. La evaluación comunitaria comprende la investigación de tres áreas de interés interrelacionadas: (1) **necesidades basadas en la comunidad**, (2) **sistemas de gestión de la atención**, y (3) **influencias que afectan las decisiones relacionadas con la adjudicación de los recursos**. La exactitud de la evaluación da forma al naciente plan de atención; las influencias adicionales están relacionadas con la **validación de los servicios por parte del cliente** y la **experiencia de la enfermera/equipo interdisciplinario**. Cada uno de estos componentes se discute en este capítulo.

El Modelo de Alianza para la Salud, un modelo para la evaluación de la salud comunitaria, tiene la intención de servir como instrumento para informar a las enfermeras y otros proveedores de la atención de salud sobre las fuerzas que interactúan, elaborando una representación completa de la salud y la enfermedad en la comunidad. La figura 5-1 proporciona un esquema del Modelo de Alianza para la Evaluación de la Salud Comunitaria. El lector debe considerar los tres círculos de este diagrama, los cuales representan el enfoque sobre las necesidades basadas en la comunidad, los sistemas de gestión de la atención y las influencias sobre las decisiones para la adjudicación de los recursos, como aspectos críticos en la evaluación general de la comunidad.

Cada círculo incluye un área de interacción con los dos círculos restantes según se evidencia por la superposición de los tres círculos en el centro del diagrama. Estas áreas superpuestas representan el grado de interacción entre ellas. El lector debe observar que existe una mínima superposición entre los tres círculos, lo cual sugiere una mínima interacción entre las esferas. La evaluación de cada área identificaría los parámetros para una intervención potencial a fin de ampliar estas áreas de interacción.

El círculo exterior, que incluye a los tres círculos interiores, representa los aspectos recíprocos de la validación de los servicios por parte del cliente y la experiencia de la enfermera/equipo interdisciplinario. La ubicación de este círculo sugiere que las necesidades del cliente y la capacidad de la enfermera/equipo interdisciplinario para brindar cuidado, son fundamentales en cada situación de suministro de la atención. *Las flechas* sugieren la correspondencia de la interacción y la importancia recíproca del proveedor de la atención y el receptor de la misma, de ahí el término *alianza*.

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

Comunidades saludables
Enfoque de las necesidades basadas en la comunidad
Técnicas para la gestión de la atención
Influencias sobre las decisiones para la adjudicación de los recursos
Validación de los servicios por parte del cliente
Experiencia de la enfermera/equipo interdisciplinario
Identificación de los problemas durante la evaluación de la salud comunitaria
Resumen



FIGURA 5-1

Modelo de alianza para la evaluación de la salud comunitaria.

Las **necesidades basadas en la comunidad** son aquellas identificadas por la enfermera y otros profesionales con la colaboración del consumidor o cliente.

Los **sistemas para la gestión de la atención** son creados para manejar las necesidades basadas en la comunidad. Estos sistemas tienen en cuenta las clases de problemas de los clientes, las expectativas del público respecto a la atención, el estándar de atención aceptado y los planes para satisfacer las necesidades de los clientes.

Las **influencias que afectan las decisiones para la adjudicación de los recursos** incluyen los patrones de la adjudicación de los recursos, los valores y las creencias del público, la confianza en la financiación gubernamental, las actividades de los grupos de interés especial y la cobertura del seguro.

Alianza cliente-proveedor de la atención. La alianza cliente-proveedor de la atención sugiere que la interacción entre el cliente y la enfermera/equipo interdisciplinario tiene una importancia mutua.

La alianza o sociedad más efectiva se produce entre el cliente y el equipo interdisciplinario, el cual incluye a la enfermera como miembro. Si el equipo interdisciplinario no se encuentra en su lugar, la enfermera interactúa independientemente con el cliente, hasta que se pueda crear un equipo. Los equipos tienen diferentes miembros de acuerdo con las necesidades del cliente y la experiencia de sus integrantes. Por ejemplo, una persona que se recupera de una cetoacidosis diabética podría contar con un equipo compuesto por un endocrinólogo, una nutricionista, una enfermera especialista en diabetes y un farmacéutico clínico. Una familia (cliente) que atraviesa una crisis motivada por una muerte súbita infantil podría recibir la atención de un equipo formado por un juez de guardia o examinador médico, una enfermera de salud comunitaria, un consejero religioso y un proveedor de apoyo que se encuentre en condiciones similares (un vecino que recientemente haya experimentado un caso de muerte súbita infantil en su hogar).

La relación que opera entre el cliente y la enfermera/equipo interdisciplinario es el aspecto más significativo del modelo de la alianza. Una relación ineficaz, una terapéutica deficiente entre el cliente y el proveedor de la atención afecta negativamente su alianza y, por tanto, interfiere con las interacciones entre el enfoque de la atención, los sistemas de la atención y las influencias sobre las decisiones para la adjudicación de los recursos. Cada vez más, los clientes son considerados como socios en su atención (Anderson y McFarlane, 1996). Una alianza bien desarrollada entre el cliente y el proveedor de la atención permite la completa evaluación de las fortalezas o dificultades en estas esferas de interacción.

En ocasiones, los clientes son incapaces de participar activa e independientemente en la planeación de la atención de su salud con los proveedores. Los niños, las personas con deterioro físico y mental, los reclusos o las personas con deficiencias del conocimiento se encuentran entre este tipo de clientes. Estos clientes pueden beneficiarse de apoderados que colaboren en la toma de decisiones y brinden su voto para representarlos. Las enfermeras novatas pueden

Enfermera novata y enfermera experta en la comunidad. Mientras las enfermeras de salud comunitaria pasan de ser proveedoras novatas a expertas en la comunidad, ellas utilizan el proceso de remisión cuando necesitan ayuda. Las enfermeras pueden efectuar remisiones a otras enfermeras o a miembros de otras disciplinas. Las enfermeras tienen la responsabilidad de solucionar sus deficiencias de conocimiento y habilidades por medio de la educación formal y continuada, mientras se convierten en proveedoras expertas.

buscar mentores con objeto de mejorar sus habilidades para la construcción de las relaciones, de modo que puedan aprender a defender a sus clientes en forma efectiva.

Las enfermeras y otros proveedores de la atención no siempre comprenden las necesidades comunitarias o cómo trabajar dentro de los sistemas de atención en la comunidad. Algunos proveedores no son capaces de interactuar íntegramente con los clientes para planear la atención de su salud. En esta situación, las enfermeras deben remitir los problemas inmediatos a proveedores más expertos y resolver su falta de habilidad y conocimiento a través de la educación formal o continuada. Las enfermeras comienzan a trabajar en la comunidad como novatas y poco a poco llegan a dominar las habilidades y el conocimiento que poseen los expertos.

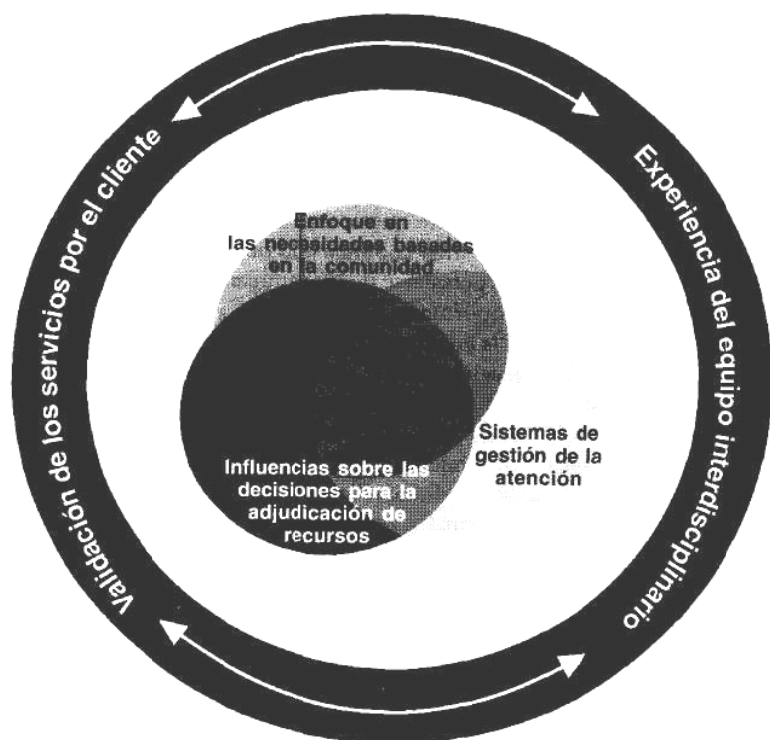
COMUNIDADES SALUDABLES

Algunas comunidades son más saludables que otras; algunas trabajan conjuntamente para satisfacer las necesidades de sus miembros. La figura 5-2 presenta una comunidad más responsable y coordinada en comparación con la figura 5-1 según se evidencia por la mayor superposición entre las esferas correspondientes a las necesidades basadas en la comunidad, los sistemas para la gestión de la atención y las influencias para las decisiones relacionadas con la adjudicación de los recursos. Se trata de una comunidad en la cual la experiencia de la enfermera/equipo interdisciplinario y la validación de los servicios por parte del cliente se corresponden entre sí, están bien desarrollados e interactúan sin contratiempos.

La comunidad representada en la figura 5-2 no corresponde a una comunidad ideal en la cual existe una total ausencia de enfermedad, los miembros del equipo siempre toman la mejor decisión y los recursos se encuentran siempre disponibles. Se trata más bien de una comunidad donde la interacción es continua. En realidad, el campo de interacción está siempre en movimiento o transformación, lo cual refleja una comunidad vital.

En la figura 5-3, la esfera que representa el enfoque sobre las necesidades basadas en la comunidad es más pequeña que los otros dos círculos. Esto simboliza a una comunidad en la cual la enfermera, los otros miembros del equipo y el cliente deben encaminar sus energías hacia la evaluación, la validación y la satisfacción de las necesidades basadas en la comunidad. Por ejemplo, el diagrama podría representar a una comunidad que experimenta una súbita afluencia de inmigrantes, un nuevo problema de salud o el cierre de una instalación grande para la atención de salud.

La principal preocupación de la comunidad representada en la figura 5-3 consiste en enfocar las necesidades basadas en la comunidad. Después de atender las inquietudes relacionadas con tales necesidades, el círculo tendría el mismo tamaño que los otros, en forma similar a la figura 5-2. El retorno del círculo a su tamaño original representa la estabilización de las necesidades basadas en la comunidad. Los ejemplos de esta estabilización podrían incluir el establecimiento de servicios para la asimilación de los inmigrantes a través de programas culturales y de apoyo del idioma inglés; la identificación de la causa de una enfermedad emergente para iniciar la terapia y el establecimiento de sitios de atención alternos para satisfacer las necesidades de las personas. Las necesidades centradas en la comunidad cambian constantemente y requieren evaluación continua.

**FIGURA 5-2**

Representación de una comunidad bien coordinada.

**FIGURA 5-3**

Deficiencia en la comprensión de las necesidades basadas en la comunidad.

ENFOQUE DE LAS NECESIDADES BASADAS EN LA COMUNIDAD

Las necesidades basadas en la comunidad son siempre cambiantes y reflejan la población de un área particular. Por ejemplo, la población estadounidense actualmente en envejecimiento tiene necesidades que son diferentes de las de la generación de los "*baby-boomers*" que siguió a la Segunda Guerra Mundial. La enfermera de salud comunitaria que efectúa una evaluación de una gran comunidad urbana esperaría encontrar diferencias respecto a una evaluación hecha en una comunidad suburbana o rural. Es importante que la enfermera y otros miembros del equipo evalúen la comunidad en forma continua con objeto de validar las inquietudes relacionadas con la salud y percatarse de los cambiantes patrones de la salud para realizar una intervención oportuna y rápida.

Las necesidades basadas en la comunidad incluyen la medición y el análisis de las siguientes fuentes de información aunque no se limitan a éstas: (1) los patrones de morbilidad y mortalidad, (2) los datos demográficos (por ejemplo, edad, sexo, nivel educativo, ingresos, vivienda), (3) los aspectos ambientales, (4) los servicios públicos (bomberos, policía, saneamiento, educación, recreación, deportes), (5) la estética (por ejemplo, arte, música, cultura, religión), (6) las instalaciones relacionadas con la salud [por ejemplo, hospitales, organizaciones basadas en la comunidad (OBC), instalaciones para la atención subaguda y la custodia, instalaciones para la salud pública, organizaciones para la atención domiciliaria]. Cada una de estas fuentes de datos es analizada a continuación.

Patrones de morbilidad y mortalidad

Los patrones de morbilidad (enfermedad) y mortalidad (muerte) son variables significativas en la evaluación de la salud comunitaria. El conocimiento de las causas de muerte y discapacidad es útil en el desarrollo de los servicios de salud preventiva así como en el suministro del tratamiento temprano y los servicios de rehabilitación. Los patrones de morbilidad y mortalidad de las comunidades son cambiantes. Las epidemias, las modificaciones en las tasas de inmunización de los niños y las variaciones de la manera como la enfermedad afecta a ciertos grupos pueden afectar los patrones de morbilidad y mortalidad. Los cambios se producen a medida que las comunidades se desarrollan, crecen o se deterioran.

Datos demográficos

Una comunidad es reconocida por las características visibles de sus miembros tales como la edad, la raza, el sexo y la ubicación de las viviendas, y por las características invisibles que incluyen el grado de educación, los ingresos y la religión. Los datos demográficos constituyen una manera para describir estadísticamente a una comunidad. La demografía sólo puede describir los aspectos de la comunidad que pueden ser medidos. Algunas partes de la demografía comunitaria —por ejemplo, la tasa de indigencia— pueden ser difíciles de medir puesto que es complicado obtener un recuento exacto del número de personas pertenecientes a esa categoría.

La complejidad de la medición de los datos demográficos nacionales, usualmente mediante recuentos del censo cada diez años, origina problemas para el reporte de los hallazgos. Algunos datos tardan años en ser analizados y presentados al público. La comunidad puede cambiar mientras la anterior representación de la comunidad (los hallazgos del censo) se encuentra aún en desarrollo. La

dispendiosa tarea de la medición de las características de la nación hace improbable una medición más frecuente.

Los datos demográficos internacionales son difíciles de utilizar debido a que los diferentes países emplean distintas variables para medir las estadísticas de la salud. Algunos países no registran la información relacionada con la salud, lo cual imposibilita toda comparación. Además, las definiciones precisas de lo que constituyen ciertas enfermedades o síndromes varían de una nación a otra.

Aspectos ambientales

El medio ambiente es el contexto en el cual la vida se sostiene sobre la tierra. El interés respecto al medio ambiente global es necesario para proteger el frágil ecosistema, un determinante importante de la salud. Es esencial defender un medio ambiente sano, sea que se esté preocupado por la pérdida de la capa de ozono y el resultante incremento de los rayos solares cancerígenos nocivos o por un vertedero químico local, que amenaza el agua potable que consume una comunidad. La gente necesita aprender sobre la salud del ambiente en el cual vive, trabaja y juega. Las personas necesitan actuar de un modo que preserve los recursos para las futuras generaciones.

Servicios públicos

Los servicios públicos incluyen a los bomberos, la policía, el saneamiento y los servicios educativos, así como las instalaciones recreativas y deportivas. Cada comunidad brinda a sus residentes protección contra el crimen y los desastres además de actividades que promueven la socialización y el entretenimiento. Una indicación de una comunidad saludable es aquella en la cual el público cuenta con servicios públicos adecuados de modo que los miembros se encuentran seguros para disfrutar su vida. Las comunidades grandes o aquellas en ciertas zonas activas del país pueden tener más servicios públicos que otras. En las épocas de recesión económica, algunas comunidades limitan el acceso a los servicios públicos que no se consideran esenciales.

Estética: arte, música, cultura y religión

Las comunidades expresan las alegrías y tristezas de la vida a través de la creación del arte y la belleza. Las personas pueden definir el arte y la belleza como una apreciación personal de la cerámica, la pintura y la música. En una sociedad multirracial y multiétnica como la estadounidense es importante considerar el significado personal de la estética. Las personas pueden tener puntos de vista ampliamente divergentes sobre lo que es artístico y hermoso.

Una comunidad saludable es aquella en que las personas pueden expresar lo que encuentran artístico y hermoso mientras toleran las expresiones de otros grupos diferentes. La apreciación de la diversidad es clave para el componente estético de una comunidad sana. Algunas de las formas en las cuales las comunidades aprecian la estética son la construcción de museos, la financiación de las esculturas públicas, la celebración de las festividades y la conmemoración de las celebraciones étnicas.

Organización para la conservación de la salud (OCS). Esta organización consiste en un conjunto organizado de servicios generalmente suministrados en un mismo sitio. El cliente acepta vincularse a la OCS para conseguir un descuento en el costo de los servicios. Un plan particular de seguros de salud puede contar con una OCS como opción que puede ser seleccionada para la compra por parte de sus clientes. Un número garantizado de clientes hace que el control de los costos sea más factible. Si los clientes desean recibir la atención en una institución diferente, deberán pagar de su propio bolsillo un costo mayor.

Organización de proveedor preferible (OPP). Esta está constituida por un grupo de proveedores de atención que atienden a los clientes a un costo más bajo. Los costos son inferiores debido al número garantizado de clientes. Igual que en la OCS, los clientes deben asumir mayores riesgos financieros si desean consultar a un proveedor ajeno a la estructura de la OPP.

Instalaciones relacionadas con la salud

Las instalaciones relacionadas con la salud incluyen clínicas de atención ambulatoria, hospitales, CBOs (Community-based Organizations), instalaciones para la atención subaguda y la custodia, departamentos de salud pública, organizaciones de atención domiciliaria y hospicios. Estas variadas instalaciones relacionadas con la salud son construidas por las comunidades para satisfacer las necesidades del público. Las tendencias contemporáneas se encaminan a descentralizar en lo posible los servicios de atención de salud y aumentar el uso de las CBO. Los servicios de rehabilitación, por ejemplo, se están trasladando hacia las comunidades de modo que los clientes puedan recibir tales servicios cerca de su sitio de residencia. Los individuos y los grupos también pueden brindar la atención fuera de los consultorios privados. Las organizaciones para la conservación de la salud y las organizaciones de proveedores preferidas por los usuarios también apoyan la atención de salud al reunir a un número de medios o practicantes, para juntos brindar atención en salud con la intención de reducir los costos.

TÉCNICAS PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

La gestión para la atención de salud es un fenómeno complejo. Las variables incluyen: (1) la mezcla de los problemas de los clientes, (2) las expectativas del público respecto a la atención, (3) la idoneidad de los profesionales, (4) los principios aceptados para la atención y (5) el uso de planes de atención interdisciplinaria (PAI) o planes de acción. Las técnicas para la gestión de la atención se desarrollan y modifican de acuerdo con los cambios de los problemas en la atención de salud y la manera como las poblaciones deciden adjudicar sus recursos.

Mezcla de los problemas de los clientes

La mezcla de los problemas de los clientes puede requerir un grado siempre variable en cuanto a la intensidad de los servicios necesarios. Algunos clientes individuales de la comunidad requieren soporte total mientras otros necesitan sólo una mínima intervención para garantizar el afrontamiento de sus vidas. Las enfermeras comunitarias deben realizar evaluaciones diarias de sus casos para decidir cuáles clientes precisan una visita, cuáles necesitan una llamada telefónica de apoyo y cuáles requieren un nivel diferente de atención que quizá incluya una remisión y coordinación.

Cuando la mezcla de clientes incluye familias y grupos de personas, como sucede en los grupos de apoyo, los proveedores de la atención tienen un cúmulo más diverso de casos y confrontan una variedad más amplia de problemas humanos. Por ejemplo, la enfermera de salud comunitaria que atiende a una familia que experimenta discusiones domésticas probablemente manejará un complejo plan de atención. Los clientes con problemas de discordias domésticas necesitan servicios especiales de intervención y consejería psicosocial.

La unidad familiar precisa un tipo muy diferente de atención a las intervenciones dirigidas a los individuos. En las situaciones de violencia doméstica, toda la familia requiere atención y apoyo. Los grupos de personas que se reúnen por un motivo común, igual que un grupo de alcohólicos anónimos, tienen necesidades colectivas, pero el grupo requiere diversas intervenciones de modo que todos los miembros puedan participar. En ocasiones, la atención de enfermería se presta a los grupos de personas para economizar tiempo (proporcionando simultáneamente instrucciones similares a muchos individuos), y a veces esto se hace porque las

personas se sienten más capaces de participar en su curación al contar con el respaldo del grupo. Algunos grupos de apoyo contra el cáncer son fundados con la idea de que las personas con problemas similares se encuentran mejor capacitadas para ayudar a los supervivientes del cáncer a enfrentar sus vidas.

Expectativas del público respecto a la atención

El deseo del público respecto a los servicios de atención de salud es un aspecto importante en la gestión de la atención. Por ejemplo, antes de la aparición de la diálisis, las personas tenían menos expectativas sobre la atención a largo plazo de los clientes con enfermedad renal que las que tienen actualmente. Las recientes tendencias que apoyan el consumismo y hacen de la consejería nutricional y la información sobre la pérdida de peso una gran prioridad, estimulan al público a esperar este tipo de información de parte de sus proveedores de la atención.

A menudo, la publicidad muestra a los clientes lo que deberían esperar de los proveedores de atención de salud. La competencia publicitaria con frecuencia presenta la idea de que un servicio especial en realidad corresponde a un servicio normal. Esto sugiere que las organizaciones que carecen de ese servicio especial están mal calificadas. Algunos servicios obstétricos de lujo son presentados como un beneficio que la nueva familia debería esperar, lo que implica que los hospitales que no cuentan con tal servicio no están cubriendo el servicio básico requerido por la nueva familia.

Algunas personas evitan el sistema de atención de salud porque temen a los proveedores, no confían en que la atención que reciben sea adecuada o han tenido una mala experiencia con su atención en el pasado. El principal problema de esta situación es que el cliente evita el sistema de atención hasta que la enfermedad o el problema ha progresado tanto que se puede hacer poco o nada para corregirlo.

El reto para los proveedores de atención en salud consiste en ayudar al público a esperar un grado razonable de atención, dado que una atención ilimitada ya no corresponde a la realidad. Incluso la confianza en la seguridad de los servicios de atención de salud por parte de las personas que no están aseguradas o se encuentran deficientemente aseguradas, viviendo en la pobreza o discapacitadas, está siendo actualmente cuestionada. Además, la sociedad estadounidense no ha definido la *atención intrascendente*; muchas personas reciben atención que no les ayuda a ser más saludables. Algunos clientes son mantenidos mediante equipos de soporte vital de alta tecnología mucho tiempo después de que esto resulta útil.

Idoneidad de los profesionales

La idoneidad de los profesionales afecta la gestión de la atención. Las enfermeras deben ser competentes tanto en los aspectos teóricos como técnicos de la atención. Los proveedores de la atención deben ser hábiles en los temas relacionados con el reembolso capitalizado, por ejemplo, ser absolutamente capaces de manejar de manera efectiva la atención desde una perspectiva económica. Los proveedores de la atención requieren habilidades específicas en la negociación, la supervisión y el establecimiento de convenios colectivos, por mencionar unos pocos.

En forma similar, dado el elevado nivel de progreso en algunos servicios de atención domiciliaria, las enfermeras deben desarrollar las más novedosas habilidades técnicas en áreas tales como la terapia de infusión intravenosa en el hogar, el uso de respiradores, la administración de diálisis peritoneal y el manejo de regímenes medicamentosos complejos para encontrarse en capacidad de prestar la atención en una forma segura.

Cada miembro del equipo interdisciplinario aporta variados niveles de habilidades para la atención física, emocional, espiritual y cultural de los clientes; en conjunto, el equipo es capaz de brindar una atención integral a la comunidad. El adecuado funcionamiento del equipo interdisciplinario sugiere que el equipo constituido —y no necesariamente cada uno de sus miembros— tiene las habilidades y los conocimientos necesarios para manejar las complejas situaciones de los clientes.

Principios aceptados para la atención

Cada disciplina de atención de salud desempeña su trabajo siguiendo los principios aceptados para la misma. La American Nurses Association (ANA) establece los principios generales para la atención de salud correspondientes a la profesión de enfermería, mientras la ANA junto a organizaciones especializadas, tal como la Asociación de Enfermeras para la Atención del Sida, decreta los principios para la práctica especializada y avanzada. Legalmente, el acta estatal para la práctica de la enfermería fija los parámetros de atención de enfermería aceptados en su jurisdicción. Es preciso que las enfermeras se ciñan a los principios de la atención basada en la comunidad que son adaptados para la atención domiciliaria, la salud escolar, la salud pública y la práctica privada. Las enfermeras que trabajan en la comunidad tienen la oportunidad de compartir sus inquietudes sobre la atención con sus discípulos y las asociaciones profesionales, de tal modo que los principios de la atención reflejan la práctica contemporánea. La National League for Nursing, el Council for Community Health Services y la Public Health Nursing, sección de la American Public Health Association, están comprometidas en la solución de los problemas que se presentan en la práctica basada en la comunidad mediante las discusiones entre sus respectivos miembros.

Uso de planes de atención interdisciplinaria (PAI) o planes de acción

Los PAI o planes de acción influyen sobre la gestión de la atención al establecer expectativas mínimas para los desenlaces o respuestas de los clientes a las intervenciones de la atención. Estos planes intentan valerse de la respuesta más general o típica a las intervenciones con objeto de acelerar el traslado de un nivel más alto de atención a un nivel inferior. Por ejemplo, un cliente puede ser dado de alta del hospital para regresar a su hogar o la enfermera de la atención domiciliaria puede cambiar el nivel de atención dependiente de un cliente por un nivel de mayor autosuficiencia e independencia.

Los PAI establecidos no son útiles para todos los clientes. Las personas responden a la atención de maneras únicas o inesperadas y pueden necesitar un plan personalizado de atención. Es importante recordar que cada uno de los clientes debe evaluar continuamente el plan de atención con la enfermera para confirmar si se ajusta a cualquier PAI preestablecido. Cada proveedor tiene la responsabilidad legal de planear y suministrar una atención que cubra las necesidades especiales de los clientes.

Planes de atención interdisciplinaria (PAI). Estos planes son normas para brindar una atención interdisciplinaria que cubra las necesidades de la mayoría de las personas sometidas a un procedimiento o que padecen una enfermedad. A veces los clientes tienen necesidades particulares que no son cubiertas por los PAI. Los profesionales deben individualizar la atención siempre que sea necesario.

INFLUENCIAS SOBRE LAS DECISIONES PARA LA ADJUDICACIÓN DE LOS RECURSOS

Diversas variables influyen la manera como son tomadas las decisiones respecto a la adjudicación de los recursos. Éstas incluyen: (1) los patrones para la adjudica-

ción de recursos, (2) los valores y las creencias de la población, (3) la confianza en la financiación del Gobierno local, regional y nacional, (4) la influencia de los grupos de interés especial sobre la adjudicación de recursos y (5) los patrones de cubrimiento del seguro. En toda comunidad, una o más de estas variables pueden influir simultáneamente sobre las decisiones para la adjudicación de los recursos.

El resurgimiento de la tuberculosis (TBC) en Estados Unidos señala la importancia de diversas influencias en la adjudicación de los recursos. En ciertas áreas urbanas centrales puede no existir una cantidad adecuada de fondos asignados para la prevención y el tratamiento de la TBC. Las personas que controlan los fondos pueden considerar que la gente que vive en la pobreza y tiene la enfermedad, no merece tratamientos costosos. Pueden existir desigualdades en la financiación gubernamental porque otras enfermedades compiten por el presupuesto. Las compañías de seguros pueden no costear la terapia de observación directa (TOD) -la cual consiste en observar a las personas ingerir los medicamentos—, puesto que lo consideran demasiado costoso en ciertas situaciones.

Patrones para la adjudicación de recursos

Cada comunidad tiene un patrón para la asignación de los recursos. Las comunidades pensionadas adjudican los recursos en forma diferente que los agregados de familias jóvenes. Una de las reglas para las enfermeras y otros miembros del equipo interdisciplinario está relacionada con informar constantemente a la comunidad sobre las necesidades no satisfechas en otras partes de la misma. Por ejemplo, una comunidad que no valora los servicios de rehabilitación puede requerir educación sobre la importancia de tales servicios antes de decidir si los desea o necesita.

Valores y creencias de la población

Los valores y las creencias de las personas determinan los tipos de servicios relacionados con la salud que ellas desean. Por ejemplo, una comunidad amish estrecha y aislada tiene diferentes necesidades de servicios de salud que una gran comunidad hispana metropolitana. Se podría esperar que algunas poblaciones con creencias religiosas tradicionales tuvieran diferentes requisitos para los servicios de planificación familiar que los grupos que valoran los diversos métodos artificiales para el control de la natalidad.

Las poblaciones son diversas y representan múltiples valores y creencias culturales. La enfermera de salud comunitaria debe descubrir y aprender distintas creencias sin apoyar estereotipos negativos. Las enfermeras aprenden creencias diferentes a las propias leyendo sobre otras culturas, y viviendo y trabajando con otros grupos de personas. La diversidad se encuentra entre los distintos grupos culturales y dentro de los grupos mismos. La mayoría de los grupos tienen miembros que son conservadores y liberales en cuanto a su interpretación de los valores y las creencias del grupo general.

Confianza en la financiación gubernamental local, regional y nacional

Las comunidades que reciben grados variables de financiación gubernamental para los programas relacionados con la salud adjudican los recursos en forma

diferente que las comunidades que costean todos los servicios para la atención de su salud. Los hospitales públicos subsidian aproximadamente 70 por ciento de la atención de hospitalización y 50 por ciento de la atención ambulatoria (Rovner, 1996).

Las reformas en la financiación estatal podrían ocasionar grandes cambios en los servicios ofrecidos a ciertas comunidades que subsidian los costos de atención de salud con los aportes públicos. Cada estado difiere en la forma como provee los fondos o los servicios que las personas no pueden costear. Las comunidades locales ofrecen los servicios por el cobro de los impuestos sobre las propiedades o bienes vendidos. La situación en Estados Unidos es diferente de otros países puesto que no tiene una integración entre los sectores nacional-estatal-local de los servicios de salud garantizados a sus ciudadanos. Estados Unidos proporciona muchos servicios para la atención de salud que no siempre están integrados (National Association of County Health Officers, 1993; U.S. Department of Health and Human Services, 1994).

Influencia de los grupos de interés especial

Los grupos de interés especial son aquellos que utilizan su influencia para obtener los servicios que desean. Por ejemplo, cierto grupo político puede desear un mayor número de servicios para la atención cardíaca aguda mientras limita los servicios reproductivos para la mujer. Una de las preocupaciones respecto a los grupos de interés especial es que ellos defienden los servicios para un grupo a expensas de las necesidades de otro.

La planeación de atención de salud puede tornarse inconsistente y caótica cuando se adoptan intereses especiales sin considerar las necesidades de toda la comunidad. Los clientes pertenecientes a diferentes grupos étnicos o con diferentes diagnósticos no deberían competir por los recursos para la atención. ¿Deberían estos recursos estar dirigidos a los clientes de la unidad de cuidados intensivos neonatales o a la unidad geriátrica de cuidado intermedio? ¿Desea la sociedad enfocar su atención en las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o con enfermedad de Alzheimer? No existen respuestas fáciles para estas preguntas.

Los defensores de los indigentes, los reclusos y los física y mentalmente comprometidos señalan que con frecuencia sus necesidades no son tenidas en cuenta cuando el público toma las decisiones sobre la atención de salud. Los grupos defensores, otro tipo de grupos de interés especial, existen para ayudar a los grupos menos favorecidos a tener un voto y lograr que sus necesidades sean satisfechas. Durante su experiencia frente a la salud y la enfermedad, la enfermera de salud comunitaria defiende diferentes tipos de clientes en distintos momentos. Las enfermeras defienden a otras enfermeras al hacer antesala política para proteger la legislación relacionada con su ejercicio profesional.

Patrones de cubrimiento del seguro

La influencia del pago a un tercero por la atención de salud en lo que se refiere a quienes tienen acceso a los servicios de atención de salud constituye un tema complejo. Cada vez más, grandes segmentos de la población se encuentran deficientemente asegurados o carecen de un seguro. El cubrimiento del seguro no constituye un problema sólo para las personas desempleadas. Muchas de las personas que laboran no reciben los beneficios de atención de salud o tienen contra-

tos temporales tales que no cubren la atención de salud u otros beneficios. Algunos trabajadores en Estados Unidos son residentes indocumentados que resultan imposibles de afiliar a un seguro.

El porcentaje de personas menores de 65 años de edad con seguros privados de salud disminuyó de 77 por ciento a 72 por ciento entre 1986 y 1992. En este mismo periodo, el número de personas que carecen de un seguro aumentó de 15 por ciento a 17.2 por ciento (U.S. Department of Health and Human Services, 1995, pp. 9, 10). Dado que el negocio de los seguros está basado en la recompensa económica de mantener sanos a los asegurados y conservar bajo el riesgo de pago de los beneficios, el número de individuos no asegurados continúa en aumento.

*V*ALIDACION DE LOS SERVICIOS POR PARTE DEL CLIENTE

Es importante reconocer que la medición de los resultados relacionados con la salud depende de la respuesta de los individuos a las intervenciones asociadas con la misma. El cambio conceptual de considerar a las familias, los grupos y los grandes agregados como los clientes de la atención de enfermería, permite una visión más integral de tal atención, pero la medición de estos resultados es difícil. La mayoría de los instrumentos para la evaluación están relacionados con la atención individual (U.S. Department of Health and Human Services, 1994; Stanhope y Knollmueller, 1996).

Las familias, los grupos y los agregados más grandes reciben la atención de enfermería y su salud puede mejorar o estabilizarse. Sin embargo, las técnicas necesarias para medir el bienestar de los agregados no siempre se encuentran disponibles para las enfermeras u otros proveedores de la atención. Por ejemplo, una intervención familiar para ayudar a todos los miembros a enfrentar una muerte inesperada tiene la intención de mejorar el funcionamiento de la unidad familiar. La enfermera podría esperar ver las mejoras en la comunicación a medida que la familia supera la experiencia de la muerte. No obstante, el instrumento para medir tales mejoras no se encuentra fácilmente disponible para la enfermera de salud comunitaria. Algunas de las pocas áreas donde la medición del estado de salud del agregado tiene éxito son las tasas de inmunización, el seguimiento de las enfermedades transmisibles y el control prenatal.

Uno de los problemas inherentes a los clientes que negocian los servicios para la atención de su salud es que pueden no saber qué servicios necesitan. Los clientes pueden tener necesidades de atención de salud no satisfechas o no reconocidas porque no están familiarizados con los servicios que se encuentran disponibles. Es responsabilidad del proveedor de atención de salud mantener a los consumidores informados sobre sus opciones para la atención de salud y crear enlaces entre los proveedores y los consumidores.

*E*XPERIENCIA DE LA ENFERMERA/EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Mejorar la salud de la comunidad requiere la intervención de muchas disciplinas relacionadas con la misma. La enfermería como disciplina constituye por tanto una contribución significativa -pero no aislada- para el mejoramiento de la salud del público. La enfermería debe mejorar continuamente su capacidad para trabajar con otros miembros del equipo de modo que la atención pueda ser suministrada en forma integral. La habilidad de los miembros del equipo para proporcionar una atención integral debe enfocarse sobre la atención para que sea disponible,

accesible, costeable, conveniente, adecuada y aceptable (Ferebee, 1994; Krout, 1994; Lillie-Blandón y Alfaro-Corra, 1995).

En la comunidad, las habilidades y el conocimiento de las enfermeras así como las habilidades de otros miembros del equipo interdisciplinario varían desde el novato hasta el experto. El equipo está compuesto tanto por miembros recién graduados como por experimentados, constituyendo un buen equipo aquel en el cual los miembros son capaces de trabajar participativamente en la solución de los problemas y la satisfacción de las necesidades de los clientes.

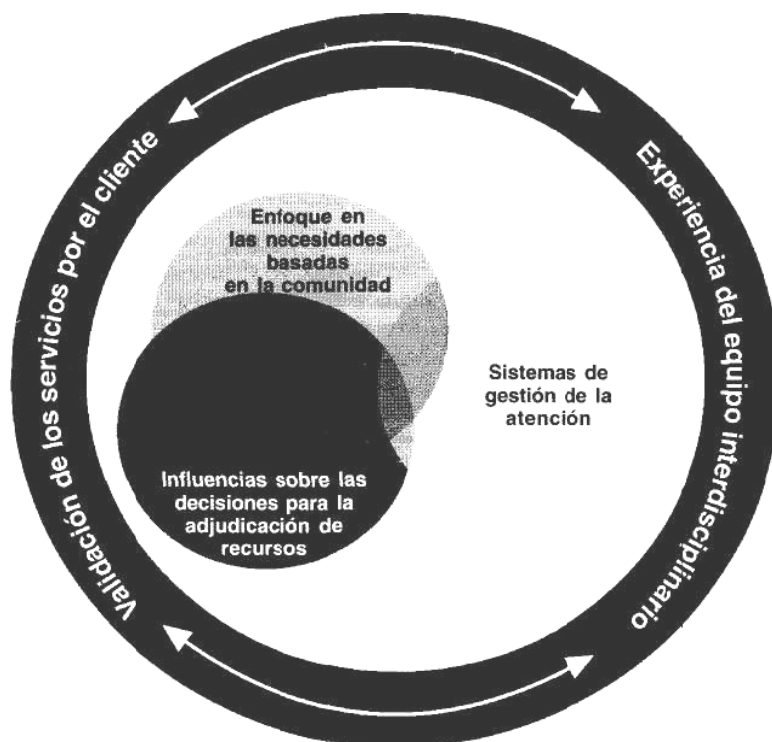
IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DURANTE LA EVALUACIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA

Durante la continua evaluación de la salud comunitaria pueden identificarse las deficiencias en distintas áreas. La figura 5-4 representa un ejemplo de un problema en la integración de los sistemas de la gestión de atención. En la figura 5-4, el problema no está relacionado con un déficit en la evaluación de los aspectos que afectan a los sistemas para la gestión de la atención, sino más bien con un déficit en el modo como esta esfera se integra con las otras dos áreas.

La siguiente situación refleja un problema en la integración de los sistemas para la gestión de la atención según lo esquematizado en la figura 5-4. En este caso ficticio, el cambio en un área de interés transforma la totalidad del sistema. El cambio en la gestión de la atención ocasionado por el cierre de un hospital afecta la alianza existente entre los clientes que utilizan la instalación y los proveedores que cuidan de ellos.

FIGURA 5-4

Un problema en la integración de sistemas de gestión de la atención.



*E*STUDIO DE CASO: EL CIERRE DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS:

UNA DECISIÓN POLÍTICA

Las necesidades de la salud comunitaria son cuidadosamente evaluadas en forma continua por el departamento de salud comunitaria en una red de hospitales públicos en el medio oeste. La decisión política de cerrar ciertos hospitales públicos llegó después de un largo y muy publicitado periodo de debate público. Muchas personas en la comunidad consideran que quienes se encuentran médicamente desprotegidos, no fueron tenidos en consideración al decidir el cierre de estas instituciones a pesar de depender de los hospitales públicos para su atención.

El cierre inesperado de estos hospitales hizo que el sistema de gestión de la atención se apartara por completo de las necesidades basadas en la comunidad y de las influencias para la adjudicación de los recursos. Las instalaciones restantes relacionadas con la salud fueron incapaces de cubrir las necesidades de atención de las personas que no podían costear este servicio.

Se esperaría que su reintegro se produzca cuando se desarrollen otros sistemas de gestión de la atención o cuando otras organizaciones relacionadas con la salud se adapten al cierre inesperado de los hospitales y presten la atención necesaria.

*R*ESUMEN

El enfoque sobre el Modelo de Alianza para la Evaluación de la Salud Comunitaria sugiere que el proceso de dicha evaluación es dinámico e interminable. Las enfermeras del equipo interdisciplinario están siempre replanteando su relación con el cliente mientras el cliente hace lo mismo con la enfermera o el equipo. Trabajar conjuntamente permite el seguimiento continuo de las necesidades centradas en la comunidad, los sistemas para la gestión de la atención y las influencias para las decisiones concernientes a los recursos.

Un Modelo de Alianza para la Evaluación de la Salud Comunitaria permite una completa participación de parte de los profesionales y el público al crear, utilizar y modificar los servicios para la atención de salud. Este modelo integral promueve igual énfasis y atención para las necesidades centradas en la comunidad, los sistemas de gestión de la atención y las influencias que afectan las decisiones relacionadas con la adjudicación de los recursos. Ninguna de estas tres áreas de interés puede ser omitida en la evaluación integral de la salud comunitaria. El sitio de superposición entre estas áreas sugiere su grado de integración. La comunidad sana está representada por una máxima superposición entre las mismas.

El círculo exterior del modelo sugiere la importancia recíproca entre la validación de los servicios por parte del cliente y la experiencia de la enfermera/equipo interdisciplinario. Los clientes con un completo conocimiento sobre su salud y capacidad para manejar su atención tienen mayor éxito al negociar con la enfermera/equipo interdisciplinario. Aunque en ocasiones las enfermeras trabajan solas con los clientes, la mejor relación o alianza de trabajo con éstos está representada por un equipo interdisciplinario. (Ver en el apéndice del capítulo las pautas para la recolección de los datos en el instrumento "Alianza para la salud: un modelo para la evaluación comunitaria", que puede ser utilizado para la evaluación de una comunidad).

PALABRAS CLAVE

Alianza cliente-proveedor
de la atención

Organizaciones para la
conservación de la salud (OCS)

Organizaciones de proveedores
preferidas (OPP)

Planes de atención interdisciplinaria

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la *mejor* respuesta para cada una de las siguientes preguntas.

1. Cuando la enfermera de salud comunitaria principiante enfrenta un problema en la comunidad, lo mejor que puede hacer es:
 - A. Trabajar en forma independiente a menos que el problema empeore.
 - B. Buscar en otros proveedores de la atención la ayuda para la solución del problema según sea necesario.
 - C. Remitir inmediatamente el problema a una enfermera de salud comunitaria más experimentada.
 - D. Notificarlo a los líderes auxiliares de la comunidad para conocer sus opiniones.
2. Las necesidades y los problemas de una comunidad saludable:
 - A. Cambian continuamente.
 - B. Usualmente son bastante predecibles.
 - C. Se resuelven con facilidad.
 - D. Son constantes en el transcurso del tiempo.
3. ¿Cuál de las siguientes fuentes de información NO se relaciona con la medición de las necesidades basadas en la comunidad?
 - A. Inquietudes ambientales.
 - B. Estética.
 - C. Expectativas respecto a la atención.
 - D. Datos demográficos.
4. ¿Qué variable demográfica sería más difícil medir?
 - A. Ingreso familiar.
 - B. Tasa de nacimientos prematuros.
 - C. Causas de muerte.
 - D. Número de indigentes.
5. El mayor incremento en el número de instalaciones relacionadas con la salud se presenta en:
 - A. Las organizaciones basadas en la comunidad (OBC).
 - B. Los hospitales.
 - C. Los departamentos de salud pública.
 - D. Las residencias para ancianos.
6. ¿Con cuáles de los siguientes clientes serían mejor utilizados los planes de atención interdisciplinaria (PAI)?
 - A. Un niño de 12 años con una fractura del brazo y un peso normal.
 - B. Un anciano de 87 años con angina inestable y demencia.
 - C. Una mujer de 45 años con trauma de tórax y antecedentes de una salud deficiente.
 - D. Un recién nacido con dificultad respiratoria después de un parto domiciliario.
7. Una enfermera de salud comunitaria trabajando en una gran comunidad judía ortodoxa esperaría encontrar limitaciones en los servicios integrales dirigidos a:

- A. La atención coronaria para los hombres.
- B. Los ancianos.
- C. La salud reproductiva de las mujeres.
- D. Los lactantes y los niños.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es B.* Buscar la ayuda de otros proveedores de la atención inicia el proceso para la formación de un equipo de enfermeras y otros profesionales.
2. *La respuesta es A.* Los problemas se modifican tanto como la comunidad y cambian con la comunidad a medida que ésta se desarrolla.
3. *La respuesta es C.* Las expectativas de las personas sobre la atención están relacionadas con las técnicas para la gestión de la atención incluidas en el Modelo de Alianza para la Evaluación de la Salud Comunitaria
4. *La respuesta es D.* No se ha efectuado un esfuerzo organizado para realizar el recuento del número de personas indigentes a través del censo nacional u otras actividades para la recolección de datos.
5. *La respuesta es A.* Las organizaciones basadas en la comunidad (OBC) se están expandiendo rápidamente por todo el país.
6. *La respuesta es A.* El plan de atención interdisciplinaria (PAI) tiene mejor aplicación en las situaciones que tienen desenlaces más predecibles.
7. *La respuesta es C.* Los valores y las creencias de la comunidad podrían limitar los servicios disponibles para la atención reproductiva tales como el aborto y la inseminación artificial.

REFERENCIAS COMENTADAS

Anderson, E. T., & McFarlane, J. M. (1996). *Community as partner: Theory and practice in nursing* (2ª ed.). Filadelfia: Lippincott.

Este texto examina las relaciones potenciales entre las enfermeras y los clientes como socios para la creación de soluciones de los problemas relacionados con la salud.

Ferebee, A. (1994). *Providing culturally appropriate services: Local health departments and community-based organizations working together*. Washington, DC: Asociación Nacional de Oficiales de Salud del Condado.

Los servicios culturalmente adecuados son identificados por las comunidades de Honolulu, HI; el condado Howard, MD, y el condado de San Luis Obispo, CA. La utilización del entrenamiento para el liderazgo y el trabajo interpersonal con los líderes comunitarios sugiere la obtención de mejores resultados al finalizar los proyectos.

Krout, J. A. (Ed.). (1994). *Providing community-based services to the rural elderly*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Las necesidades de los ancianos son revisadas en este texto en cuanto se relacionan con las especiales necesidades de este grupo de edad para la obtención de la atención centrada en la comunidad.

Lillie—Blandón, M. & Alfaro-Correa, A. (1995). *In the nation's interest: Equity in access to health care*. Washington, DC: Centro Conjunto de Estudios Políticos y Económicos.

Este sumario examina las necesidades de salud de los hispanos y los afroamericanos. Múltiples cifras reportan los indicadores de la salud para ambas razas. Algunos de los temas de

las cifras incluyen el número de consultas médicas, los gastos médicos, el porcentaje de la población carente de seguro y las fuentes inusuales de atención.

National Association of County Health Officials. (1993). *Corepublic health functions*. Washington, DC: Autor.

Este documento identifica como principales funciones de la salud pública la evaluación del estado de salud de la comunidad y los recursos disponibles, el desarrollo de políticas que impliquen propuestas para apoyar y fomentar la salud y la confirmación de que los servicios necesarios se encuentren disponibles.

Rovner, J. (1996). The safety net: What's happening to health care of last resort? *Advances* (suplemento), (1), 1, 4.

Este informe de la Fundación Robert Wood Johnson identifica los problemas en el concepto de una red de seguridad para la atención de salud. Explora los problemas potenciales de un grupo creciente de personas que carece de cubrimiento de seguros.

Stanhope, M., & Knollmueller, R. N. (1996). *Handbook of community and home health nursing* (2ª ed.). Mosby: Nueva York.

Este texto integral brinda los instrumentos para la evaluación de los individuos, las familias y las comunidades. Los instrumentos de evaluación se enfocan sobre diversas edades y diagnósticos. Las extensas guías se refieren a la nutrición, los primeros auxilios y los procedimientos de urgencias, así como a procedimientos realizados en el hogar.

U. S. Department of Health and Human Services (1994). *Prevention '93/'94: Federal programs and progress*. Washington, DC: Autor.

Este documento explica el esfuerzo nacional de Healthy People 2000. Identifica los servicios y las soluciones propuestas para los problemas correspondientes a todas las unidades del Public Health Service, la Administration on Aging, la Administration for Children and Families y la Health Care Financing Administration.

U. S. Department of Health and Human Services (1994). *Clinician's handbook of preventive services*. Washington, DC: Autor.

Este libro identifica las inquietudes sobre la detección, inmunización/profilaxis y consejería para niños, adolescentes, adultos y ancianos.

U. S. Department of Health and Human Services. (1995). *Healthy People 2000: Midcourse review and 1995 revisions*. Hyattsville, MD: Autor.

Healthy People 2000 identifica las metas de salud del U.S. Department of Health and Human Services.

ALIANZA PARA LA SALUD: UN MODELO DE VALORACIÓN COMUNITARIA PAUTAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Nombres y disciplinas de los miembros del equipo

[illegible]

POR FAVOR, REGISTRE EN TODAS LAS SECCIONES LA FECHA Y HORA DE LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS ASÍ COMO LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS. *Las preguntas de cada área de evaluación corresponden sólo a ejemplos; los equipos pueden tener preguntas adicionales.*

Descripción de la comunidad. En esta descripción incluya fotografías, artículos de periódicos y comentarios directos de los residentes. Omita los nombres a fin de proteger su confidencialidad.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Impresiones diagnósticas sobre la comunidad. Escriba las impresiones diagnósticas una vez concluida la valoración.

Énfasis en las necesidades basadas en la comunidad

(1) Patrones de morbilidad y mortalidad. ¿Cuáles son las principales causas de muerte y discapacidad? ¿Por qué consultan las personas? ¿Existen en la comunidad patrones inusuales de enfermedad y muerte?

(2) Datos demográficos. ¿Cuáles son las características de la comunidad en cuanto a edad, sexo, educación, ingreso y tipos de vivienda disponibles? ¿Ha cambiado la demografía en los últimos 5 a 10 años?

(3) Inquietudes ambientales. ¿Qué aspecto ofrece la comunidad? ¿Qué clase de problemas ambientales podrían ocasionar accidentes o enfermedades? ¿Existen en la comunidad áreas en las cuales la movilización de las personas se encuentra restringida debido a la contaminación?

(4) Servicios públicos. ¿Qué clase de servicios públicos (bomberos, policía, saneamiento, educación, recreación y deportes) existen en la comunidad? ¿Cuáles precisan mejoras? ¿Qué concepto tienen las personas respecto a la calidad de estos servicios?

(5) **Estética.** ¿Qué tipo de manifestación artística, musical, cultural y religiosa se encuentra reflejada en la comunidad? ¿Existen variaciones en la estética relacionadas con las distintas generaciones?

(6) **Instituciones relacionadas con la salud.** Describa las diferentes instituciones relacionadas con la salud: hospitales, OBC, instalaciones para la atención subaguda y de custodia, instituciones de salud pública y organizaciones de atención domiciliaria. ¿Cuál es la tasa de respuesta a los servicios médicos de urgencia? ¿Cómo calificaría tales instituciones respecto a las siguientes características: disponibilidad, accesibilidad, costeabilidad, idoneidad, factibilidad y aceptación?

Técnicas para la gestión de la atención

(1) **Mezcla de problemas de los clientes.** ¿Cuáles son los patrones de morbilidad y mortalidad de la comunidad en cuanto a su relación con la utilización de los recursos? ¿Es la comunidad un imán para ciertos tipos de atención que pueden influir sobre el grado de cuidado que otras personas reciben? Por ejemplo, ¿está tan congestionado el hospital local por los casos de trauma que otros hospitales no reciben que el tratamiento de urgencias no se brinda en forma oportuna?

(2) Expectativas del público respecto a la atención. ¿Desean las personas de la comunidad una atención que no se ofrece? ¿Observan ellas desigualdad entre quienes reciben los servicios?

(3) Aptitud de los profesionales. ¿Cómo definen los proveedores de la atención de salud (PAS) la clase de atención prestada a la comunidad? ¿Qué mecanismos se encuentran disponibles para evaluar la atención suministrada en la comunidad?

(4) Estándares aceptados de atención. ¿Cómo se fijan los criterios relacionados con la atención en la comunidad? ¿Siguen los PAS las pautas establecidas por sus organizaciones profesionales?

(5) Uso de planes de atención interdisciplinaria (PAI) o planes de acción. ¿Cuáles PAI son utilizados en la comunidad? ¿De qué modo aprenden los PAS a utilizar los PAI con seguridad? ¿Qué disciplinas están involucradas en el uso de los PAI?

Influencias sobre las decisiones para la adjudicación de los recursos

(1) Patrones de adjudicación de recursos. ¿Cuáles son las influencias sobre la adjudicación de recursos? ¿Cómo ha asignado esta comunidad los recursos en el pasado? ¿Existe un plan para la adjudicación de recursos relacionado con la prestación de la atención de salud?

(2) Valores y creencias de la población. ¿Cuáles son los valores y las creencias de la comunidad relacionados con la salud y la enfermedad?

(3) Confianza en la financiación del gobierno local, regional y nacional. ¿De qué manera confía la comunidad en la financiación gubernamental de los servicios de atención de salud? ¿Cuáles son las fuentes alternas de financiación de la comunidad?

(4) Influencia de los grupos de interés especial sobre la adjudicación de recursos. ¿Qué grupos de interés especial existen en la comunidad? ¿Cómo influyen éstos en las decisiones respecto a la atención de salud?

(5) Patrones de cobertura del seguro. ¿Cuál es la composición de la población en cuanto a la cobertura de los seguros?

Validación de los servicios por parte del cliente

¿Cuál es el proceso para involucrar al consumidor en la toma de decisiones relacionadas con la atención de salud? ¿Existen suficientes representantes de los pacientes/clientes trabajando en las instituciones? ¿Existen servicios de defensoría para los clientes en las agencias proveedoras de la atención?

Experiencia de la enfermera/equipo interdisciplinario

¿Cómo se orientan los proveedores de la atención respecto a sus responsabilidades laborales? ¿Qué tipos de servicios de educación continuada se encuentran disponibles para los PAS?

[illegible]

Evaluación del proyecto de valoración comunitaria

Finalizado el proyecto de valoración comunitaria, ¿cuáles fueron los beneficios del mismo respecto a los recursos personales del grupo/equipo de trabajo?

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

P A R T E

2

LA COMUNIDAD COMO CLIENTE





NATURALEZA Y TIPOS DE COMUNIDADES

Todos los esfuerzos de la enfermera de salud comunitaria están encaminados a mejorar, proteger y conservar la salud de la comunidad. La comunidad es el foco de toda la atención prestada por ella, ya sea que involucre a un individuo, una familia, un agregado o la comunidad en general.

La comunidad es el contexto en el cual ocurren las interacciones entre los individuos y su ambiente. Una comunidad no necesariamente está delimitada por límites geográficos, aunque tiene definición y función. Este capítulo explora la naturaleza de la comunidad, la cual se define desde diversas perspectivas. Cada perspectiva permite a la enfermera de salud comunitaria apreciar las múltiples dimensiones de la comunidad. A medida que la enfermera se familiariza con éstas, se hace posible mirarla y considerarla como un cliente. De este modo, la enfermera se convierte en el proveedor de las interacciones e intervenciones hábiles e intencionadas con y para la comunidad. Pero antes, es importante definir a la comunidad y familiarizarse con la comunidad misma.

DEFINICIÓN DE COMUNIDAD

No existe una definición de comunidad que refleje idealmente su naturaleza y complejidad. Una comunidad se refiere a las personas en el contexto de su ambiente pues ellas interactúan continuamente entre sí y con el ambiente. Así como hay cientos de perspectivas para definir al ser humano también existen múltiples perspectivas para definir a una comunidad.

Anatomía y fisiología de una comunidad

Los seres humanos pueden ser analizados mediante una clara comprensión de su estructura básica (anatomía) y su función (fisiología). La anatomía del ser humano está relacionada con las partes o sistemas corporales, mientras su fisiología se refiere al funcionamiento de estas partes o sistemas. El corazón y el sistema circulatorio hacen parte de la anatomía básica del individuo, mientras la función del sistema cardiovascular consiste en la circulación de la sangre transportando oxígeno y nutrientes a los tejidos humanos. La anatomía de la comunidad se refiere a su estructura, la cual incluye a las personas y las características físicas de dicha comunidad. Las personas se definen según sus datos demográficos que incluyen edad, sexo, raza y otros parámetros. Las características físicas de la comunidad incluyen el terreno, la utilización del mismo para fines comerciales, residenciales e industriales, y los límites geográficos. La función de una comunidad se refiere al aprovechamiento de los recursos comunitarios por parte de los individuos, las asociaciones entre las personas y los recursos, y, finalmente, a los patrones particulares de las personas que viven en su ambiente.

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

Definición de comunidad
Resumen

La estructura y la función de una comunidad están representadas en el siguiente ejemplo. La estructura de una comunidad desierta está definida por los almacenes sellados, los colegios vacantes y las casas urgidas de reparación. Una comunidad no puede sostenerse a sí misma a menos que posea los recursos necesarios para la alimentación, protección, esparcimiento y educación; sin estos recursos vitales, las personas finalmente tendrán que reubicarse puesto que sus necesidades no han sido satisfechas. Otras se mantendrán a sí mismas del mejor modo posible, viviendo con privaciones. Otras incluso buscarán fuera de la comunidad las soluciones a sus necesidades. Por tanto, la vitalidad y la salud de la comunidad de este ejemplo están limitadas por la falta de disponibilidad de recursos para que las personas funcionen.

Observar las interacciones entre las personas y su ambiente, analizar la infraestructura esencial de la comunidad y decidir la utilización de los recursos constituyen formas para comprender la naturaleza de una comunidad. Utilizar el marco de la anatomía para aprender respecto a las personas y las características físicas de la comunidad, así como emplear los patrones relacionados con el aprovechamiento de los recursos para comprender su funcionamiento o fisiología, brinda una visión sobre la naturaleza de la comunidad.

Comunidades *Gemeinschaft* y *Gesellschaft*

Existen otras maneras para apreciar la complejidad y diversidad de una comunidad. Hace más de 100 años, Tönnies (1887; traducido por Loomis, 1957) definió las asociaciones humanas como *Gemeinschaft* y *Gesellschaft* en su naturaleza. Toda convivencia íntima, privada y exclusiva se conoció como vida en *Gemeinschaft*. Se consideró como *Gesellschaft* la vida pública o el mundo mismo. Extrapolando este marco sociológico y aplicándolo al estudio de las comunidades, es posible contrastar una comunidad *Gemeinschaft* con una *Gesellschaft*. Visualice a estas comunidades con una estructura horizontal (*Gemeinschaft*) enfatizando la localidad, o una estructura vertical (*Gesellschaft*) enfatizando el interés especializado. "Las relaciones en la comunidad *Gemeinschaft* son íntimas y directas, no discretas y fragmentadas... sus miembros están interesados en la integridad de la persona. En la comunidad *Gesellschaft*, la imagen dominante de la relación corresponde a la de un contrato, no a la rutina o la costumbre. La autoridad en tal sociedad está basada en las ideas legales, ideas racionales de consentimiento, voluntad y contratación. Las personas se relacionan con un sentido de obligación específica" (Hall y Weaver, 1977, p. 156).

Gemeinschaft. Término traducido del alemán como mutua participación comunitaria e interés común.

En una comunidad *Gemeinschaft*, los recursos comunitarios están estrechamente asociados y en gran proximidad unos con otros. Los proveedores y los consumidores están motivados por el interés común y la mutua participación. Los miembros necesitados de la comunidad pueden acceder y conseguir en forma más efectiva los servicios de la atención de salud y otros adicionales. Esto se logra porque en la comunidad existe un alto grado de cohesión y familiaridad. Los miembros de la comunidad *Gemeinschaft* se conocen entre sí. Por ejemplo, si la casa de una familia fuese destruida por el fuego, la familia sería atendida por la comunidad. La sinagoga o iglesia local solicitaría a sus miembros el suministro de un albergue de urgencia. Los vecinos se organizarían para desarrollar un sistema mediante el cual diariamente una familia suministraría los alimentos a la familia damnificada. La organización comunitaria escolar realizaría una contribución de sus fondos de emergencia con objeto de que la familia comprara los artículos personales. La comunidad *Gemeinschaft* es capaz de movilizar sus recursos en forma hábil y eficiente a través de una red de solidaridad. El grado de intimidad entre los miembros comunitarios se traduce en una respuesta comunitaria generalizada.

La comunidad *Gesellschaft* está caracterizada por la jerarquía, burocracia y una disposición vertical. La posición social, la categoría y la autoridad definen el poder en la comunidad. En una comunidad *Gesellschaft*, las acciones se consiguen a través de una estructura jerárquica e inevitablemente comprenden los trámites burocráticos y los periodos de espera. Los individuos no se conocen bien entre sí. Una familia damnificada por el fuego devastador puede recibir ayuda de una agencia de servicio social para su reubicación en un hotel temporal junto a otras personas que atraviesen situaciones similares. El hotel puede estar ubicado en un área no familiar, lo cual da lugar a una sensación de aislamiento. Estas personas pueden recibir asistencia pública para sus necesidades financieras o bonos alimenticios para obtener la alimentación de emergencia, pero sólo después de diligenciar los formularios pertinentes y verificar sus identidades. Durante los periodos de espera por el servicio, la familia puede no tener acceso al apoyo necesario.

En ambos tipos de comunidades se atienden las necesidades de la familia pero la experiencia es cualitativa y cuantitativamente diferente. La comunidad *Gemeinschaft* tiene una estructura organizacional horizontal en la cual los servicios disponibles se encuentran próximos y están relacionados entre sí. La presencia y la interrelación entre los servicios son las características que definen a la comunidad. Las asociaciones entre los miembros y los recursos crean una especie de organismo viviente caracterizado por la receptividad e igualdad. La comunidad *Gesellschaft* tiene una estructura organizacional vertical en la cual los servicios pueden estar distantes y ser superficiales. Esta comunidad se relaciona con recursos que se encuentran fuera de ella. Las asociaciones entre los miembros y los recursos son públicas y quizá más mecánicas y jerárquicas.

Para establecer si una comunidad funciona siguiendo el modelo *Gemeinschaft* o *Gesellschaft*, no se deben confundir las designaciones rural, suburbana, urbana, internacional o global. Es posible, por ejemplo, que una gran comunidad urbana funcione como una comunidad *Gemeinschaft*. La enfermera de salud comunitaria que realiza visitas domiciliarias en un vecindario urbano de alta criminalidad y riesgo puede sentirse segura y protegida mientras los miembros comunitarios atisban desde sus ventanas en un esfuerzo por protegerla durante sus visitas para atender a las personas que residen en el barrio. La "vigilancia comunitaria" crea un ambiente seguro y propicio en el cual la enfermera es valorada como una persona indispensable para ayudar a los necesitados. El mundo puede convertirse en una comunidad *Gemeinschaft* global a través de los medios y la comunicación masiva, permitiendo a los individuos ayudar a los niños de los países en desarrollo a luchar contra la enfermedad y el empobrecimiento. La *Gesellschaft* puede ser representada por una comunidad suburbana en la cual los miembros se sienten aislados en sus hogares, interactuando en raras ocasiones con los vecinos de las casas cercanas. Los miembros pueden comprar en almacenes grandes e impersonales ubicados en centros comerciales fuera de su comunidad y donde no son conocidos por los dependientes. La idea de aplicar las asociaciones *Gemeinschaft* y *Gesellschaft* a las comunidades puede ayudar a apreciar la diversidad de tipos y funciones comunitarias.

Gesellschaft. Término traducido del alemán como sociedad o compañía,

Tipología de las estructuras comunitarias

Reconociendo la naturaleza de los patrones interactivos en la comunidad, Warren (1977) brinda otro marco para analizarla. Warren considera el patrón de la comunicación, el tipo de liderazgo y las capacidades para tomar decisiones como características que identifican un tipo específico de comunidad. Warren desarrolló un

Clasificación de las comunidades según Warren

Comunidad	integral
Comunidad	parroquial
Comunidad	difusa
Comunidad	versátil
Comunidad	transitoria
Comunidad	anómica

La **tipología** es un sistema de clasificación. Los vecindarios son clasificados en diferentes tipos que representan el amplio espectro de patrones comunitarios de función e interacción social.

sistema de clasificación de las comunidades (o sea, una tipología) que define el liderazgo, la cohesión, la autosuficiencia y sus lazos con la comunidad o sociedad general. La variación entre las comunidades se explica a través de este sistema de clasificación que identifica las diferencias inherentes entre las comunidades o los vecindarios.

Warren ilustra seis tipos de comunidades que abarcan desde el cohesivo y organizado hasta el apático y desordenado. La naturaleza y el tipo de la comunidad influyen sobre las interacciones de la enfermera de salud comunitaria; por tanto, estos factores juegan un papel significativo en los servicios de salud suministrados. La prestación de servicios de salud efectivos a los individuos, las familias y los grupos por parte de la enfermera de salud comunitaria contribuye a la salud de la comunidad. La enfermera conocedora del tipo particular de comunidad es capaz de desarrollar una asociación con sus líderes, comunicarse de manera efectiva con sus miembros y planear la implementación de los programas indispensables para atender las necesidades.

Comunidad integral. Los individuos pertenecientes a la comunidad integral tienen contacto frecuente frente a frente. Las normas, los valores y las actitudes de los vecinos apoyan los de la comunidad general. Los vecinos son unidos aunque las personas también pertenecen a grupos por fuera de su área de residencia. Cuando surgen problemas que no pueden ser manejados internamente, los líderes de un vecindario integral ayudan a sus miembros a buscar colaboración. Un ejemplo de comunidad integral podría ser una pequeña comunidad rural en la cual los miembros participan a favor del pueblo. Esta es una comunidad activa y los miembros se conocen entre sí. Pertenecen a muchas organizaciones incluyendo juntas de acción comunal y asociaciones de padres y profesores (APP). Los miembros también pertenecen a algunos grupos que no están localizados en el vecindario. La comunidad integral corresponde a un vecindario muy abierto e interactivo (Warren, 1977).

En una comunidad integral la enfermera de salud comunitaria puede informar a la junta comunal respecto a una sustancia ambiental potencialmente peligrosa sobre la cual la comunidad debería ser advertida. La enfermera trabajaría entonces con la comunidad con objeto de desarrollar las estrategias para proteger a sus miembros. La comunidad integral discutiría activamente con la enfermera la solución de los problemas relacionados con la salud.

Comunidad parroquial. En la comunidad parroquial las personas también tienen contactos frente a frente pero existe una ausencia de valores o lazos con la comunidad general. Estos vecindarios tienden a proteger su condición, a menudo descartando los valores que no se ajustan a los propios y fortaleciendo dentro del vecindario sus propias creencias. Se propicia el aislamiento respecto a la comunidad general. Una comunidad parroquial puede estar unida, por ejemplo, por la cultura, las raíces étnicas o la religión. En los vecindarios parroquiales las poblaciones están física y administrativamente separadas del resto de la comunidad. Pese a la identificación positiva que puede producirse entre sus residentes, existe una débil orientación hacia la comunidad general. En ocasiones, los conflictos entre los valores y las metas del vecindario aislado y la comunidad general pueden producir un distanciamiento de ésta y cohibir la participación en funciones importantes para la misma (Warren, 1977).

En una comunidad parroquial, la enfermera de salud comunitaria se sensibiliza respecto a la posición protectora de los miembros después de determinar con cuidado el sistema de valores de la comunidad. Desarrollar un programa de salud que refleje los valores comunitarios es clave para lograr el éxito. Designar dentro

de la comunidad "repcionistas" que puedan emitir programas de salud e identificar las poblaciones de riesgo, constituye una estrategia importante. El respeto por la estructura de poder de la comunidad puede brindar a la enfermera el apoyo necesario para implementar los servicios de salud basados en la comunidad.

El recepcionista es un miembro poderoso de la comunidad que permite el acceso a las personas, la información y los recursos, y que controla la entrada, la salida y el movimiento dentro de la comunidad.

Comunidad difusa. En una comunidad difusa los individuos interactúan con escasa frecuencia entre sí y tienen pocos lazos con la comunidad general. Con frecuencia no existen normas, valores y actitudes compartidas. Un lazo primario entre sus miembros es la proximidad geográfica entre los mismos. Puede haber poco o ningún liderazgo en estas áreas y cuando éste existe, a menudo no es representativo de la comunidad general. Se puede encontrar una élite activa y una red organizacional las cuales tienden a ignorar o subvertir los valores de la mayoría de los residentes. Tal situación puede producir conflicto dentro del vecindario. Los programas de mejoramiento del vecindario pueden fallar debido a la ausencia de cohesión interna dentro del mismo y a la imprecisa información sobre las normas existentes, dado que los líderes no son representativos de los miembros aunque formen parte del vecindario (Warren, 1977).

En una comunidad difusa, la enfermera de salud comunitaria podría intentar el descubrimiento de una necesidad común que pueda ser considerada mancomunadamente y reunir a sus clientes alrededor de una agenda compartida. La enfermera funciona como un imán o de alguna manera identifica un tema que sirve como adhesivo para congregar a los miembros de la comunidad.

Comunidad versátil. Una comunidad versátil se caracteriza por el rápido recambio de sus residentes, lo cual crea un débil sentido de identidad dentro del vecindario. Los miembros desean romper los lazos allí establecidos cuando surgen otros compromisos y oportunidades; ellos se esfuerzan por conseguir una posición social más elevada. No obstante, los residentes de estas áreas tienen lazos estrechos con la comunidad general e interactúan regularmente con sus vecinos. El liderazgo usualmente no es efectivo debido a la alta tasa de movilización; surgen conflictos entre las necesidades del vecindario local y los valores implicados por la movilización social (Warren, 1977).

Las comunidades versátiles incluyen las comunidades políticas y educativas. El centro político o la institución educativa funcionan como sede de la comunidad. Los miembros de una comunidad política pueden ser los políticos, los abogados, las personas que hacen antesala, sus familias y socios. Los miembros de una comunidad educativa pueden ser el cuerpo docente, los estudiantes, el personal, los administrativos, sus familias y asociados. Los miembros abandonan la comunidad versátil después de un tiempo específico o luego de haber cumplido un propósito particular (por ejemplo, concluye el periodo legislativo de un político o un estudiante obtiene su título académico).

En una comunidad versátil puede ser necesario que las intervenciones de la enfermera de salud comunitaria se realicen a corto plazo, dado el recambio en esta clase de comunidad. Deben construirse metas para la salud que sean inmediatamente asequibles para permitir a los miembros experimentar la retroalimentación y fortalecer así el éxito.

Comunidad transitoria. En una comunidad transitoria las personas no participan ni se identifican con la comunidad local. Ellas se centran sobre sí mismas porque los lazos con otras personas pueden obstaculizar las metas del individuo y la familia. En este tipo de vecindario puede existir una amplia sensación de desconfianza. Toda estructura de vecindario es inexistente excepto cuando se intenta

evitar los conflictos locales o participativos. Hay muchos ejemplos de comunidades transitorias incluyendo las cárceles y los albergues para los indigentes. La comunidad transitoria también ofrece un modelo de anonimato urbano. Las familias que experimentan estrés y tensión excesiva en el logro de sus tareas pueden tener una energía limitada y una mínima oportunidad para participar en los asuntos del vecindario (Warren, 1977).

Una comunidad transitoria representa desafíos especiales para la enfermera de salud comunitaria porque antes de permitir su acceso a esta comunidad, se debe crear un alto grado de confianza. Ella debe trabajar diligentemente para construir una relación de confianza mutua a través del entendimiento y la aceptación. Las acciones valen más que las palabras, y es así como debe establecer su credibilidad profesional. La demostración de esfuerzos útiles, significativos y relevantes le indica a la comunidad que la enfermera es capaz de realizar una contribución valiosa.

Comunidad anómica. Las comunidades anémicas son completamente desorganizadas; los residentes no participan y carecen de una identificación común con el vecindario o la comunidad general. Existe una gran apatía en este vecindario. Es improbable que la socialización influya o altere los valores de sus residentes. Hay poca interacción entre los mismos o entre el vecindario y la comunidad general. El liderazgo está prácticamente ausente. Una comunidad en la cual existe malestar social, violencia y empobrecimiento económico puede ejemplificar a la comunidad anómica puesto que sus residentes adoptan una conducta pasiva y se desligan de ella (Warren, 1977).

La comunidad anómica es quizá la comunidad más difícil para laborar dado que la apatía ofrece pocas o ninguna vía para llegar hasta su esencia. Las recompensas del trabajo con este tipo de comunidad a menudo son limitadas debido a su dinámica. La enfermera de salud comunitaria debe aprender a aceptar como significativos incluso los cambios más pequeños. Ella aporta habilidades organizacionales, suministra los contactos y establece los enlaces entre los miembros y las organizaciones de ayuda dentro y fuera de la comunidad. A medida que las necesidades son atendidas y los recursos reinyectados, la enfermera de salud comunitaria puede descubrir entre los miembros la voluntad para generar pequeños esfuerzos dirigidos a los intereses de la salud.

Funciones de una comunidad

La salud de la comunidad también puede ser medida por la forma como ésta funciona. Las comunidades son ricas y variadas en su naturaleza y complejas en su funcionamiento. Los diversos marcos para comprender a una comunidad dada ayudan a la enfermera de salud comunitaria a desarrollar -en compañía de los miembros— los programas de salud indispensables para responder a las necesidades.

Los límites de una comunidad la identifican y establecen su integridad. Los límites permeables permiten ingresos provenientes de la comunidad o la sociedad general y también permiten que los miembros asociados entre sí contribuyan a la comunidad o a la sociedad general. Los límites que filtran el ingreso y permiten la salida ayudan a conservar la integridad de la comunidad. La enfermera de salud comunitaria debe aprender a negociar estos límites para tener acceso a la comunidad y participar con los miembros en una asociación para la planeación de la salud, la referencia, el uso de servicios sociales y de salud disponibles y el desarrollo del recurso humano. Al desarrollar una alianza comunitaria debe prestarse especial atención al fortalecimiento de la credibilidad profesional de la enfermera y las metas compartidas.

Las comunidades realizan diversas funciones, algunas de las cuales son comunes a todas las congregaciones. La tabla 6-1, utiliza los puntos de referencia de Higgs y Gustafson (1985), para definir las distintas funciones de la comunidad: la utilización del espacio; los medios de subsistencia; la producción, distribución y consumo de bienes y servicios; la protección de sus miembros; la educación; la participación y las conexiones con otros sistemas que satisfacen las necesidades de sus miembros cuando la comunidad es incapaz de hacerlo o decide no desempeñar su función.

Una comunidad realiza acciones por sus miembros. Estas acciones son variadas e incluyen el establecimiento de la industria y el comercio, la promoción de la socialización, la conservación de la seguridad y el control social, la realización de cambios en el entorno y el suministro de ayuda y apoyo mutuo. En últimas, la salud de una comunidad puede determinarse examinando sus acciones y la efectividad de las mismas.

Principales funciones de una comunidad

Utilización del espacio.
Medios de subsistencia.
Producción, distribución y consumo de bienes y servicios.
Protección de sus miembros.
Educación.
Participación.
Enlaces.

*

TABLA 6-1

PRINCIPALES FUNCIONES DE UNA COMUNIDAD

Utilización del espacio

La utilización del espacio se refiere a la provisión de albergue y lugares para la socialización y recreación.

Medios de subsistencia

Los medios de subsistencia corresponden a las oportunidades de empleo en la comunidad y la capacidad de la comunidad para velar por sus miembros.

Producción, distribución y consumo de bienes y servicios

La producción, distribución y el consumo de bienes y servicios se refiere al negocio y comercio en la comunidad. También se refiere a la capacidad de la comunidad para permitir las transacciones básicas de los materiales y servicios con los cuales cuentan los miembros de la misma para realizar sus actividades cotidianas.

Protección de los miembros

La protección de los miembros significa que la comunidad es capaz de crear y fortalecer las normas y los controles que le permiten funcionar. También se refiere a la prevención de los desastres físicos que pueden amenazar a la comunidad y sus miembros.

Educación

La educación consiste en los colegios y otros recursos para la socialización de los adultos, niños y recién llegados, e igualmente en el suministro de un ambiente para el continuo enriquecimiento de la comunidad.

Participación

La participación se refiere a las comunicaciones, interacciones sociales y apoyos de la comunidad.

Enlaces

Los enlaces son las conexiones realizadas con otros sistemas, para satisfacer las necesidades de sus integrantes cuando la comunidad es incapaz o decide no desempeñar sus funciones.

NOTA: Tomado de *Community as a Client: Assessment and Diagnosis* (pp. 112-113), por Z. R. Higgs y D. D. Gustafson, 1985, Filadelfia: F. A. Davis. Adaptado con autorización.

Una comunidad sana abraza un compromiso con la congregación. Los grupos son capaces de identificar sus intereses propiciando así las organizaciones sociales. La comunicación fluye entre los grupos de manera efectiva. La comunidad reduce el conflicto aunque permite las diferencias y tendencias grupales e individuales. Los miembros son libres de participar en las actividades comunitarias. Son posibles los mecanismos para facilitar la interacción y la toma de decisiones entre sus miembros. Una comunidad sana también negocia y maneja sus relaciones con la comunidad general. La trascendencia se consigue a medida que los miembros interactúan, definen sus valores y estructura social, y crean redes de apoyo para permitir a los miembros crecer y desarrollarse.

Afiliaciones dentro de la comunidad

Las afiliaciones dentro de las comunidades son diversas y pueden definir a las comunidades dentro de la comunidad. Aunque algunas personas pueden estar afiliadas porque comparten un área geográfica común (por ejemplo, un barrio, un pueblo, una ciudad), también pueden estar afiliadas porque comparten un estilo de vida, sistema de valores, cultura o intereses comunes (por ejemplo, los amish y los judíos hasídicos). Una comunidad cultural puede extenderse más allá de los países y unir internacionalmente a sus miembros en un conjunto común de creencias y prácticas que los unen entre sí y crean una comunidad que está fundamentada en sus creencias y estilo de vida. Las comunidades también están definidas por sus afiliaciones sociales o por sus miembros (por ejemplo, American Nurses Association, National Student Nurses Association). Un interés relacionado con la salud o una experiencia en común puede crear un vínculo profundo que es más firme que cualquier límite cultural o geográfico (por ejemplo, People with AIDS Coalition, Survivors of Suicide, Parents of Murdered Children). Los lazos entre las personas afectadas brindan un apoyo al cual no se tiene acceso a través de las organizaciones tradicionales. Los individuos también pueden identificarse entre sí mediante un problema o una solución común (por ejemplo, los grupos ambientales preocupados por el calentamiento global o la escasez de vida silvestre).

La comunidad como socio

Los modelos de enfermería son significativos para la práctica de la enfermería comunitaria porque consideran la naturaleza de la comunidad. El modelo de la comunidad como socio se refiere a la comunidad como "un grupo, una población o un conglomerado de personas que tienen como mínimo una característica común (tal como la ubicación geográfica, la ocupación, la etnia o las condiciones de vivienda)" (Anderson y McFarlane, 1996, p. 261). El móvil de este modelo es la comunidad como un todo. La comunidad general es considerada como un socio en la atención. En concordancia con los principios de la atención primaria de salud, este modelo apoya la aptitud de la comunidad para tratar sus propios problemas, fortalecer su propio nivel de salud y actuar para defenderse contra los factores estresantes. La comunidad es considerada como un sistema compuesto por una parte central que incluye a las personas, sus valores, sus creencias e historia, y ocho subsistemas que definen los aspectos funcionales de la comunidad. Los ocho subsistemas corresponden al ambiente físico, la educación, la seguridad y el transporte, los servicios sociales y de salud, la comunicación, el aspecto económico y la recreación. El proceso de enfermería es utilizado para dirigir la atención de enfermería de la comunidad.

La comunidad como encargada de la atención

La comunidad puede ser considerada como un agente encargado de la atención. Igual que un individuo comprometido con su propio cuidado o una familia que proporciona el contexto para la atención de sus miembros, la comunidad también constituye un sistema viviente con el potencial de otorgar a sus miembros un ambiente solícito. Los integrantes de la comunidad contribuyen a la capacidad de ésta para cuidar de sus miembros a través de sus esfuerzos individuales y aunados; una comunidad interesada promueve un ambiente que apoya a sus miembros. Considere el siguiente relato sobre una de estas comunidades, escrito por una estudiante universitaria durante su práctica de último año de enfermería para la salud comunitaria.

*H*ISTORIA DE CASO: UNA COMUNIDAD INTERESADA

Durante las mañanas típicas de los días hábiles, las calles de Branton están congestionadas por personas, vehículos, buses y camiones parqueados en doble fila. Las espesas nubes de humo y los techos de algunos de los edificios más altos del mundo dibujan la panorámica de una gran ciudad, la cual se encuentra aproximadamente a 20 minutos de distancia. Branton, una pequeña comunidad en las cercanías de la ciudad, es un lugar donde una estudiante de enfermería nunca esperaría encontrar un ejemplo absolutamente perfecto de una comunidad que apoya a uno de sus miembros, o sea, un verdadero caso "de libro", un caso sobre el cual el estudiante puede leer en alguna asignatura pero no esperaría ver en la vida real. Bien, mis expectativas resultaron incorrectas. Fue en la comunidad de Branton donde fui testigo del más fino ejemplo de apoyo comunitario. Branton constituía el apoyo y la salvación para un discapacitado hombre de 62 años que tenía múltiples problemas médicos y psicosociales y no contaba con ningún pariente en estrecha proximidad. En todos los sentidos la comunidad era su familia y él, a su vez, representaba una ventaja para la comunidad.

Era una fría mañana de invierno y yo me encontraba realizando la primera semana de mi práctica superior en enfermería para la salud comunitaria. Mi profesora, la señora Maureen Oliver, R.N., N.R., parqueó su vehículo en doble fila enfrente de una panadería. Me pidió que esperara en el auto mientras le enviaba un mensaje a través del buscapersonas a nuestro próximo paciente, el señor Timothy Woods. Yo no estaba segura por qué debía ella enviar el mensaje al señor Woods, pero no deseaba preguntar.

Mientras esperaba en el carro, recordé las palabras de mi profesora de enfermería para la salud comunitaria: "Al tratar con la comunidad como cliente, dar un vistazo de reconocimiento a la comunidad resulta útil en el proceso de evaluación de la misma y facilita la obtención de datos valiosos". Por tanto, dediqué mi tiempo a observar lo que me rodeaba. Branton era una comunidad pequeña, con sólo diez a quince manzanas. La panadería se encontraba en la calle principal del vecindario, una calle que estaba constituida por varias tiendas incluyendo una ferretería, un salón de belleza, una lavandería, una pizzería, un puesto de frutas y un almacén de artículos para regalo. Había apartamentos en la parte superior de muchos de los edificios frente a los almacenes, típico de muchas de las comunidades que rodeaban la ciudad. Las calles estaban limpias y los edificios se encontraban ocupados y en buen estado, lo cual era característico de muchas de las localidades cercanas a esta ciudad. La población incluía personas de distintas nacionalidades y podían escucharse en las calles muchas lenguas diferentes. La condición socioeconómica de la mayoría de las personas que observé parecía pertenecer a los estratos bajo y medio.

Vistazo de reconocimiento. Este reconocimiento es realizado mientras se recorre la comunidad en auto o a pie y se toma nota de las observaciones directas. Tales observaciones incluyen datos sobre el ambiente físico (por ejemplo, viviendas, espacios abiertos, espacio comercial, industria, límites físicos) además de los valores, las creencias y las religiones de la comunidad.

La señora Oliver regresó al auto portando tres tazas de café. Ofrecí pagar la mía pero ella me informó que en la panadería siempre le brindaban dos tazas de café gratis para ella y el señor Woods, y una adicional para mí el día de hoy. Me dijo que debíamos esperar en el carro y estar alerta a la llegada del señor Woods quien normalmente respondía al mensaje al cabo de cinco a diez minutos. Le pedí a la señora Oliver que me explicara. El señor Woods, dijo, porta un buscapersonas y sabe que cuando recibe un mensaje marcado con el #1 se trata de la enfermera de salud comunitaria o de la trabajadora social, y viene a reunirse con el proveedor de atención de salud en su apartamento, el cual fue señalado por la señora Oliver. El señor Woods vive en el segundo piso ubicado sobre una hilera de almacenes. La señora Oliver me explicó además que el señor Woods realizaba distintos trabajos para muchos de los almacenes del vecindario y recibía servicios como retribución. Hacía mandados para la propietaria del salón de belleza (por ejemplo, traer el café o almuerzo para sus clientes) y como pago, ella le cortaba el cabello regularmente. Limpiaba el área frente a la lavandería y allí lavaban y planchaban su ropa. El conserje del edificio donde residía el señor Woods le permitía realizar trabajos ocasionales, los cuales eran necesarios para el mantenimiento de la propiedad. Cuando alguien en el vecindario deseaba ponerse en contacto con el señor Woods, le enviaba un mensaje a través de su buscapersonas. Aunque el señor Woods no había aprendido a leer ni escribir, sabía cómo responder sus mensajes. El #2 provenía de la peluquería, el #3 correspondía a la lavandería y el #4 era enviado por el portero.

Mientras la señora Oliver hablaba, yo continué observando las ocupadas calles de Branton. Ella señaló entonces hacia delante y dijo, "¡Ahí viene!" Miré en la dirección que ella señalaba y tuve una visión que siempre recordaré: un hombre en sus 60 años, meticulosamente vestido con un abrigo, sombrero, bufanda y guantes, halando un carrito que contenía una escoba, una pala, algunas bolsas plásticas para la basura, unos trapos y botellas con líquido para limpiar ventanas. Él avanzaba calle abajo saludando a las personas con una gran sonrisa y un amistoso ademán. El hombre exhibía un gran orgullo y parecía un político en campaña tras un cargo. ¡Todos en la calle parecían reconocerlo como si se tratase del alcalde de la ciudad!

Salimos del carro para reunimos con el señor Woods que se encontraba ocupado atando su carrito al poste localizado directamente enfrente de la puerta de su apartamento. El señor Woods brindó a la señora Oliver un cálido y afectuoso saludo y nos condujo al interior de su edificio. Al concluir su última visita domiciliaria, ella le había explicado que estaría trabajando con una estudiante de enfermería durante las próximas diez semanas y le solicitó su autorización para permitirme observar y participar en su atención de enfermería. Él acogió esta disposición y me ofreció una afable y amistosa bienvenida cuando fuimos presentados. Repitió varias veces que es importante enseñar a los demás lo que uno sabe hacer de modo que ellos también puedan hacerlo.

El señor Woods era incapaz de leer y tenía el nivel de desarrollo de un niño de edad escolar. Procedimos a elaborar un plan de atención que fuera apropiado para su nivel intelectual. Él tenía un enorme deseo de ser independiente y consiguió aprender rápidamente los procedimientos para su propio cuidado.

El señor Woods comenzó a recibir atención domiciliaria luego de una cirugía de derivación coronaria. Después de su recuperación de esta condición, sus necesidades fueron evaluadas y se decidió que era candidato para recibir a largo plazo los servicios del programa para la atención domiciliaria de la salud. El señor Woods padecía diabetes mellitus insulino-dependiente y le habían colocado una sonda de cistostomía. Los frascos de sus medicamentos estaban codificados con colores, y él aprendió a tomar una tableta del frasco azul en la mañana y una tableta del frasco rojo antes

de acostarse. También aprendió a manejar su sonda de cistostomía. Él le demostraba este manejo a la enfermera de salud comunitaria durante las visitas realizadas dos veces cada semana. El señor Woods interpretaba su nivel sanguíneo de glucosa dos veces al día; utilizaba un medidor de glicemia con registro de memoria. Ésta almacenaba sus niveles de glicemia durante una semana. La señora Oliver anotaba y controlaba estos niveles semanalmente.

La atención de enfermería para la salud comunitaria que recibía el señor Woods, junto al apoyo de su comunidad, le permitía vivir en su medio de modo óptimo. El servicio de enfermería para la salud comunitaria le prestaba atención de alta calidad mediante las intervenciones y evaluaciones constantes. Los miembros de la comunidad le brindaban aceptación, afecto, apoyo y un sentido de pertenencia, todos los cuales son necesarios para conservar un alto grado de bienestar. La enfermera de salud comunitaria, el cliente y la comunidad formaban una alianza para su atención (Roni Schloss, B.S., R.N.).

La comunidad como una alianza para la salud

A través de la exclusiva cooperación que tiene lugar entre los miembros de la comunidad, la enfermera de salud comunitaria y el equipo interdisciplinario, se establece una colectividad que permite un enfoque de salud comunitaria. El Modelo de Alianza para la Salud (ver capítulo 5) representa a la comunidad compuesta por fuerzas interactuantes formadas por miembros que, junto a la enfermera de salud comunitaria y el equipo interdisciplinario, son capaces de ejercer una influencia sobre estas fuerzas. Las tres fuerzas interactuantes corresponden a las necesidades basadas en la comunidad, los sistemas que prestan y gestionan la atención de salud para responder a estas necesidades y las influencias sobre las decisiones para la adjudicación de los recursos que apoyan a los sistemas de atención. El efecto de la alianza consiste en modificar las decisiones para la adjudicación con objeto de apoyar a los sistemas de atención que cambian para manejar las necesidades de salud de la comunidad. La alianza permite al consumidor y a los proveedores de la comunidad trabajar conjuntamente para descubrir la naturaleza de las necesidades de salud comunitaria, las fortalezas y las deficiencias de los sistemas para la gestión de la atención y la efectividad de las decisiones relacionadas con la adjudicación para apoyar el recurso de salud de la comunidad.

Enfoque en las necesidades basadas en la comunidad	Técnicas para la gestión de la atención
Patrones de morbilidad y mortalidad	Mezcla de problemas de los clientes
Datos demográficos	Expectativas del público respecto a la atención
Inquietudes ambientales	Idoneidad de los profesionales
Servicios públicos	Estándares aceptados de atención
Estética	Uso de planes interdisciplinarios de atención o acción
Instalaciones relacionadas con la salud	
Influencias sobre las decisiones para la adjudicación de recursos	
Patrones de adjudicación de recursos	
Valores y creencias de la población	
Confianza en la financiación del gobierno local, regional y nacional	
Influencias de los grupos de interés especial	
Patrones de cubrimiento del seguro	

FIGURA 6-1

Modelo de Alianza para la Salud.

Autodefinición de la comunidad

La enfermera de salud comunitaria se une a la comunidad para la participación y el intercambio. A través de esta experiencia de trabajo con la comunidad, la enfermera se convierte en parte de la misma. Dado que cada comunidad es única y compleja, la enfermera de salud comunitaria desarrolla una experiencia particular en la comprensión de la naturaleza y el tipo de comunidad que constituye el foco de su atención. La enfermera de salud comunitaria reúne el conocimiento sobre las comunidades en general con el conocimiento específico adquirido mediante la experiencia, para desarrollar una definición propia de la comunidad de su interés. Apreciar los componentes particulares de la comunidad incluyendo su población y recursos, cultura, aspecto económico y geografía comunitaria ayuda a la enfermera a formarse una imagen, la cual es útil para comprender a la comunidad como un todo.

RESUMEN

Una comunidad está compuesta por las personas que interactúan con su ambiente. Una comunidad es un sistema que realiza sus funciones en forma muy similar al modo en el cual una familia realiza acciones por sus miembros. La comunidad puede ser un agente que brinda atención, nutrición y sostén. Una comunidad saludable puede propiciar el crecimiento de sus miembros mediante el manejo efectivo de sus funciones.

La comunidad tiene características cuantitativas y cualitativas que pueden ser evaluadas y descritas. Cómo y qué evaluar en una comunidad son temas cubiertos en el capítulo 8 correspondiente a valoración y diagnóstico comunitario.

A medida que los consumidores utilizan los recursos comunitarios que relacionan a los proveedores o agencias con los consumidores, éstos pueden ser controlados como patrones de servicios de la salud, para analizar los patrones de su utilización. Finalmente, una comunidad puede adoptar criterios alcanzables que miden su grado de salud. Una comunidad saludable puede ser definida y la enfermera de salud comunitaria que trabaja con la comunidad puede identificar sus fortalezas, riesgos y problemas relacionados con la salud. La enfermera de salud comunitaria puede desarrollar habilidades para la valoración, el diagnóstico, la planeación, la implementación y la evaluación de la comunidad. La realización del proceso de enfermería en la atención de la comunidad como cliente se encuentra descrita en los capítulos 8 a 10.

El foco de toda atención comunitaria consiste en fomentar la salud de la comunidad. La enfermera de salud comunitaria puede beneficiarse comprendiendo la naturaleza y los tipos de comunidad desde diversas perspectivas, pero la clave de la atención radica en su capacidad para crear una definición personal de la comunidad con objeto de dirigir e inspirar el ejercicio de la enfermería basado en la comunidad. Las interacciones y las intervenciones de la enfermería con la comunidad como cliente y la utilización del proceso de enfermería para interceder por las comunidades constituyen la esencia de la enfermería para la salud comunitaria.

Relación. Este término se refiere a las uniones creadas mediante un entendimiento y una respuesta adecuada (por ejemplo, los proveedores y los consumidores se unen para establecer una alianza efectiva; las agencias y los clientes trabajan unidos de modo que las necesidades de los clientes sean manejadas en forma efectiva por los servicios de las agencias).

PALABRAS CLAVE

Demografía
Recepcionista
Gemeinschaft
Gesellschaft

Relacionar
Tipología
Vistazo de reconocimiento

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la *mejor* respuesta para cada una de las siguientes preguntas.

1. Para comprender a la comunidad, ¿cuál de los siguientes parámetros es considerado el más importante por la enfermera?
A. El lugar y la ubicación.
B. Las personas en interacción con el ambiente.
C. Los recursos socioeconómicos.
D. Las estructuras de poder.
2. La anatomía y la fisiología de una comunidad pueden compararse con:
A. Su estructura y función.
B. Su historia y liderazgo.
C. Los riesgos y problemas de salud.
D. Los servicios y proveedores de la salud.
3. Las características de una comunidad *Gemeinschaft* son:
A. La burocracia y los trámites burocráticos.
B. La posición social y la categoría.
C. El interés común y la participación mutua.
D. La autoridad y la estructura vertical.
4. Las afiliaciones que ayudan a los miembros de una comunidad a establecer un lazo común incluyen:
A. La tensión racial.
B. El etnocentrismo.
C. La distancia geográfica.
D. La cultura.
5. La acción de establecer enlaces en una comunidad consiste en:
A. Proporcionar hospedaje y lugares para la socialización.
B. Entablar conexiones con otros sistemas para satisfacer las necesidades de los miembros.
C. Fortalecer las normas y los controles.
D. Permitir la socialización y el enriquecimiento de los miembros.

Preguntas 6 a 11

INSTRUCCIONES: El siguiente grupo de preguntas consiste en puntos numerados seguidos por opciones designadas con letras. Para cada uno de estos puntos escoja la opción con la cual esté más estrechamente asociado. Cada una de estas opciones designadas con letras puede ser utilizada una vez, varias veces o ninguna vez.

Relacione cada tipo de comunidad con una característica adecuada:

6. Comunidad integral	A. Recambio rápido
7. Comunidad parroquial	B. Desconfianza
8. Comunidad difusa	C. Protectora
9. Comunidad versátil	D. Desorganizada
10. Comunidad transitoria	E. Cohesiva
11. Comunidad anómica	F. Ausencia de normas compartidas

RESPUESTAS

1. *La respuesta es B.* El parámetro más importante para comprender a la comunidad está constituido por las personas en interacción con el ambiente.

2. *La respuesta es A.* La anatomía y la fisiología de una comunidad pueden equipararse con su estructura y función.
3. *La respuesta es C.* Una comunidad *Gemeinschaft* está caracterizada por un interés común y la mutua participación.
4. *La respuesta es D.* La cultura es una afiliación que une a los miembros de una comunidad para establecer un vínculo común.
5. *La respuesta es B.* Establecer lazos dentro de una comunidad se refiere a realizar conexiones con otros sistemas para satisfacer las necesidades de los miembros.
- 6-11. *Las respuestas son: 6-E, 7-C, 8-F, 9-A, 10-B, 11-I.* La comunidad integral está caracterizada como cohesiva. La comunidad parroquial está caracterizada como protectora. La comunidad difusa está caracterizada como carente de normas compartidas. La comunidad versátil está caracterizada por un rápido recambio. La comunidad transitoria está caracterizada por la desconfianza. La comunidad anómica está caracterizada como desorganizada.

REFERENCIAS COMENTADAS

Anderson, E. T., & McFarlane, J. M. (1996). *Community as partner: Theory and practice in nursing* (2ª ed.). Filadelfia: J. B. Lippincott.

Este detallado texto presenta múltiples marcos para considerar a la comunidad como un sistema incluyendo los modelos de atención primaria de la salud, epidemiológico, demográfico, investigativo, ecológico, defensor y cultural, así como el modelo de la comunidad como socio. Ilustra una completa evaluación de la comunidad y da ejemplos de la comunidad como socio.

Hall, J. E., & Weaver, B. R. (1977). *Distributive nursing practice: A systems approach to community health*. Filadelfia: J. B. Lippincott.

Texto clásico de enfermería para la salud comunitaria, que proporciona un firme marco de la teoría de los sistemas para apreciar a la comunidad y guiar la práctica de enfermería para la salud comunitaria.

Higgs, Z. R., & Gustafson, D. D. (1985). *Community as a client: Assessment and diagnosis*. Filadelfia: F. A. Davis.

Este es un importante texto de referencia que cubre los enfoques conceptuales para la evaluación comunitaria (por ejemplo, epidemiológico, descriptivo, sistemas, adaptación) y el juicio clínico para los diagnósticos de la comunidad. Los estudios de los casos resultan útiles en la valoración comunitaria y la aplicación de las diversas teorías de la atención.

Loomis, C. P. (Ed.) (1957). *Tönnies: Community & society (Gemeinschaft und Gesellschaft)*. East Lansing, MI: Michigan State University Press.

Traducción del alemán del clásico tratado de sociología de Ferdinand Tönnies, titulado Gemeinschaft und Gesellschaft, el cual detalla el trabajo de este eminente sociólogo. El editor proclama que el propósito de Gemeinschaft und Gesellschaft era desarrollar los conceptos científicos que podían ser utilizados para abarcar el proceso histórico.

Warren, D. I. (1977). Neighborhoods in urban áreas. In R. L. Warren (Ed.), *New perspectives on the American community: A book of readings*. Chicago: Rand McNally.

Esta es otra recopilación del trabajo de Donald I. Warren sobre las comunidades estadounidenses. En su capítulo sobre los vecindarios, Donald I. Warren define un vecindario y presenta una tipología de los mismos, incluyendo sus papeles en el cambio social.



LA COMUNIDAD COMO CLIENTE

La idea de atender a una comunidad como cliente es compleja. Muchas de las habilidades clínicas utilizadas en la atención de un individuo o familia pueden ser utilizadas para atender a una comunidad. Inicialmente puede parecer imposible extrapolar dentro de una comunidad, las habilidades clínicas utilizadas en la atención de los individuos pero es factible. Los capítulos 8 a 10 cubren el uso del proceso de enfermería en la atención de las comunidades y describen las habilidades específicas. Este capítulo brinda un marco de referencia para considerar a la comunidad como una **unidad de atención**. El enfoque de este capítulo está centrado en la atención de salud basada en la comunidad cuando ésta constituye el sistema cliente.

LA COMUNIDAD COMO SISTEMA

La comunidad funciona como un sistema; para comprender su naturaleza, usualmente se analizan los componentes. Sin embargo, separar a la comunidad en sus partes puede ayudar a la enfermera de salud comunitaria a comprender los componentes, sin que necesariamente le brinde una visión global de la misma. Intentar la identificación de la totalidad requiere cierto grado de experiencia de trabajo con la comunidad.

Para apreciar esta propiedad de integridad, la enfermera de salud comunitaria debe analizar las partes que componen una comunidad, sus atributos cualitativos y cuantitativos, y el grado de interrelación entre estos componentes. Es la interconexión dinámica de las partes, sus atributos y sus interrelaciones lo que comienza a explicar la integridad. La naturaleza de la integridad, por tanto, se define como diferente y mayor que la suma de sus partes —o sea, la suma de las partes es menor que la integridad. Las relaciones entre las partes y la integridad son instructivas al tratar de comprender al individuo como sistema humano así como a la comunidad como un sistema viviente íntegro.

Un individuo no se puede explicar por el conocimiento de los sistemas corporales humanos considerados independientemente de su cultura, su religión y su familia. Aunque cada componente (sistemas corporales, cultura, religión, familia) describe una parte del individuo, no es sino hasta que estos componentes (y muchos otros) interactúan entre sí que se forma el exclusivo patrón de un individuo particular. El individuo íntegro es único, complejo y polifacético. Una comunidad tampoco se puede comprender enteramente a través de la evaluación, separada, de sus partes. Las personas, los recursos, la topografía, la historia y otros componentes de la comunidad interactúan para constituir a la comunidad en un sistema viviente íntegro. El individuo, la familia y la comunidad están interconectados y hacen parte de sus correspondientes sistemas. Las interacciones y las interrelaciones entre estos sistemas son características de su integridad (figura 7-1).

Unidad de atención. Este es el objetivo de la prestación de los servicios de enfermería; puede corresponder a un individuo, familia, agregado o comunidad.

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

La comunidad como sistema

Vislumbrando a la comunidad

Funciones y responsabilidades

Enfoque interdisciplinario

Ampliar el conocimiento sobre la comunidad

Atención de salud basada en la comunidad

Modelo de alianza para la salud

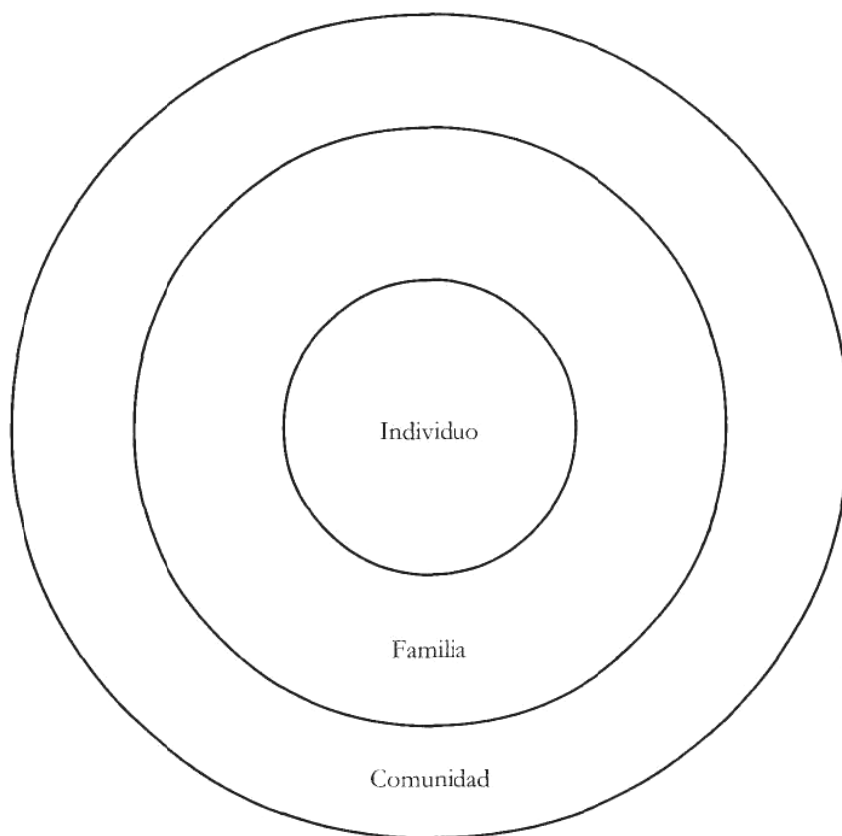
Atención basada en los agregados y las poblaciones en riesgo

Adquirir conocimientos sobre la comunidad

Resumen

FIGURA 7-1**Sistemas humanos interactuantes**

Los anillos concéntricos explican las interactuantes relaciones entre los individuos, las familias y las comunidades. El círculo interior representa al individuo. El individuo contribuye y hace parte del siguiente círculo, el cual está definido por la familia y otras personas significativas. La familia contribuye y hace parte del siempre creciente círculo exterior que corresponde a la comunidad. La comunidad incluye a los amigos, vecinos y agregados grandes y pequeños que identifican y apoyan a la familia y sus miembros individuales.



Pensar respecto a los sistemas humanos y el concepto de integridad constituye un desafío. La enfermera de salud comunitaria es invitada a identificar los indicadores de la integridad, a planear y organizar una atención que sea un soporte y sea sensible a toda la comunidad. La caracterización de la integridad de la comunidad permite a la enfermera de salud comunitaria identificar con precisión sus fortalezas, riesgos y problemas de salud. Ella también identifica los recursos disponibles y las características de la población comunitaria. La comunidad es considerada blanco del servicio cuando la enfermera maneja los asuntos de salud comunitaria. La enfermera de salud comunitaria se enfoca en propiciar cambios saludables que beneficien a la comunidad; su objetivo consiste en tratar de beneficiar a tantos miembros como sea posible y mejorar el estado general de salud de la comunidad. El alcance de la meta en salud comunitaria se logra con el cliente, el cual es la comunidad.

Una vez que se comprende el concepto de integridad, es posible imaginar que la integridad de un sistema humano nunca podrá ser reducida. Si cada sistema humano es inherentemente íntegro entonces los atributos del sistema pueden, en realidad, reflejar su integridad. Aunque la cultura sola nunca podría explicar a cabalidad la naturaleza íntegra de un individuo, familia o comunidad, la cultura puede ser un indicador de la integridad. Hasta que la naturaleza exacta de los indicadores de la integridad sea establecida y las características de la misma sean críticamente definidas, las partes componentes de los sistemas y sus atributos se evalúan con objeto de especular respecto a sus interacciones. Para comprender a la comunidad íntegra como un sistema viviente, se investigan sus partes, se anali-

zan los atributos cualitativos y cuantitativos de las mismas, y los componentes y sus atributos son relacionados entre sí.

La capacidad de la atención puede constituir un indicador de la integridad —o sea, la integridad de una comunidad puede ser reflejada por su capacidad para cuidar a sus miembros. Al ocuparse de la comunidad como cliente, la enfermera de salud comunitaria se convierte en parte de esta capacidad de atención de la comunidad, influenciando tanto como sea posible el potencial para la salud de la comunidad íntegra, dadas las restricciones y los obstáculos que obstruyen la salud comunitaria.

ISLUMBRANDO A LA COMUNIDAD

Una forma de mirar a la comunidad es enfocarse en los individuos, las familias y los agregados dentro de la misma. Existe una relación recíproca entre estas partes componentes y la comunidad como un todo. Las intervenciones que apoyan la salud de los individuos, las familias, los grupos y las poblaciones de la comunidad también apoyan la salud comunitaria. Un cambio en la salud de un individuo, familia o grupo afecta la salud de la comunidad. La salud comunitaria se refleja en la salud de sus subsistemas o partes componentes. Por ejemplo, reducir los riesgos de una población blanco dentro de la comunidad, mejorar la condición de salud de las familias y restablecer la salud de un individuo son acciones que mejoran la salud de la comunidad. Los individuos, las familias y las comunidades están enlazados e influyen unos sobre otros. Además, si la salud de una comunidad se debilita, sus individuos, familias y poblaciones resultan afectados y su salud comprometida. Esta interrelación ejemplifica la integridad de la comunidad.

La enfermera de salud comunitaria puede circunscribir una comunidad de interés al manejar asuntos de salud específicos. Los límites pueden ser reducidos o ampliados para enfocarse sobre una unidad de atención particular. Por ejemplo, la enfermera puede identificar como comunidad a un agregado de niños preescolares con objeto de evaluar y analizar sus necesidades de salud y los recursos disponibles para satisfacer tales necesidades. Este grupo de niños puede ser considerado como una comunidad dentro de la comunidad. Un análisis de todos los niños preescolares en Estados Unidos puede ser designado como la unidad de atención. Los límites de una comunidad pueden ser flexibles y expandirse o restringirse para permitir a la enfermera de salud comunitaria trabajar en colaboración con una comunidad de interés para manejar los asuntos específicos de salud.

Agregado. "Un agregado es un grupo de personas que comparte alguna característica común, tal como edad, nivel socioeconómico, antecedentes culturales, sexo, raza, área de residencia, enfermedades crónicas, etc." (Swanson y Albrecht, 1993, p. 568).

Comunidades polifacéticas

La apreciación de las múltiples caras de una comunidad orienta a la enfermera en la determinación del foco de atención de salud así como en la ubicación de los servicios para la atención de la misma. Las comunidades pueden corresponder a caseríos, villas, condados, áreas urbanas, departamentos, naciones, así como colegios, casas de oración, sitios de trabajo, edificios de apartamentos, prisiones y grupos culturales. Las partes componentes de estas comunidades son individuos interrelacionados y redes familiares o grupales.

Algunas comunidades son definidas por configuraciones geográficas, tales como los ríos, los arroyos y las montañas; las fuerzas físicas y el poder de la naturaleza circunscriben los límites de una comunidad. Los límites geopolíticos también pueden definir una comunidad. Los distritos escolares con frecuencia crean sus propias líneas de servicio, dando como resultado niños que viven en la misma calle

pero asisten a colegios diferentes. Los lazos culturales, religiosos o raciales pueden dar forma a una comunidad, otorgar una imagen y definir una jurisdicción. No sólo el espacio es utilizado en forma diferente, también el vestuario, la alimentación, los valores y las conductas pueden variar considerablemente de una comunidad a otra incluso aunque éstas se encuentren en estrecha proximidad.

Es importante que la enfermera de salud comunitaria aprecie y acepte las múltiples caras de la comunidad. Captar la esencia de la integridad de una comunidad se asocia con la apreciación de las personas que la constituyen. La diversidad dentro de las comunidades es el fundamento de la naturaleza polifacética de la comunidad.

Diversidad dentro de las comunidades

Una comunidad saludable es aquella que acepta la diversidad de sus miembros, permite que las diferencias los separen o segreguen entre sí. En algunas comunidades, las personas de diferentes grupos raciales, étnicos y religiosos conviven en armonía; en otras, el deseo de privacidad y uniformidad de un grupo es aceptado y respetado por la comunidad general. No obstante, cuando el racismo, la discriminación y el aislamiento forzado separan a unos miembros de otros, se produce discordia y hostilidad. Una comunidad saturada de racismo y discriminación puede considerarse fragmentada y malsana. En tal comunidad, los miembros se apartan de la participación comunitaria en virtud de su herencia o cultura. Esta forma de segregación perjudica la capacidad de la comunidad para ser íntegra y saludable. La capacidad de apreciar y aceptar la diversidad constituye una manera de vislumbrar a la comunidad y ser receptiva hacia sus miembros.

Comunidades vulnerables

La enfermera de salud comunitaria presta especial atención a las necesidades de atención de salud de los grupos comunitarios vulnerables que se encuentran inadecuadamente atendidos. Esta valoración es una clave de la naturaleza de la enfermería para la salud comunitaria. Estos grupos con frecuencia son ignorados o tratados como insignificantes por la sociedad en general. Uno de los mayores retos en la atención de la comunidad como cliente consiste en entrelazar a todos los miembros necesitados de los servicios de salud con los recursos disponibles y defender a quienes son incapaces de representarse a sí mismos o no pueden acceder a tales servicios. Aunque las enfermeras de salud comunitaria atienden las necesidades de salud de toda la población, ellas son más sensibles a las necesidades especiales de las personas que cuentan con escasos o ningún recurso. La enfermera de salud comunitaria intenta asociar a los miembros que se encuentran desvinculados del sistema de atención de salud. La integridad de la comunidad radica en su capacidad para cuidar a todos sus miembros.

Enlaces dentro de las comunidades

Las enfermeras de salud comunitaria conocen cómo funcionan las comunidades, cómo acceder a la atención de salud y cuáles son los mejores recursos para resolver los problemas específicos de salud; también ayudan a conectar a las personas con los recursos necesarios. El objetivo de la enfermera de salud comunitaria consiste en lograr una relación entre las personas y los recursos de modo que las

necesidades de salud sean satisfechas. Múltiples necesidades son evaluadas a través de la asociación entre la enfermera y el cliente. Nadie en la comunidad es insignificante para la enfermera de salud comunitaria, que debe estar preparada para manejar las necesidades de todos los clientes.

Al conocer los recursos comunitarios, la enfermera de salud comunitaria puede ayudar a aquellos que se encuentran desligados o segregados a establecer las conexiones que beneficiarán su salud. El hecho de que exista una necesidad identificada no significa que el cliente esté listo para utilizar la atención o desee que la enfermera de salud comunitaria facilite tal enlace. El cliente puede percibir la situación en forma muy diferente a la enfermera, y puede no percatarse de la necesidad de ayuda o puede advertir tal necesidad pero buscar una solución muy diferente a la recomendación ofrecida por ella. La validación de los conceptos y el acuerdo recíproco sobre un plan identificado resultan fundamentales para establecer enlaces efectivos. La enfermera de salud comunitaria debe conocer los recursos comunitarios para facilitar un enlace efectivo una vez que ella y el cliente logran un mutuo acuerdo.

Intervención preventiva en las comunidades

La enfermera de salud comunitaria considera a la comunidad como un cliente con inquietudes para la atención de salud que requiere todos los niveles de intervención preventiva. En un marco epidemiológico dado, la enfermera de salud comunitaria es consciente de que los intereses respecto a la atención de salud son complejos y multidimensionales. Las intervenciones están enfocadas en los tres niveles correspondientes: primario, secundario y terciario (Leavell y Clark, 1965). Cada inquietud sobre la atención de salud incluye potencialmente todos los niveles de prevención que dirigen la intervención. La enfermera de salud comunitaria que cuenta con esta visión ampliada de la salud es capaz de ayudar a la comunidad a hacerse cargo de múltiples acciones para manejar los asuntos y los problemas relacionados con la salud.

Considerando a la comunidad desde una perspectiva de prevención primaria, la enfermera de salud comunitaria trabaja con ella en la promoción y protección de la salud de la comunidad y sus miembros. Esto puede incluir la ampliación de la educación hasta los grupos comunitarios o la concertación de vacunaciones para la influenza en una población particular dentro de la comunidad. Desde una perspectiva de prevención secundaria, la enfermera de salud comunitaria ayuda a la comunidad brindando oportunidades para la detección temprana de las enfermedades, facilitando su tratamiento y limitando las discapacidades o problemas de salud resultantes de las mismas. Las mediciones de la presión sanguínea en las bibliotecas comunitarias y las detecciones mamográficas ofrecidas por unidades móviles que se adentran en la comunidad son características de este tipo de intervención. Para las intervenciones correspondientes a la prevención terciaria, esta profesional ayuda a la comunidad a identificar los recursos para la atención en salud que se enfocan en la rehabilitación y resocialización, y en la prestación de atención a las familias y a los miembros que experimentan enfermedades crónicas y terminales. La enfermera de salud comunitaria puede defender la reforma de los servicios públicos, lo cual puede dar como resultado la ejecución de cambios estructurales en los bordes de los andenes para permitir el acceso de las personas que utilizan sillas de ruedas, y puede ofrecer educación sobre la atención y los servicios de los hospicios para las familias que tienen un familiar víctima de enfermedad terminal.

Estos niveles de prevención proporcionan una vía para vislumbrar a la comunidad. La enfermera de salud comunitaria siempre está preocupada por la intervención en prevención primaria, consciente de la importancia que tienen la promoción y la protección de la salud como un ideal que debe ser alcanzado.

Si una comunidad se encuentra en riesgo de incendios forestales espontáneos, los esfuerzos de la enfermera de salud comunitaria deben estar centrados en las estrategias para la prevención de los incendios (prevención primaria). Si se producen los incendios no controlados, dicha enfermera estaría comprometida con el manejo de urgencia y el tratamiento de aquellos lesionados, y colaboraría en el diseño de un método de seguimiento para detectar tempranamente nuevos incendios con objeto de limitar los posibles daños (prevención secundaria). La rehabilitación de los miembros lesionados de la comunidad, la revitalización de los recursos de la comunidad y el restablecimiento de las tierras destruidas corresponderían a la fase de recuperación (prevención terciaria). De este modo, la enfermera de salud comunitaria está involucrada en la promoción y protección de la salud y el bienestar tanto de los miembros no afectados y afectados de la comunidad así como del ambiente.

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

Siempre que es posible, la enfermera de salud comunitaria considera a la comunidad desde el ventajoso punto de la comunidad misma. Ya sea que se encuentre efectuando una visita domiciliaria a un individuo, prestando atención familiar en una institución de atención gestionada u organizando un programa de seguridad comunitaria, la enfermera debe ser consciente del hecho de que la práctica se basa en la situación real del cliente. Con frecuencia, la enfermera de salud comunitaria interviene en la historia, creencias, cultura y dinámica familiar. Al mismo tiempo, intenta ejecutar un plan de atención basado en la familia intercediendo ante una serie de agencias, protocolos y jerarquías comunitarias. La enfermera puede apoyar, facilitar, enseñar, defender, detectar y ofrecer habilidades administrativas, pero el objetivo final corresponde a las decisiones para la acción provenientes de la propia comunidad, si sus miembros cuentan con la capacidad de autogestión.

En forma ideal, los servicios basados en la comunidad son entregados directamente a la misma, eliminando tantos obstáculos y barreras a la atención como sea posible. La expansión hacia la comunidad es clave. Para dar un ejemplo, si la revisión de las protecciones de las ventanas constituye una estrategia convenida para evitar la muerte de los niños pequeños debido a las caídas accidentales, entonces la enfermera de salud comunitaria, en compañía de otros proveedores para la atención de salud, cumplirían mejor esta labor realizando visitas puerta a puerta. De este modo, el servicio se lleva directamente a los hogares de las familias que tienen niños pequeños. No se espera que las familias se acerquen a un centro de salud solicitando información sobre la instalación de las protecciones para las ventanas, sino que más bien la enfermera de salud comunitaria y otros miembros del equipo llevan directamente ese servicio a los hogares de las familias con objeto de aumentar la posibilidad de que ellas instalen dichas protecciones. La enfermera de salud comunitaria también utilizaría la evaluación de las protecciones en las ventanas como un método de detección de los casos para conocer otros problemas o inquietudes de la familia relacionadas con la salud. Esta clase de seguimiento también constituye una forma de enlazar a los miembros comunitarios con los recursos y servicios para la atención de salud.

ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO

Las necesidades de atención de salud comunitaria a menudo son complejas y requieren habilidad y experiencia de una amplia variedad de proveedores de atención en salud, incluyendo a las enfermeras de salud comunitaria. Esta mezcla de disciplinas se conoce como enfoque interdisciplinario o multidisciplinario. Un enfoque interdisciplinario permite la síntesis de una gran diversidad de habilidades, talentos y experiencias de distintos proveedores que participan en la atención de salud. A través de sus miembros representativos, la comunidad como cliente también aporta su experiencia al equipo y participa activamente en el proceso de planeación de los cambios para el mejoramiento de la salud.

La enfermera de salud comunitaria desempeña un papel fundamental en el enfoque del equipo. Ella coordina los procesos de valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación, y crea las alianzas para mejorar la salud de la comunidad. A través del concepto integral de la experiencia y las necesidades del cliente, la enfermera de salud comunitaria está mejor capacitada para representarlo. Las funciones habitualmente desempeñadas por esta enfermera destacan este proceso. Ella es hábil para la comunicación terapéutica individual y grupal, sirve como un enlace comunicativo para coordinar los servicios y es eficiente en las estrategias de dirección y educación en salud. La enfermera de salud comunitaria manifiesta capacidades para encadenar los sistemas formales e informales de atención. Facilita las transiciones entre los sistemas de atención mediante la utilización del proceso de planeación que ha de garantizar la prestación de una atención coordinada e integral. El proceso de planeación asegura la continuidad de la atención a medida que los clientes se trasladan desde diversos escenarios y niveles de atención. La continuidad de la atención avala la prestación coordinada y continua de los servicios según sea necesario.

El facilitador de la comunicación entre los miembros del equipo interdisciplinario y los miembros de la comunidad se conoce como agente de la comunicación. La enfermera de salud comunitaria desempeña este papel para representar y negociar los intercambios entre los miembros de la comunidad y los del equipo multidisciplinario en la ejecución de un plan de atención para la salud. Esta labor la cumplen con más frecuencia las enfermeras de práctica avanzada, o sea, enfermeras con un título de maestría en enfermería (ANA, 1993). Estas enfermeras de salud comunitaria están formadas para orientar su experiencia en la planeación de la salud comunitaria y la optimización de los recursos.

AMPLIAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LA COMUNIDAD

Parte de la experiencia de la enfermera de salud comunitaria se basa en la investigación en enfermería. Esta perspectiva brinda una excelente oportunidad para verificar y ampliar el conocimiento sobre la comunidad y sus miembros. Los datos epidemiológicos son utilizados para controlar y predecir los patrones de morbilidad y mortalidad y generar una serie de datos poblacionales, los cuales son utilizados para evaluar la necesidad de los servicios de salud basados en la comunidad y la receptividad de la misma respecto al manejo de estas necesidades. La investigación de enfermería incluye el desarrollo de estrategias para satisfacer las necesidades de los miembros comunitarios, en particular de las poblaciones inadecuadamente atendidas. Los datos son utilizados para conocer las condiciones y los problemas de salud de las poblaciones y para medir la efectividad de las intervenciones con relación al costo. La investigación permite a la enfermera de salud comunitaria analizar las necesidades de la comunidad y utilizar los recursos comunitarios que

son útiles a la misma. La investigación proporciona a esta profesional información para realizar cambios que benefician a toda la comunidad.

La enfermera de salud comunitaria considera a la comunidad como cliente y se involucra en todas las interacciones e intervenciones que ayuden a la comunidad a alcanzar sus metas en salud. Trabajar a partir de las metas establecidas constituye un indicador de salud. Éstas pueden ser identificadas a través de una asociación participativa entre la comunidad y la enfermera de salud comunitaria. La colaboración activa de los clientes y las comunidades en la totalidad del espectro de la atención es clave para valorar la necesidad de atención, el diseño de los programas de atención, las intervenciones específicas y la evaluación de los resultados. Esta asociación entre los proveedores y los consumidores de la atención constituye el cimiento de la atención basada en la comunidad. La enfermera de salud comunitaria transfiere sus conocimientos y habilidades a la comunidad. La participación comunitaria garantiza la posibilidad de opciones de atención que sean culturalmente sensibles y pertinentes a la comunidad y sus miembros.

*A*TENCIÓN DE SALUD BASADA EN LA COMUNIDAD

Apoyado en el trabajo realizado por Krout (1986,1994), el National Nursing Research Agenda (National Institute of Nursing Research, 1995), identificó seis retos para el desarrollo de las estrategias para la atención de la salud basada en la comunidad. Los seis desafíos son: disponibilidad, accesibilidad, costeabilidad, idoneidad, factibilidad y aceptación. Estos seis retos se refieren tanto a la prestación de la atención como a su recepción. Las perspectivas de los proveedores y los receptores de la atención pueden variar considerablemente. Por tanto, ambas perspectivas consideran y responden a estos retos. Involucra a los mismos, e igualmente resulta esencial, la importancia de la sensibilidad y la pertinencia cultural. Una atención culturalmente sensible y pertinente es indispensable para hacerse completo cargo y medir con precisión la utilización de los servicios y los resultados de la atención en salud.

Las descripciones de los seis retos para la prestación de la atención basada en la comunidad se encuentran resumidas a continuación (National Institute of Nursing Research, 1995, p. 19). Estos retos deben ser manejados como estrategias construidas sobre los conceptos relacionados con la atención primaria de salud y deben ser tenidos en cuenta al planear una exitosa atención de salud basada en la comunidad:

Seis retos para el desarrollo de la atención de salud basada en la comunidad (National Institute of Nursing Research, 1995).

Disponibilidad
Accesibilidad
Costeabilidad
Idoneidad
Factibilidad
Aceptación

- La disponibilidad se refiere al número, tipo, categoría y frecuencia de los servicios sociales y de salud ofrecidos.
- La accesibilidad es la capacidad de las personas para hacer uso de los servicios, incluyendo la distancia, el esfuerzo, el costo y la información de los mismos. La accesibilidad comprende la atención de cualidades tales como el nivel de satisfacción de las personas que ingresan al sistema de atención en salud.
- La costeabilidad se refiere a la capacidad de los consumidores para pagar los servicios y los mecanismos para asegurar la cancelación de los programas (por ejemplo, cuotas o contribuciones voluntarias).
- La idoneidad hace referencia a la capacidad del programa de atención en salud para suministrar servicios que sean necesarios, deseados y realizados.
- La factibilidad se refiere a la disposición de un programa para permitir que las personas ingresen a los niveles que necesitan.
- La aceptación es la congruencia entre el servicio, las actitudes, los valores, la cultura y las creencias de la población blanco. La aceptación es fundamental puesto que si la atención de salud no es aceptable para la población blanco, los servicios suministrados carecerán de efectividad.

*M*ODELO DE ALIANZA PARA LA SALUD

Las asociaciones o enlaces entre proveedores, consumidores y aseguradoras de la atención en salud son necesarios para el desarrollo de estrategias basadas en la comunidad. El Modelo de Alianza para la Valoración de la Salud Comunitaria (ver capítulo 5) reúne las necesidades basadas en la comunidad, los sistemas de gestión de la atención y las decisiones sobre la adjudicación de los recursos para alcanzar un propósito más coordinado y efectivo. La experiencia del equipo interdisciplinario en asociación con la comunidad da forma a la respuesta y establece una relación. La idea de los enlaces o alianzas constituye el concepto central en la comprensión de la comunidad y la satisfacción de las necesidades de atención de salud de las comunidades. A través de los enlaces efectivos entre los proveedores, los consumidores y quienes toman las decisiones respecto a los recursos y a la financiación de los servicios de salud se establece una repartición de conocimientos, habilidades y poder. Se deben forjar enlaces terapéuticos entre los consumidores y los recursos para la atención de salud de modo que las necesidades de atención puedan ser satisfechas. Los enlaces constructivos creados entre los miembros de la comunidad fortalecen la composición de la misma y reflejan su estado de salud.

La atención de salud basada en las necesidades de la comunidad corresponde a un sistema integrado de atención. Esta incluye los tres niveles de prevención: prevención primaria (incluye promoción y protección de la salud), prevención secundaria (abarca seguimiento, detección temprana, tratamiento de la enfermedad aguda y la limitación de la discapacidad) y prevención terciaria (incluye la rehabilitación, un enfoque de la cronicidad y la atención de los casos de personas afectadas por enfermedades terminales). La atención de salud basada en la comunidad representa continuidad en el cuidado y constituye una alianza centrada en el cliente, la cual apoya un sistema integral de atención que utiliza una serie de servicios para mejorar la salud de la comunidad.

*A*TENCIÓN BASADA EN LOS AGREGADOS Y LAS POBLACIONES EN RIESGO

Las enfermeras de salud comunitaria dirigen una parte importante de su atención a las poblaciones que se encuentran en riesgo dentro de la comunidad. Población en riesgo se define como las personas que tienen una gran vulnerabilidad a ciertos problemas de salud. La identificación de las poblaciones en riesgo es clave para mejorar la salud de toda la comunidad; dichas poblaciones son el blanco de servicios directos cuyo objetivo es reducir los riesgos relacionados con la salud y mejorar el nivel de la misma. Las poblaciones en riesgo son agregados con características o conductas que aumentan la posibilidad de desarrollar enfermedades o trastornos de la salud. A medida que aumentan los riesgos de salud de estos agregados, se imponen mayores demandas sobre el sistema de atención de salud consistentes en servicios y programas para manejar estas necesidades, lo cual produce un incremento en los costos de atención. Cuando algunos segmentos de la población experimentan un debilitamiento de la salud, generalmente se convierten en contribuyentes menos efectivos para la comunidad, lo que da como resultado una reducción de la productividad comunitaria. Los individuos y agregados que tienen alto riesgo también tienen una menor calidad de vida.

Las consecuencias de las poblaciones en riesgo no tratadas pueden ser devastadoras para la comunidad. La comunidad se desgasta cuando sus miembros son incapaces de alcanzar su potencial individual y colectivo para la salud. Los cambios en la condición de salud de los individuos y las familias afectan la salud

de toda la comunidad; los cambios beneficiosos para la salud comunitaria usualmente requieren cambios simultáneos a nivel social. Para mantener o mejorar la salud de la comunidad, se deben movilizar todos sus recursos, y con frecuencia deben agregarse servicios adicionales para manejar las condiciones tratadas de manera inadecuada y así mismo a las poblaciones mal atendidas.

La enfermera de salud comunitaria se preocupa por la población total de la comunidad y dirige sus servicios tanto a las personas que utilizan los recursos disponibles para la atención en salud como a aquellas que no utilizan tales servicios. Algunos miembros de la comunidad son hábiles en la utilización de los recursos mientras otros son incapaces de ubicar un camino en el sistema de la atención en salud y por tanto están privados de su derecho y son insignificantes para el sistema de atención. La enfermera de salud comunitaria atiende las necesidades de todos los miembros de la comunidad pero está especialmente interesada en las personas en riesgo y en las personas desligadas de los recursos disponibles para la atención de salud. Ella respeta la posición de los individuos que voluntariamente no desean participar en las decisiones relacionadas con la atención de salud o utilizar los recursos del sistema para la atención de la misma.

La enfermera de salud comunitaria debe conocer los riesgos de la salud asociados con los agregados, en particular aquellos factores que pueden ser modificados para reducir el riesgo de las condiciones de salud dadas. La enfermera utiliza los datos demográficos y las tasas de morbilidad y mortalidad para identificar los patrones de riesgo. Las principales causas de enfermedad y muerte son analizadas con objeto de evidenciar las tendencias que revelen las necesidades de educación y las instrucciones relacionadas con la salud, el seguimiento, la detección de los casos y las estrategias basadas en la comunidad para la reducción del riesgo. La enfermera de salud comunitaria está al tanto de las intervenciones para reducir, modificar o eliminar los factores significativos de riesgo. Fundamental en las estrategias de intervención es reconocer el hecho de que las tasas de morbilidad y mortalidad pueden ser alteradas mediante cambios en el estilo de vida de las personas. Estos cambios son importantes para reducir el riesgo asociado con las principales causas de muerte. Considere los factores controlables de riesgo correspondientes a las principales causas de muerte en Estados Unidos: tabaquismo, hipertensión arterial, obesidad, niveles elevados de colesterol sérico y abuso de alcohol y drogas. Todos estos factores son modificables a través de las estrategias para la reducción del riesgo personal tales como el abandono del cigarrillo, el control de la presión sanguínea, la reducción de peso, una adecuada nutrición y el tratamiento de la adicción al alcohol y las drogas. Cuando la enfermera de salud comunitaria promueve la salud de los individuos, sus familias y otros integrantes significativos de las poblaciones de alto riesgo, mejora la salud de toda la comunidad. Esta enfermera está cuidando de la comunidad como cliente.

Para controlar los datos de la salud basados en la población, la enfermera de salud comunitaria puede referirse a las fuentes epidemiológicas y demográficas. Documentos tales como *Healthj People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives* (1991), *Healthy People 2000: Review 1994* (1995) y *Healthy People 2000 Midcourse Review and 1995 Revisions* (1995) exponen en forma pormenorizada las metas y prioridades de la agenda nacional de prevención. Estos informes indican que se requiere una acción concertada para fortalecer el sistema de salud pública a nivel estatal y local con objeto de garantizar la prestación de los servicios que conservan sana a la población. Las metas mencionadas requieren sistemas de pago que retribuyan a los proveedores y planes de salud que mantengan sanas a las personas. También se requiere que los sistemas para el manejo de los datos brinden información sobre los tipos de enfermedad, las patologías emergentes, las tasas de inmunización y las prácticas de utilización de los servicios preventivos de

salud así como el estudio de su efectividad respecto al costo. Estos datos son utilizados para dirigir la política pública a fin de promover la salud y ayudar a los individuos a optar por estilos de vida saludables. *Healthy People 2000 Midcourse Review and 1995 Revisions* destaca tres objetivos. El primer objetivo consiste en prolongar el espacio de vida saludable de todos los estadounidenses, enfatizando en la vida sana y no sólo en la longevidad. El segundo objetivo es cerrar las brechas existentes en el estado de la salud y sus desenlaces entre las minorías étnicas y raciales y la población total, o sea, reducir las desigualdades de salud entre los estadounidenses. El tercer objetivo corresponde al compromiso de garantizar el acceso universal a los servicios preventivos de salud como parte de la atención primaria. Aunque se puede obtener un consenso sobre los servicios esenciales que deberían encontrarse disponibles, una de las principales barreras a la prestación de estos servicios ha sido la disminución del porcentaje de estadounidenses con cubrimiento de seguros de salud. *Healthy People 2000* detalla 22 áreas prioritarias en la atención para la promoción de la salud (tabla 7-1). La enfermera de salud comunitaria trabaja con documentos como el citado para hacer coincidir los esfuerzos comunitarios locales con los objetivos nacionales y estatales, y mejorar tanto la salud de las comunidades como la de la comunidad colectiva: Estados Unidos.

ADQUIRIR CONOCIMIENTOS SOBRE LA COMUNIDAD

Existen múltiples fuentes de datos disponibles para aprender respecto a la comunidad. El capítulo 8 detalla el proceso de la revelación de la información sobre la comunidad, incluyendo la propia valoración de la enfermera de salud comunitaria que utiliza sus sentidos y habilidades de observación. Un recurso comunitario útil para la recolección de los datos es un informante clave en la comunidad; éste es alguien que conoce la población y los servicios comunitarios. Un informante clave está deseoso de hablar y compartir sus conocimientos con alguien que provenga de fuera de la comunidad. La enfermera de salud comunitaria debe tener en cuenta que los informantes presentan la información sobre la comunidad desde

Informante clave. Se trata de un miembro de la comunidad deseoso de compartir con una persona ajena a la misma sus conocimientos sobre ésta, incluyendo información sobre la población y los servicios comunitarios.

*

TABLA 7-1

ÁREAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Actividad física y acondicionamiento físico	Vigilancia de alimentos y medicamentos
Nutrición	Salud oral
Tabaquismo	Salud materno-infantil
Alcohol y otras drogas	Enfermedad cerebro cardiovascular
Planificación familiar	Cáncer
Salud mental y trastornos mentales	Diabetes y condiciones crónicas discapacitantes
Conducta violenta y abusiva	Infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
Programas educativos y comunitarios	Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
Lesiones involuntarias	Inmunización y enfermedades infecciosas
Seguridad y salud ocupacional	Servicios clínicos preventivos
Salud ambiental	Sistemas de datos y seguimiento

NOTA: Tomado de *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives* (p. 7), por el U. S. Department of Health and Human Services, 1991, Washington, DC: La autora. Reimpreso con autorización.

sus propias perspectivas. Los datos son validados a medida que otras fuentes confirman los hallazgos.

La enfermera de salud comunitaria solicita al informante clave su impresión sobre los problemas reales y potenciales de la salud, las características de la población, sus valores y creencias, la utilidad e idoneidad de los recursos comunitarios para sus miembros y las fortalezas de la comunidad. La descripción de la evidencia que acompaña las impresiones personales del informante clave resulta especialmente valiosa. La enfermera de salud comunitaria pregunta al informante clave cómo llegó a tales conclusiones. Igualmente reveladora es la idea que el informante clave tiene sobre cómo podrían remediarse y solucionarse los problemas de salud de la comunidad.

Los informantes clave también se desempeñan como los recepcionistas de la comunidad. Los recepcionistas permiten que los extraños accedan a un sistema de cliente del mismo modo que la apertura de una puerta permite el acceso a una casa o edificio. En una comunidad, el recepcionista controla la entrada y la salida de los miembros y permite que la enfermera de salud comunitaria tenga acceso a ella. Los recepcionistas no necesariamente son informantes clave. La diferencia radica en que el informante clave está deseoso de comunicarse respecto a la comunidad con alguien ajeno a la misma. El recepcionista puede no comunicar información sobre la comunidad y sus recursos pero ejerce un poder sobre las estructuras comunitarias para permitir el acceso y la movilización en medio de la comunidad. Los informantes clave y los recepcionistas ejecutan papeles vitales en la comunidad y son esenciales para ayudar a la enfermera de salud comunitaria a recolectar la información sobre ésta.

RESUMEN

La riqueza de una comunidad se puede conocer después de finalizar una cuidadosa valoración comunitaria y una aplicación meticulosa del proceso de enfermería al atender a las comunidades. Este capítulo está diseñado para fortalecer la importancia que tiene considerar a la comunidad como un sistema de cliente. La enfermera de salud comunitaria atiende a los sistemas humanos y trabaja para mejorar el nivel de salud de todos los individuos. Para lograr esta misión, dirige todas las acciones de enfermería hacia la comunidad en general. Los datos sobre las fortalezas, los riesgos y los problemas de salud de la comunidad son analizados. Los esfuerzos de la comunidad proporcionan la energía para tratar y transformar los riesgos y problemas de la salud. Los esfuerzos de la comunidad son identificados para propiciar un sentido de orgullo y crear los enlaces a partir de los cuales puedan establecerse las alianzas. Múltiples fuentes de datos son utilizadas para recolectar la información respecto a la capacidad que posee la comunidad para funcionar y velar por sus miembros. La enfermera de salud comunitaria busca informantes clave y recepcionistas que le permitan acceder a la comunidad y la ayuden a forjar las alianzas para la salud comunitaria. La información sobre la comunidad facilita una agenda de acción que la enfermera de salud comunitaria utiliza en asociación con otros miembros del equipo de atención y con los miembros de la comunidad para atender las necesidades de salud.

PALABRAS CLAVE

Agregado
Agente de comunicación

Informante clave
Unidad de atención

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas.

- 1.Cuál de los siguientes enunciados ejemplifica mejor la cualidad de la integridad del sistema:
 - A. La suma de las partes equivale a la totalidad.
 - B. La totalidad está compuesta por partes iguales y complementarias.
 - C. La totalidad es diferente y más que la suma de las partes.
 - D. La totalidad es indefinible.
2. Uno de los retos de la prestación de la atención basada en la comunidad es la aceptación de los servicios suministrados. La aceptación se refiere a:
 - A. La congruencia entre el servicio y las expectativas de la población blanco.
 - B. El número, los tipos, la categoría y la frecuencia de los servicios sociales y de salud ofrecidos.
 - C. La capacidad de los consumidores para costear los servicios de atención de salud.
 - D. El suministro de servicios que son requeridos y deseados por la población blanco.
3. La mejor definición de una población de riesgo es:
 - A. Personas que dependen de los servicios sociales para su respaldo financiero.
 - B. Personas que viven muy apartadas de los hospitales y proveedores de atención de salud.
 - C. Personas que enfrentan muchos obstáculos para cubrir sus necesidades vitales.
 - D. Personas con una gran susceptibilidad a ciertos problemas de salud.
4. Los tres objetivos de *Healthy People 2000* enunciados incluyen todos los siguientes, excepto:
 - A. Prolongar el espacio de vida saludable para todos los estadounidenses.
 - B. Reducir el predominio de todas las enfermedades transmisibles.
 - C. Cerrar las brechas entre las condiciones y los resultados de la salud existentes entre las minorías étnicas y la población total.
 - D. Garantizar el acceso universal a los servicios preventivos de salud como parte de la atención primaria.
5. Un informante clave en la comunidad es alguien que conoce la comunidad y:
 - A. Evita que los extraños ingresen a la comunidad y tengan acceso a la información sobre ésta.
 - B. Presenta una visión tendenciosa sobre la comunidad, lo cual dificulta el conocimiento de la misma.
 - C. Está deseoso de hablar y compartir su conocimiento con alguien ajeno a la comunidad.
 - D. Utiliza su conocimiento para planear y desarrollar los recursos para la atención de salud de la comunidad.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es C.* La suma de las partes es menor que la totalidad porque la totalidad es diferente y mayor que la suma de las partes.
2. *La respuesta es A.* La aceptación se refiere a la congruencia entre el servicio y las expectativas, actitudes, valores, cultura y creencias de la población blanco. Si la atención de salud no es aceptada por la población blanco, los servicios suministrados no resultarán efectivos.

3. *La respuesta es D.* La mejor definición de una población en riesgo son las personas con una susceptibilidad inusualmente alta a ciertos problemas de salud.
4. *La respuesta es B.* La reducción del predominio de todas las enfermedades transmisibles es un objetivo importante de los programas de salud pública, pero no se menciona como uno de los tres objetivos de *Healthy People 2000*.
5. *La respuesta es C.* Un informante clave es alguien que conoce la población y los servicios de la comunidad y está deseoso de hablar y compartir su conocimiento con alguien proveniente de fuera de ésta.

REFERENCIAS COMENTADAS

American Nurses Association. (1993). Advanced practice nursing. A new age in health care. *Nursing Facts*. Washington, DC: La autora.

Este pliego de verdades proporciona los datos que verifican cómo las enfermeras de la práctica avanzada (EPA) pueden constituir un enlace crítico en la solución de la crisis de la atención de salud en Estados Unidos. Aproximadamente 140.000 EPA están desempeñando nuevos papeles en la prestación de una atención de salud que sea oportuna, de calidad y efectiva respecto al costo, en especial a las poblaciones crónicamente atendidas en forma impropia tales como los ancianos, las personas que viven en pobreza y aquellas que habitan en áreas rurales. La eficacia que tiene el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad ya ha sido demostrada. La efectividad respecto al costo está relacionada con factores tales como el sitio de trabajo, el aseguramiento de la responsabilidad y el costo de la educación especialmente en comparación con la recibida por los médicos.

Krout, J. A. (1986). *The aged in rural America*. Nueva York: Greenwood Press.

Este libro documenta y analiza las condiciones y experiencias de los ancianos que viven en ambientes rurales y los compara con los ancianos que habitan en sitios más urbanos. Los patrones analizados incluyen los datos demográficos, económicos, trabajo, jubilación, esparcimiento, salud física y mental, vivienda, transporte y sistemas y servicios formales e informales de apoyo.

Krout, J. A. (Ed.) (1994). *Providing community-based services to the rural elderly*. Thousand Oaks, CA: Sage.

El libro reúne la información sobre los servicios basados en la comunidad para los ancianos rurales obtenida tanto por los investigadores como por los practicantes. Presenta información detallada y específica sobre una gran variedad de servicios basados en la comunidad que son requeridos y se encuentran disponibles para los ancianos que residen en áreas rurales. El libro enfoca la exploración de cómo estos servicios pueden ser desarrollados y suministrados dadas las realidades de la ubicación, los recursos y las poblaciones rurales.

Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1958). *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach*. Nueva York: McGraw-Hill.

Este conocido libro sobre la medicina preventiva incluye la revisión de los principios básicos y la aplicación de estos principios a diversas condiciones de salud y una acción comunitaria organizada. Es reconocido como el más fino recurso para explicar la historia natural de la enfermedad y los niveles de prevención. La información contenida sobre el enfoque epidemiológico y sus contribuciones a la medicina preventiva con frecuencia es citada en las publicaciones relacionadas con la salud comunitaria.

National Institute of Nursing Research (1995). *Community-based health care: Nursing strategies*. Bethesda, MD: Autor.

Informe de un panel de expertos en prioridades del National Institute of Nursing Research (NINR) sobre las estrategias de la enfermería para la atención de salud basada en la comunidad. Corresponde a uno de una serie de paneles de expertos instituidos por el National Center for Nursing Research (NCNR) junto al desarrollo del National Nursing Research Agenda (NNRA). Describe los conceptos y las definiciones de la atención basada en la comunidad, y explora la salud en el área rural y urbana de Estados Unidos.

Swanson, J. M., & Albrecht, M. (1993). *Community health nursing: Promoting the health of aggregates*. Filadelfia: W. B. Saunders.

Este es un texto de enfermería para la salud comunitaria que presenta un enfoque del agregado para la práctica de salud familiar y comunitaria. Documenta cómo las injusticias sociales existentes impiden la institución de la salud como un derecho para todas las personas. Los autores se enfocan sobre agregados específicos de la comunidad y se refieren a las necesidades especiales de salud de algunos agregados seleccionados.

U.S. Department of Health and Human Services. (1991). *Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives*. Washington, DC: Autor.

Documento, sirve como guía para los objetivos nacionales de salud que tienen como meta el año 2000. Perfil a las personas estadounidenses y la evolución nacional respecto a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Incluye una discusión sobre el aspecto económico de la prevención, los desafíos y las metas de la salud para el año 2000, identificando como áreas prioritarias la promoción y protección de la salud, los servicios preventivos y los sistemas de seguimiento y sistemas de datos. Analiza la salud de la nación en relación con los grupos étnicos y las poblaciones especiales.

U.S. Department of Health and Human Services. (1995). *Healthy People 2000: Review, 1994*. Hyattsville, MD: Autor.

Este texto presenta una revisión de los datos de seguimiento de los 300 objetivos originales y 223 poblaciones especiales utilizando tablas, gráficos y relatos para describir el progreso hacia las metas propuestas para el año 2000.

U.S. Department of Health and Human Services. (1995). *Healthy People 2000: Midcourse review and 1995 revisions*. Washington DC: Autor.

Este texto es un informe de los logros luego de la emisión de Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, y los desafíos restantes relacionados con la prevención de la muerte prematura y el mejoramiento de la salud a medida que se acerca el año 2000. Constituye un informe detallado sobre el progreso de las 22 áreas prioritarias identificadas y la acción de consorcio que se está llevando a cabo por el Estado y a través de actividades privadas y voluntarias.

Valoración de la comunidad.

Proceso que consiste en investigar y validar los datos relevantes basados en la comunidad, siguiendo un método específico con objeto de conocer las interacciones entre las personas, los recursos y el ambiente. El término valoración de la comunidad es utilizado para designar una fase del proceso de enfermería, la fase de valoración, aplicada a la comunidad como cliente. El término también puede ser empleado más genéricamente para abarcar todo el proceso de enfermería en cuanto a su aplicación en la comunidad.

Diagnóstico de la comunidad.

Corresponde a la expresión de una necesidad, problema, riesgo o fortaleza de la comunidad derivada del análisis concienzudo y de la síntesis de los datos de la valoración. El diagnóstico comunitario constituye la base para las intervenciones basadas en la comunidad.

C A P Í T U L O 8

*

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA COMUNIDAD

El proceso de enfermería define las interacciones y las intervenciones con los sistemas de clientes ya se trate de individuos, familias, agregados o comunidades, y brinda un marco lógico para la prestación de la atención de enfermería. Este proceso comprende cuatro fases: valoración, planeación, implementación y evaluación. El diagnóstico de enfermería, culminación de los datos de la valoración, clarifica la condición de salud o el problema que requiere intervención de enfermería. Esencialmente, el proceso de enfermería consiste en un método sistemático para determinar el estado de salud de un cliente, reconocer las inquietudes y los problemas de salud e iniciar las intervenciones para implementar el plan y, finalmente, evaluar la conveniencia del mismo para la promoción del bienestar y la solución de los problemas identificados. La aplicación del proceso de enfermería a la comunidad como cliente constituye el foco de este capítulo.

Este capítulo explora las múltiples dimensiones de la etapa de valoración del proceso de enfermería y concluye con ejemplos de cómo formular diagnósticos de enfermería que reflejen las necesidades particulares y los problemas de salud de la comunidad. Además, la comunidad es considerada tanto desde la perspectiva de sus fortalezas como de sus riesgos y problemas de salud. El proceso de enfermería no debería limitarse a la identificación de los problemas, debería además reflejar las ricas y variadas aptitudes y fortalezas del cliente. Se trata de un proceso que comprende el análisis crítico de los datos significativos que se forman desde la perspectiva de la disciplina de la enfermería. La enfermera, el cliente y los miembros del equipo interdisciplinario trabajan en colaboración para reconocer el problema de salud, planear e implementar las estrategias de atención y evaluar su efectividad. Finalmente, el Modelo de Alianza para la Salud ofrece la estructura organizacional para comprender las fuerzas contributivas e interactuantes que integran la comunidad. Los componentes de esta estructura son: las necesidades basadas en la comunidad, los sistemas para la gestión de la atención y las influencias que determinan las decisiones para la adjudicación de los recursos. Cada componente del Modelo de Alianza para la Salud se detalla a medida que se presentan las fases de valoración y diagnóstico de la salud comunitaria. Cada uno de los miembros del equipo interdisciplinario aporta al proceso de valoración sus propias perspectivas particulares. Los miembros del equipo identifican las variables que fortalecen dicho proceso.

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

Valoración de una comunidad

Observación de la comunidad

Reconocimiento

Enfoque de las necesidades basadas en la comunidad

Técnicas para la gestión de la atención

Influencias sobre las decisiones para la adjudicación de los recursos

Análisis comunitario

Diagnóstico comunitario

Resumen

VALORACIÓN DE UNA COMUNIDAD

Una comunidad puede ser definida de muchas maneras, pero el concepto de las personas interactuando entre sí y con su ambiente es clave para comprender a la comunidad. La enfermera de salud comunitaria y los integrantes del equipo interdisciplinario son miembros de la comunidad como proveedores de atención

de salud. Las interacciones entre los clientes y estos proveedores permiten la identificación de las necesidades y el establecimiento de una alianza a fin de promover, proteger y atender la salud de toda la comunidad.

La valoración de una comunidad como cliente no difiere mucho de la valoración de una familia, un grupo o un cliente individual. La enfermera utiliza un amplio conocimiento y sus habilidades para descubrir los datos significativos que describan y reflejen la identidad de la comunidad y su actual estado de salud. Esta valoración crítica tiene en cuenta los distintos componentes de la comunidad, sus interacciones y los atributos tanto cualitativos como cuantitativos de cada componente.

OBSERVACIÓN DE LA COMUNIDAD

Impresiones clínicas

La enfermera de salud comunitaria debe adentrarse en la comunidad con objeto de recolectar la información relevante. Luego de analizar el crítico tema de su seguridad personal y seleccionar los medios más eficientes para su transporte, se debe aventurar en el interior de la comunidad para tener una mejor perspectiva. Desplazarse a pie donde sea posible, constituye el método más efectivo para obtener información; sin embargo, en algunas áreas la enfermera de salud comunitaria puede viajar en bus, tren, carro, bicicleta, lancha, caballo o carreta. Ella puede ubicar en la comunidad a un individuo que desee desempeñarse como su guía durante esta fase de recolección de la información; esta decisión dependerá del grado de comodidad y seguridad de la enfermera en la comunidad, el terreno y los obstáculos que deberá considerar en la negociación, los aspectos relacionados con el lenguaje y la cultura, así como la disponibilidad y voluntad de los miembros de la comunidad para prestarle este servicio.

Una forma de vinculación con la comunidad es desplazarse en medio de ella de una manera que le resulte natural a sus miembros. En ocasiones la recolección de los datos realizada mediante la observación desde un carro, un tren o un bus se conoce como «vistazo de reconocimiento». Los datos recolectados de este modo corresponden a impresiones; es decir, la enfermera de salud comunitaria está registrando las imágenes de la comunidad, utilizando sus habilidades de observación de manera crítica, del mismo modo que lo hace cuando observa a un cliente individual que consulta en busca de atención de salud. La enfermera analiza la impresión general que el cliente le produce. El cliente puede estar apropiadamente vestido según el clima, pulcro y en buenas condiciones o puede encontrarse inadecuadamente vestido considerando las condiciones climáticas y lucir sucio y confuso. La coloración de su piel puede ser pálida o cianótica. Puede presentar contusiones o heridas abiertas. Sus labios pueden estar secos, inflamados o encostrados, y sus ojos pueden lucir claros o irritados. El cliente puede presentar disnea, diaforesis o cojera. Puede establecer o evitar el contacto ocular. Estas señales ofrecen orientaciones para una exploración más profunda, y alertan a la enfermera respecto a inquietudes potenciales que requieren una valoración adicional. Después de todo, el proceso de enfermería constituye un método de investigación que —con la validación del cliente— conduce a la clarificación de su estado de salud y, en últimas, a la identificación de las inquietudes y los problemas de la salud.

Mientras se desplaza por la comunidad, la enfermera de salud comunitaria reflexiona sobre lo que observa. ¿Hay personas en las calles? ¿Entablan conversación entre ellas? ¿Cómo es el aspecto de estas personas? ¿Cómo se visten y comportan? ¿Están abiertas al comercio las tiendas y almacenes? ¿Hay edificios vacantes?

¿Están los edificios sellados o tienen puertas metálicas aseguradas? ¿Qué aroma se percibe en el aire? ¿Acaso aromas de comidas autóctonas provenientes de los restaurantes locales, o malos olores provenientes de los basureros? ¿Están los alimentos frescos y gustosos cuando la enfermera se detiene a almorzar en un congestionado restaurante, o en los puestos de ventas callejeras o en los puestos de víveres a la orilla de las carreteras? ¿Los graffiti decoran los edificios o los miembros de la comunidad han pintado murales? ¿Se escuchan ruidos provenientes de una planta industrial o el silencio caracteriza a la comunidad? ¿Los establecimientos comerciales emiten vapores, gases o humo? ¿Las señales anuncian las reuniones escolares/comunitarias o dicen "prohibido pasar"? ¿Qué clase de negocios activos frecuentan los miembros de la comunidad? ¿Hay edificios de apartamentos, casas individuales, casas en serie, granjas, apartamentos verticales o una combinación de todos estos? ¿Las calles están llenas de baches o las zanjas inundadas por aguas negras? Una profesional diligente puede descifrar una enorme cantidad de información sobre la comunidad a partir de esta sencilla forma de inspección. Posteriormente, se pueden recolectar los datos para validar estas impresiones.

Utilizar los sentidos

La enfermera de salud comunitaria utiliza cada uno de sus sentidos (la vista, el olfato, el oído, el gusto y el tacto) para observar a la comunidad. Los sentidos son utilizados para apreciar la experiencia de encontrarse en medio de ella. La valoración consiste en el proceso de familiarizarse y ser reconocido por la comunidad. La enfermera observa los aspectos relacionados con la cultura y la comunicación, olfatea la calidad y la peculiaridad del aire, escucha los sonidos que caracterizan la cadencia natural y el transcurrir del intercambio y movimiento comunitario, degusta los alimentos que distinguen a la comunidad, toca y es tocada por las personas a través del contacto visual, los apretones de manos y la prestación de los cuidados físicos. La enfermera procura establecer intercambios con los dependientes o propietarios de los restaurantes locales para obtener un completo conocimiento de la comunidad. Los periódicos o volantes de la localidad brindan a la enfermera una impresión sobre los temas y actividades que reflejan a la comunidad. La enfermera de salud comunitaria se adentra en la comunidad e intenta formar parte de ella.

Seguridad

Es muy importante que la enfermera de salud comunitaria se sienta confiada y segura en el ámbito comunitario. Si ella percibe un riesgo o peligro físico es primordial que tome las precauciones necesarias para abandonar el área sana y salva y reingrese a la comunidad acompañada o en un momento del día considerado más conveniente para una visita tranquila. Las horas de la mañana generalmente son más seguras que las horas de mitad y final de la tarde. Se aconseja consultar al departamento local de salud o a la Visiting Nurse Association (VNA) para conocer si existen áreas en las cuales se recomienda la compañía de un escolta o existen en la comunidad edificios o zonas que no deben ser visitadas. Siempre es mejor estar bien informado que ingresar inadvertidamente en un área insegura.

La enfermera debe preocuparse por su seguridad personal así como por la seguridad comunitaria. Sin embargo, al entablar una relación con una comunidad es esencial que la enfermera de salud comunitaria exprese su deseo y voluntad de

permanecer en la comunidad; si se muestra ansiosa o temerosa, ese sentimiento es transmitido a los miembros comunitarios y la aparta de ellos, impidiendo la exitosa culminación de la valoración. La enfermera de salud comunitaria debe expresar su deseo y voluntad de vincularse a la comunidad y apreciar su singular personalidad. No obstante, para deambular efectiva y constructivamente en el ambiente comunitario ella debe tener en cuenta su propia seguridad.

R ECONOCIMIENTO

Ubicación de los recursos

La investigación adicional sobre la comunidad confirma las impresiones de la enfermera de salud comunitaria y proporciona una base de conocimiento respecto a la comunidad, su funcionamiento, fortalezas, riesgos, aspectos y problemas de la salud. Existen impresos provenientes de múltiples **fuentes de información sobre la comunidad** tales como los datos estadísticos, los medios, los informantes clave, los historiadores, las agencias y las organizaciones de servicios comunitarios, para mencionar sólo unas pocas. Los directorios telefónicos con frecuencia contienen una breve pero instructiva historia de la comunidad. Mediante la reseña habitual de las fechas importantes, los fundadores y el desarrollo inicial de la comunidad, el directorio telefónico ofrece una idea general de la misma. También incluye un listado de los servicios sociales y de salud allí disponibles.

Algunas comunidades pueden contar con una gran variedad de servicios sociales y de salud que incluyen la VNA (Visiting Nurse Association) y otros centros de salud administrados por enfermeras. Otras comunidades pueden tener pocos recursos para la salud o carecer de ellos. Es importante informarse respecto a los hospitales y los servicios de urgencias. La enfermera de salud comunitaria debe elaborar un directorio personal que contenga los recursos disponibles para los servicios sociales y de salud; es fundamental visitar estas agencias puesto que ellas proporcionan la infraestructura para los sistemas de prestación de atención de salud que se encuentran disponibles o ausentes en la comunidad.

La biblioteca, si existe, constituye una valiosa fuente de información esencial sobre la historia y el desarrollo de la comunidad. El material crucial de referencia incluye los datos del censo, que aportan las más recientes estadísticas vitales disponibles sobre la comunidad. Estos datos revelarán la información relacionada con el tamaño de la población, la distribución según edad y sexo, los patrones de razas y etnias, la condición socioeconómica y las características de vivienda, entre otras variables demográficas tabuladas en el censo. El bibliotecario es un informante clave que puede guiar y ayudar a la enfermera a descubrir un caudal de recursos sobre los atributos de la comunidad.

Otras fuentes importantes de datos incluyen la cámara de comercio local y las agencias gubernamentales. Estas agencias ofrecen la perspectiva oficial de la comunidad. La cámara de comercio está interesada en comercializar las mejores características de la comunidad y le resulta particularmente útil a la enfermera de salud comunitaria para descubrir algunas de sus fortalezas. La Cámara de Comercio corresponde a una agencia clave en una red y generalmente está al tanto de otras agencias y de los ofrecimientos de la comunidad. Las agencias gubernamentales locales pueden incluir la oficina del alcalde, el archivo municipal o la estación de policía. Estas agencias pueden familiarizar a la enfermera con la estructura gubernamental oficial de la comunidad. Conocer la cadena oficial de mando y la manera como funciona el gobierno local, es fundamental para comprender

Fuentes de información sobre la comunidad

Directorio telefónico
Agencias de salud y servicios sociales
Biblioteca
Agencias gubernamentales
Cámara de comercio
Informantes clave
Personal de las agencias comunitarias

la distribución del presupuesto y las agencias financiadas por los impuestos, las cuales atienden a los miembros comunitarios. Entablar una relación de confianza mutua con las autoridades del gobierno y ser reconocida en la comunidad como un recurso para la salud, hace parte de la reputación que la enfermera de salud comunitaria desea fomentar.

La identificación de los informantes clave en la comunidad representa un desafío especial. Los informantes clave pueden estar ubicados en muchos lugares tan insospechados como los salones de belleza, las barberías, las ferreterías y los bares. Los ancianos de la comunidad pueden ser especialmente útiles ya que con frecuencia pasan con gusto muchas horas familiarizando a la enfermera de salud comunitaria con los cambios producidos en la comunidad. Los ancianos son una rica fuente sobre la cadencia y el transcurrir de la vida comunitaria y tienen una aguda perspectiva sobre la evolución de la comunidad y sus miembros más influyentes. Los ancianos pueden encontrarse en diversos lugares como los centros para la tercera edad, las residencias para ancianos, jugando ajedrez en el parque o participando como voluntarios en la sede comunal. Es importante que la enfermera de salud comunitaria busque la representación de miembros de todos los grupos étnicos y étnicos/culturales de la comunidad. Asimismo, es conveniente que busque en las agencias comunitarias, miembros que estén familiarizados con la comunidad para representar sus necesidades de salud en la forma más precisa y completa posible.

Si el lenguaje constituye una barrera para la comunicación efectiva, la enfermera de salud comunitaria debe ubicar a los miembros del grupo cultural que puedan servir como traductores. El lenguaje nunca debería ser un obstáculo para aprender sobre la comunidad y sus miembros. La enfermera debe ser creativa y hábil para superar las barreras y los obstáculos que impidan la comunicación. Demostrar un auténtico interés en aprender sobre las personas y su ambiente, y conocer con exactitud los temas y las inquietudes que afectan su potencial de salud y su vida cotidiana, constituyen las misiones de esta profesional de la salud.

*E*NFOQUE DE LAS NECESIDADES BASADAS EN LA COMUNIDAD

Patrones de morbilidad y mortalidad

La valoración comunitaria se hace más orientada y definida a medida que las fuentes y los datos especifican las amenazas y los peligros para la salud. La enfermera de salud comunitaria debe convertirse en experta en datos bioestadísticos. La **bioestadística** y la **estadística vital** son las herramientas que la enfermera de salud comunitaria y los miembros del equipo interdisciplinario utilizan para valorar y diagnosticar los problemas de salud de la comunidad. Estas mismas mediciones son nuevamente utilizadas durante la fase de evaluación del proceso de prestación de la atención, con objeto de juzgar la precisión de los diagnósticos y la efectividad de los tratamientos iniciados en respuesta a las necesidades identificadas. De este modo, las bioestadísticas son utilizadas como parte de las fases de valoración y evaluación del proceso de enfermería. Las tasas de nacimiento y muerte, las tasas de mortalidad específica según la edad, y las tasas de morbilidad, prevalencia e incidencia son evaluadas. Cada tasa es ilustrativa para aprender más respecto de la población comunitaria y de las amenazas y problemas de salud que ella enfrenta. Una población anciana puede tener elevadas tasas de mortalidad así como altas tasas de mortalidad específica para distintas enfermedades (por ejemplo, las correspondientes al cáncer y a la enfermedad cardiovascular). La longevidad puede

La bioestadística es "la ciencia relacionada con los planes y los métodos para la recolección, tabulación y el análisis de los datos y las cifras numéricas de las ciencias vitales" (Leavell y Clark, 1965, p. 95).

La **estadística vital** es "el estudio de los datos de un individuo desde el registro de su nacimiento hasta su defunción" (Leavell y Clark, 1965, p. 95).

representar un espacio vital de buena salud, dando como resultado la muerte a una edad avanzada, o puede significar la oportunidad de vivir más tiempo sólo para desarrollar y morir por causa de enfermedades crónicas. Las tasas de prevalencia son importantes para apreciar la naturaleza y los tipos de enfermedades que afectan a esta población. Si la comunidad tiene una preponderancia de miembros jóvenes, las tasas de mortalidad específica según la edad que tienen como blanco a los lactantes y niños menores son las más impresionantes. Las tasas de incidencia de las enfermedades infecciosas pueden resultar útiles para comprender los patrones de la enfermedad aguda y las tasas específicas de ataque de las condiciones idiosincrásicas. Las tasas de natalidad ayudan a la enfermera de salud comunitaria y a los miembros del equipo interdisciplinario a anticipar las demandas que serán impuestas sobre las agencias de atención infantil y los colegios de la comunidad: también brindan la oportunidad para desarrollar planes encaminados a promover y proteger la salud de estos nuevos miembros comunitarios. Puede ser necesario crear políticas de salud especialmente relacionadas con la prevención de la diarrea y la importancia de las precauciones universales en las guarderías. Quienes trabajan en atención infantil deben recibir instrucción sobre el crecimiento y desarrollo infantil y sobre la importancia de la estimulación para propiciar el desarrollo de las habilidades del lenguaje, las habilidades motoras gruesas y finas, y las habilidades para la socialización. Esta clase de planeación para la salud comunitaria es el resultado de una cuidadosa valoración de la población y de las estadísticas de la salud, que permite a la enfermera de salud comunitaria y al equipo de atención en salud actuar activamente en beneficio de la salud de la comunidad.

Datos demográficos

Las estadísticas vitales ayudan a la enfermera de salud comunitaria a identificar los particulares desafíos de salud enfrentados por los miembros de la comunidad; estos datos informan a la enfermera respecto al grado de vitalidad presente en la comunidad y el grado en el cual los miembros están agobiados por la enfermedad y las amenazas para su salud. Los datos demográficos también ayudan a la enfermera de salud comunitaria a aprender cuanto sea posible sobre las características de la población.

La ubicación de los datos demográficos constituye un proceso de investigación. La clave del éxito radica en la habilidad de la enfermera de salud comunitaria para buscar fuentes confiables de información en una variedad de agencias. La enfermera de salud comunitaria, utiliza los datos obtenidos mediante las encuestas y los informes institucionales realizados tanto por agencias oficiales como voluntarias y privadas, revisa la información y extrae los hallazgos útiles, los cuales se convierten en parte de la valoración global de la comunidad, e identifica una gran cantidad de información sin necesidad de iniciar un nuevo estudio. Aunque generalmente la biblioteca comunitaria es un buen lugar para comenzar este proceso de investigación, las agencias tales como las asociaciones de servicios familiares, los centros de asesoría, las agencias relacionadas con distintas enfermedades (por ejemplo, las asociaciones del corazón o pulmón o los programas educativos sobre el sida), los colegios y los grandes empleadores se cuentan entre las agencias que la enfermera de salud comunitaria puede contactar en busca de informes especiales. El departamento de salud local también es una fuente clave de información al igual que la oficina del alcalde o el gobernador, las cuales pueden haber adelantado revisiones sobre el estado de salud de la comunidad o haber elaborado informes especiales sobre temas relacionados con la salud.

Los políticos locales también llevan a cabo una amplia investigación sobre las comunidades pertenecientes a su jurisdicción y usualmente están deseosos de comunicarse con sus electores respecto a las áreas de interés común; los temas relacionados con la atención de salud pueden encontrarse entre sus principales prioridades. Ellos pueden haber elaborado informes sobre las tasas de incidencia de cáncer mamario o la magnitud del problema de la indigencia, citando datos poblacionales y patrones de vivienda. La policía y los bomberos también pueden emitir informes sobre la efectividad de sus respectivos departamentos, informes que pueden incluir estadísticas poblacionales respecto a la criminalidad, accidentalidad u ocurrencia de desastres. Aunque los objetivos y los propósitos de los distintos reportes e inventarios recolectados por la enfermera de salud comunitaria pueden diferir en cuanto a los objetivos de los informes elaborados por ella misma sobre la comunidad y sus miembros, las fuentes mencionadas contienen datos estadísticos útiles.

Los patrones de vivienda también ayudan a definir a la comunidad. La enfermera puede atender a una población que reside en una comunidad planeada para ciudadanos ancianos o atender a individuos o familias de bajos ingresos que residen en un edificio. Con frecuencia la indigencia corresponde a un problema oculto en la comunidad, a menudo ignorado o minimizado porque los residentes indigentes en raras ocasiones buscan asistencia. No obstante, las personas indigentes deben ser contabilizadas y sus problemas convertirse en un asunto prioritario para la enfermera de salud comunitaria. Por este motivo, ella debe buscar información sobre los indigentes en otras fuentes incluyendo a los miembros de la comunidad.

Básicamente, los datos demográficos corresponden a datos contables, información que puede ser contabilizada y convertida en tasas, proporciones y otras formas de datos estadísticos; los datos resultantes se suman al repertorio de la enfermera pero no constituyen la totalidad del mismo. Dado que la enfermera intenta aprender sobre toda la comunidad, ella la descompone en partes integrantes con objeto de describirla y explorarla. Los integrantes de la comunidad tienen atributos cualitativos y cuantitativos; los datos demográficos ayudan a la enfermera de salud comunitaria a conocer los atributos cuantitativos de los distintos componentes.

Servicios públicos

La protección y la seguridad son factores esenciales para vivir y crecer en forma saludable. En realidad, la protección puede corresponder a la preocupación más elemental de los sistemas humanos. La importancia de la protección y la seguridad no puede ser subestimada en términos de su trascendencia para la vida, el crecimiento, el desarrollo y la salud. Del mismo modo que un individuo necesita sentirse protegido, la comunidad también necesita sentirse protegida para actuar en aras de la protección de sus miembros. En muchas localidades urbanas asoladas por el crimen, a menudo los miembros de la comunidad son las víctimas más probables. Por ejemplo, los tiroteos o las guerras entre distintas bandas pueden dar como resultado la muerte de los miembros de la comunidad que inadvertidamente ingresan en las zonas peligrosas. En las comunidades que enfrentan altas tasas de adicción a las drogas, los miembros pueden ser asaltados o sus hogares saqueados por drogadictos que intentan robar el dinero o los objetos valiosos para la adquisición de la droga.

La enfermera de salud comunitaria debe convertirse en una persona conocida por las autoridades encargadas de la protección pública, no sólo a fin de facilitar las acciones para su protección personal sino también para establecer una alianza

con otras personas con el ánimo de promover la salud y la protección pública. Se aconseja visitar especialmente los departamentos locales de policía y bomberos. En algunas comunidades, estos servicios públicos pueden no corresponder a agencias oficiales sino más bien a acciones voluntarias. La vigilancia del vecindario, las compañías privadas de seguridad, los auxiliares de policía y los ángeles guardianes se encuentran entre los servidores comunitarios que actúan como voluntarios para vigilar y proteger a la comunidad. En muchas localidades, los bomberos son voluntarios entrenados que responden a las llamadas motivadas por incendios y emergencias, prestando servicios médicos de urgencia y —en compañía del personal hospitalario— servicios extrahospitalarios de emergencia.

La enfermera de salud comunitaria debe mantenerse en contacto constante con las agencias y los individuos comprometidos en la protección de la comunidad. En ocasiones la enfermera necesita ser escoltada en la localidad y confía en la colaboración de la seguridad pública. En otras ocasiones, la enfermera puede identificar a un miembro comunitario con una discapacidad que requiere una ayuda especial en caso de una emergencia o un incendio; ésta puede alertar a la policía y a los bomberos sobre las especiales necesidades de este individuo de modo que ellos puedan estar preparados para actuar en caso de una evacuación. Garantizar la seguridad de sus miembros más vulnerables y conservar un nivel constante de protección para todos ellos es responsabilidad de toda la comunidad.

La enfermera de salud comunitaria mantiene abiertas las líneas de comunicación con las agencias de servicios públicos involucradas en la protección comunitaria; de este modo, ella llega a ser reconocida como un agente para la salud, alguien capaz de contribuir al amplio conocimiento y las acciones específicas para la seguridad comunitaria. Las agencias oficiales también son informantes clave capaces de aportar datos sobre las medidas relacionadas con la seguridad de la comunidad. Las tasas de criminalidad resultan reveladoras cuando se intenta comprender los tipos específicos de delitos que amenazan el bienestar de una comunidad. El análisis de los crímenes específicos y la identificación de las víctimas vulnerables, advierten a la enfermera sobre aquellos miembros que se encuentran en riesgo y las estrategias que se han de implementar para protegerlos. En algunas comunidades, los miembros ancianos pueden ser víctimas del abuso por parte de parientes que atraviesan situaciones de tensión y dificultad económica. En otras comunidades, los niños pueden ser víctimas mortales inocentes de las acciones de violencia callejera incontrolada. Los robos y los hurtos menores pueden estar en aumento en las comunidades que padecen problemas de drogadicción no atendidos y cuentan con pocas facilidades para la rehabilitación de quienes los padecen. Incluso en otras comunidades, los miembros de las bandas juveniles pueden estar en guerra por las ganancias resultantes del comercio ilegal de drogas y morir por heridas de arma blanca o de fuego. En una tranquila comunidad residencial, con una baja tasa de criminalidad, el número de homicidios reportado puede ser inesperadamente elevado debido a los cuerpos que son arrojados en la vía que une a un centro urbano asolado por el crimen y dicha área residencial suburbana.

El aprendizaje sobre la ocurrencia de los incendios en una comunidad es instructivo para la enfermera de salud comunitaria. El departamento de bomberos puede atender un elevado número de falsas alarmas, lo cual debe ser investigado debido a la amenaza que representa para la seguridad personal de los bomberos y el costo que representa para la agencia la respuesta de los bomberos a tales travesuras. Los incendios pueden ser frecuentes durante los fríos meses de invierno cuando las familias utilizan inseguros hornos o calefactores eléctricos en sus hogares porque los costos del combustible son demasiado elevados. Debido a la complejidad de los problemas, la movilización de una respuesta oficial puede involu-

erar a diversas agencias. El departamento de bomberos puede unirse a la agencia local de enfermeras visitantes, la autoridad de los albergues, la oficina de servicio social y los líderes comunitarios para responder a este llamado que amenaza a los miembros comunitarios y a la comunidad en general.

El servicio público no sólo comprende los servicios comunitarios que ofrecen protección y seguridad a la comunidad. El servicio público es un término amplio que representa todos los servicios comunitarios financiados por los impuestos. Algunos otros servicios importantes suministrados a través del soporte público incluyen el saneamiento, las instalaciones recreativas (por ejemplo, parques y centros comunitarios), los programas educativos y muchos más. La información sobre estos servicios puede ser obtenida a través de las oficinas gubernamentales como las alcaldías, los locales políticos y los centros gubernamentales.

Sin duda, el saneamiento de la comunidad es tan básico para la salud comunitaria como la higiene personal lo es para un individuo. Así como la enfermera se preocuparía por la capacidad de un cliente para atender su propia higiene personal, ella manifiesta su preocupación por el estado de higiene o saneamiento de la comunidad. Si el cliente individual no pudiera atender su higiene personal, y hace falta un sistema de apoyo para suplir esta necesidad, la enfermera y el cliente podrían acordar la contratación de un asistente domiciliario de salud quien colabora con estas tareas. Del mismo modo, si en la comunidad también hacen falta sistemas oficiales o éstos han sido restringidos en la adjudicación de los recursos para la higiene comunitaria, se puede propiciar una respuesta comunitaria para manejar este asunto. En muchas comunidades es frecuente observar a lo largo de las carreteras señales que identifican los nombres de los grupos comunitarios locales responsables del mantenimiento de la limpieza de secciones de la vía. Los grupos locales de *scouts* pueden ofrecerse voluntariamente para limpiar una playa o un parque de modo que sus miembros puedan disfrutar los placeres de estos recursos públicos en las distintas épocas del año.

El saneamiento de la comunidad está directamente ligado a la salud comunitaria. Las basuras, los charcos estancados, los escapes de las alcantarillas y los vertederos industriales se encuentran entre los problemas de salud comunitaria que pueden dar como resultado distintas enfermedades y la extinción del sentido de bienestar comunitario. La enfermera debe buscar diligentemente los problemas relacionados con el saneamiento de la comunidad. Con frecuencia estos insultos a la salud de la comunidad pueden ser corregidos a través de los esfuerzos oficiales y voluntarios. A menudo, es esta enfermera quien puede representar una alternativa para remediar tales problemas de saneamiento. Al conocer la historia natural de la enfermedad y los patógenos que pueden ocasionarla, la enfermera puede elaborar un diagnóstico que requiere tratamiento urgente y la eliminación de los problemas de saneamiento comunitario. Por ejemplo, los miembros auxiliares de la comunidad pueden no percatarse del problema representado por el número incontrolado de palomas, el cual no sólo constituye una molestia para la comunidad sino también una fuente potencial de psitacosis. La enfermera de salud comunitaria conoce bien la naturaleza de los brotes en la comunidad y las enfermedades que tienen agentes ambientales.

Los servicios públicos comunitarios también pueden incluir servicios concretos para facilitar la socialización y el esparcimiento de la comunidad. Los parques, las instalaciones recreativas y los centros comunitarios se cuentan entre los servicios más apreciados y atrayentes de la comunidad. *VX* conocimiento sobre los servicios gratuitos disponibles para la recreación y la socialización, ofrece a la enfermera de salud comunitaria un listado vital de referencia de los recursos. La enfermera sabe muy bien cómo identificar con el cliente la urgente necesidad de socializar los problemas de salud. La enfermera de salud comunitaria propicia la

conexión entre los miembros de la comunidad y los recursos de la misma capaces de satisfacer tales necesidades. Si la enfermera mantiene el contacto con estas agencias, la referencia puede realizarse en forma más eficiente.

Estética

La estética constituye un área de amplio interés, que involucra la valoración y definición del arte e incluye el significado de la cultura y la religión para la comunidad. Esta valoración de la estética y significado de la cultura es siempre enriquecedora. Las comunidades pueden ser homogéneas en sus afiliaciones o exhibir una gran diversidad. Cualquiera que sea el grado de similitud, y las creencias y los valores compartidos, aprender respecto a estas afiliaciones es esencial para apreciar las dimensiones estéticas de la vida comunitaria.

Generalmente, dentro de una comunidad o subgrupos de una comunidad existe un sistema de creencias dominante que puede ser identificado y descrito; sin embargo, también existe la diversidad. Por ejemplo, las personas que creen en una religión particular comparten una base de principios aunque las personas interpreten la palabra e identifiquen sus creencias y valores personales en una forma bastante individual. La enfermera de salud comunitaria debe aprender respecto a las principales creencias y valores de una comunidad e igualmente a apreciar las diferencias individuales entre los miembros comunitarios.

La idea de belleza, por ejemplo, no se encuentra sólo "en el ojo de quien mira" sino que también constituye el reflejo de una persona en la comunidad. Una comunidad puede aplaudir con gran orgullo los colores, el diseño y los significados ocultos de los graffitis que decoran los sitios públicos mientras otra puede contratar servidores públicos para cubrir con pintura los graffitis y restaurar el sentido comunitario de la estética. Los lugares hermosos y los objetos bellos tienen la intención de inspirar y ayudar a los individuos a trascender su existencia cotidiana a través de la experiencia artística. El arte ayuda a acceder a lo que podría ser considerado incomprensible. Tolstoi en *¿Qué es el arte?* escribió: "La esencia del arte radica justamente en lo siguiente: hacer comprender y sentir lo que en forma de argumento podría ser incomprensible e inaccesible. Usualmente el receptor de una impresión verdaderamente artística conceptúa que la conocía desde antes pero había sido incapaz de expresarla" (1898, p. 178). Por tanto, al acceder al sentido de la estética de una comunidad, la enfermera de salud comunitaria aprende respecto a los significados más íntimos de la vida de la comunidad, los cuales de otro modo serían inaccesibles para ella.

Caminar o conducir a través de la comunidad corresponde a una experiencia estética. La enfermera utiliza cada uno de sus sentidos para visualizar, escuchar, olfatear, degustar y palpar el carácter de la comunidad. Algunas comunidades son espectaculares en el sentido de la presencia estética. Parques, playas, magníficos jardines, estatuas o maravillas arquitectónicas pueden encontrarse entre los símbolos estéticos que provocan el orgullo comunitario y la apreciación del entorno. En otras comunidades, el sentido de la estética puede estar ausente o ser inexistente. La apatía comunitaria puede prevalecer en un ambiente consumido por esta clase de enseñanza. Incluso en otras comunidades, el sentido de la estética puede ser extraño o ajeno a la enfermera de salud comunitaria, en cuyo caso ella debe apreciar la divergencia entre su experiencia personal y la valoración de la comunidad. La mejor estrategia consiste en retroceder con objeto de apreciar estas diferencias, y la imparcialidad constituye el mejor punto de partida. Por ejemplo, un mal aroma puede corresponder simplemente a un aroma desconocido proveniente de un restaurante popular en la comunidad; la enfermera debe esforzarse para

desarrollar la apreciación de ese aroma, trabajar para cambiar su actitud a fin de clasificarlo como penetrante en lugar de nocivo, o simplemente tomarlo como característico de un estilo particular de culinaria apreciado por los miembros de la comunidad. La enfermera de salud comunitaria debe aprender a reconocer este olor y abstenerse de juzgar el aroma o los alimentos consumidos por los miembros comunitarios.

Casi todos los aspectos de nuestra vida están influidos por la cultura. La inmensidad de la influencia cultural se manifiesta en el arte, la música, la danza, el teatro, la religión, el vestuario, el contacto visual, la distancia guardada por las personas durante las conversaciones, la nutrición, los métodos de ejercicio, las opciones para el control de la natalidad, la orientación sexual, las prácticas sexuales y muchos otros aspectos. Lo que es permitido en una comunidad en términos de prácticas y creencias es la clase de información que la enfermera de salud comunitaria debe recolectar para apreciar la herencia estética.

En las comunidades homogéneas, la conformidad y la continuidad pueden ser valoradas e incluso exigidas a sus miembros. La constancia de los valores y las creencias en una comunidad homogénea pueden ser un atributo y servir como guía a sus miembros además de unirlos entre sí mediante un sentido de expectativas compartidas. En una comunidad heterogénea, un rasgo importante de su salud es la proporción en la cual las diferencias y desviaciones están permitidas. El grado en el cual las creencias y los valores de otros pueden ser incorporados a la vida de la comunidad refleja la salud de esta última.

Como parte de la valoración comunitaria, la enfermera se interesa entonces en la obtención de una impresión sensorial de la comunidad, separando cuidadosamente sus expectativas personales de la recolección objetiva de los datos sobre las características estéticas de la comunidad. Seguidamente, la enfermera de salud comunitaria comienza un inventario de las agencias y lugares que velan por los componentes estéticos de la vida comunitaria; entre éstos, las casas de oración son clave. La enfermera debe conocer todas las instituciones religiosas de la comunidad: desde las "iglesias de garaje" y los edificios utilizados para los servicios semanales hasta las más sofisticadas y bien dotadas instalaciones. La enfermera debe conocer los sistemas de creencias propiciados por cada religión y establecer contacto con el líder de cada denominación. Entablar una relación con los líderes religiosos permite a la enfermera de salud comunitaria acceder a sus miembros. La obtención de la confianza de los líderes ofrece a la enfermera el respaldo necesario que le permite a ésta la entrega efectiva de su mensaje de salud a la congregación. Además, los líderes religiosos con frecuencia están al tanto de los problemas o necesidades de sus miembros con los cuales la enfermera puede colaborar directamente o mediante una remisión. Esta es una clase de detección de casos posibilitada a través de la relación de cooperación que la enfermera de salud comunitaria establece con el clero.

Los clubes o los eventos culturales son otras maneras para aprender respecto al componente estético de una comunidad. Los desfiles, las ferias comunitarias, las exposiciones artísticas, el teatro, los conciertos y los parques son aspectos importantes de la vida cultural de la comunidad y representan momentos y lugares para la socialización de sus miembros. Las reuniones sociales permiten a los integrantes de la comunidad satisfacer sus necesidades de afiliación, entretenerse y salir de sí mismos y de sus familias inmediatas para vincularse a la vida más general de la comunidad.

Los eventos culturales permiten nuestra participación en un sistema social más amplio. Con frecuencia, la enfermera de salud comunitaria encuentra individuos y familias aisladas de la comunidad general. Si la enfermera se entera de eventos o lugares públicos aptos para la socialización y el entretenimiento comunitario, pue-

de convertirlos en fuentes de referencia cuando intente relacionar a los miembros de la comunidad con el contexto social de sus vidas. La enfermera debe tener en cuenta el costo de aquellos y verificar que éste no se convierta en un obstáculo que impida a los miembros más aislados de la comunidad participar en algún aspecto de la vida social comunitaria. En cierta proporción, la participación en este contexto social más amplio ofrece un significado a las vidas de los miembros comunitarios y el potencial de establecer alianzas sociales con otros miembros de la comunidad. Las oportunidades para la socialización permiten la formación de una red social; formar parte de una red social brinda un apoyo social que es importante para la salud y el desarrollo personal.

En cierto modo cada comunidad está marcada por los significados de la estética. La enfermera de salud comunitaria se convierte en un observador de los símbolos especiales y significativos para una comunidad. Por ejemplo, un pequeño parque puede ser construido en memoria de un niño que fue víctima de un crimen. El parque puede simbolizar la responsabilidad de la comunidad para proteger a sus miembros más vulnerables. También puede traducir una declaración política sobre la necesidad de promulgar leyes para proteger a los niños comunitarios de las maliciosas intenciones de los demás. Mientras conduce por las calles de la comunidad, la enfermera puede observar ramos de flores o símbolos religiosos atados a un árbol señalando el lugar donde un miembro de la comunidad falleció como resultado de un accidente cuando conducía embriagado. Los cementerios son símbolos comunitarios importantes. El recorrido por un cementerio constituye en cierto modo una lección de historia de la comunidad. La enfermera puede aprender sobre la religión observando las lápidas utilizadas para marcar las tumbas e igualmente sobre epidemiología comunitaria, pues la muerte revela mucho respecto a la comunidad y sus miembros.

La valoración del componente estético de una comunidad es una aventura. Esta permite a la enfermera de salud comunitaria recolectar datos que revelan los valores y creencias de los miembros de la comunidad, cómo practican estas creencias en sus vidas, y la doctrina y los principios que los guían según han sido estos definidos por su cultura y religión. La herencia estética es crucial para la salud de los individuos, las familias y las comunidades. La valoración estética está cimentada en la habilidad de la enfermera de salud comunitaria para recopilar objetivamente los datos sin imponer juicios de valores sino más bien adquiriendo un conocimiento crítico que le permita acceder a las formas de vida y a las creencias de la comunidad.

Instituciones relacionadas con la salud

Las instalaciones de los servicios sociales y de salud forman la infraestructura para la atención de salud de una comunidad. Cada recurso tiene el potencial de ofrecer a la enfermera de salud comunitaria una red de fuentes de referencia y conexiones personales. La enfermera debe ser capaz de establecer relaciones colegiadas con distintos proveedores de servicios sociales y de atención de salud. Ella trabaja en colaboración con los integrantes del equipo interdisciplinario y los miembros comunitarios para crear en la comunidad una alianza para la salud.

Cada vez que la enfermera descubre una agencia de servicios sociales y salud comunitaria, debe realizar una valoración de dicha agencia. Por medio de esta valoración, la enfermera de salud comunitaria desarrolla un específico grado de conocimiento sobre la infraestructura de la comunidad para la atención de salud. Ella puede iniciar tal valoración informando por medio de una carta su participación en la comunidad, la misión y los objetivos de las intervenciones de enferme-

ría. Debe adjuntar una tarjeta profesional de modo que la comunicación pueda continuar. La enfermera de salud comunitaria debe solicitar folletos e información útil sobre la agencia además de la tarjeta profesional de su contacto.

Los esfuerzos de la enfermera de salud comunitaria incluyen relacionar a los miembros con sus comunidades. Ésta facilita el "enlace" entre las personas y los recursos disponibles. Ella no sólo conoce dónde se encuentra ubicada la agencia, cuál es su aspecto, su proceso de admisión, el costo, el horario de atención y si el transporte está incluido, sino también el nombre y el número telefónico del contacto para iniciar estos servicios. Preferiblemente, la enfermera de salud comunitaria mantiene con esta persona una relación personal basada en su mutuo cometido, las metas compartidas y el registro de referencias efectivas. Por ejemplo, resulta muy eficaz tomar el teléfono y hablar directamente con el director de la guardería para explicar que un niño con retardo mental o una madre adolescente, podrían beneficiarse del propicio ambiente de la guardería auspiciada por la comunidad.

El mejor modo con que cuenta la enfermera de salud comunitaria para aprender sobre los servicios relacionados con la salud consiste en visitar estas agencias y entablar relaciones personales con sus empleados. La clave para conocer el desempeño de una agencia relacionada con la salud está en su valoración. La guía que se encuentra a continuación puede servir como formato para este fin (figura 8-1). La valoración de una agencia permite a la enfermera de salud comunitaria recoger información esencial sobre las agencias de la comunidad. A medida que se identifica una nueva agencia comunitaria, estos datos pueden ser ingresados a un directorio sobre los recursos disponibles en la comunidad creado por la enfermera; este directorio personal constituye una herramienta valiosa para la identificación de las fuentes de referencia más útiles y más frecuentemente empleadas. Se pueden añadir datos anecdóticos adicionales al directorio cada vez que se establecen relaciones continuas con ciertas fuentes de referencia. A medida que el directorio aumenta de tamaño, la enfermera de salud comunitaria conoce más sobre la comunidad y es capaz de emitir referencias significativas y efectivas para manejar las necesidades de salud de la misma. El directorio también puede ayudar a la enfermera a evaluar los servicios de la comunidad e identificar las brechas exis-

FIGURA 8-1

Guía para la valoración de la agencia

Nombre de la agencia _____	Autorreferencia y/o fuente de referencia _____
Dirección _____	Tarifa del servicio _____
Indicaciones _____	Cobertura del seguro aceptada _____
Número telefónico _____	Información que el cliente debe proporcionar para la prestación del servicio _____
Contacto _____	_____
Horario de atención _____	_____
Área de cobertura _____	_____
Servicios suministrados por la agencia. _____	Luego del contacto inicial, ¿cuándo será el cliente candidato para los servicios? _____
_____	_____
_____	Alcance disponible _____
_____	¿Realiza remisiones la agencia? _____
_____	¿Cómo se financia la agencia? _____
Población atendida por la agencia _____	Información adicional _____
_____	_____
_____	_____

tentes en los mismos. La enfermera general de salud comunitaria, junto con las enfermeras especialistas en el mismo campo (preparadas a nivel de maestría o niveles superiores), puede involucrarse en la planeación de la salud y el desarrollo de los recursos comunitarios para crear agencias que atiendan las necesidades insatisfechas de los miembros de la comunidad.

Suponga que la enfermera de salud comunitaria desea formular un diagnóstico comunitario relacionado con el enfoque de las necesidades de la comunidad, una esfera del Modelo de Alianza para la Salud. A la enfermera le gustaría que este diagnóstico particular reflejara las fortalezas de la comunidad. El siguiente diagnóstico ha sido aceptado por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) [1995-1996].

POTENCIAL PARA UNA MAYOR SOLIDEZ

- **Definición:** Un patrón de actividades comunitarias para la adaptación y la solución de problemas que resulta satisfactorio para cubrir las demandas o necesidades de la comunidad, pero que puede ser mejorado para manejar los problemas/factores de tensión actuales y futuros.
- **Características particulares**
 - Mayores:** Deficiencias de una o más características indicativas de una solidez efectiva.
 - Menores:** Planeación activa por parte de la comunidad respecto a los factores de tensión pronosticados; solución activa de los problemas cuando la comunidad enfrenta los asuntos; convenio según el cual la comunidad es responsable del manejo del estrés; comunicación positiva entre los miembros comunitarios; comunicación positiva entre la comunidad/agregados y la comunidad general; programas disponibles para la recreación y el esparcimiento; recursos suficientes para manejar los factores de tensión.
- **Factores relacionados:** Soportes sociales disponibles, recursos disponibles para la solución de los problemas, la comunidad tiene un sentido de poder para manejar los factores de tensión (NANDA, 1995 - 1996, p. 55).

Según este diagnóstico, resulta claro que la comunidad es considerada como un recurso con muchas fortalezas. La comunidad es capaz de afrontar, o sea, de satisfacer las exigencias que encuentra y utilizar los procesos de planeación activa y solución de los problemas, procesos de los cuales es capaz al ser confrontada por tales asuntos. Los miembros de la comunidad se comunican efectivamente entre sí y con los sistemas más generales. Existen recursos para la recreación y el esparcimiento y métodos para manejar los factores de tensión. La comunidad cuenta con sistemas de soporte disponibles. Finalmente, la comunidad tiene el poder de manejarse a sí misma.

TÉCNICAS PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

Mezcla de los problemas de los clientes

Para investigar la mezcla de los problemas de los clientes que encuentra en la comunidad, las enfermeras de salud comunitaria pasan de la recolección de los datos al análisis de los mismos. Van más allá de las evaluaciones individuales que conducen sobre clientes identificados en la comunidad, para preguntarse: ¿En qué

proporción han sido identificadas las necesidades de este cliente representativo de otros en la comunidad? Al formular esta pregunta, la enfermera de salud comunitaria está dando forma a los datos correspondientes a los clientes agregados. La observación de los aspectos comunes de las necesidades de los clientes constituye la base de la atención de salud basada en la población. Las necesidades compartidas o comunes de una población de la comunidad o de la comunidad misma, requieren una intervención más amplia y estrategias que invariablemente incluyen las intervenciones de las agencias.

La enfermera de salud comunitaria intenta descubrir las necesidades de atención de salud de los agregados de la comunidad e igualmente representar a la población comunitaria total. Sin embargo, por distintas razones muchos miembros de la comunidad no tienen acceso a los servicios de la atención de salud. Para los miembros comunitarios que carecen de seguros de salud o tienen un cubrimiento mínimo o restringido, el costo de atención de salud es prohibitivo. Además, la ausencia de recursos disponibles para la salud en el vecindario, la carencia y el costo del transporte, la insatisfacción con la calidad en la atención de salud, el temor al diagnóstico y la discapacidad o el no reconocimiento de los síntomas son otras razones comunes para no acceder a los servicios de atención de salud. Por tanto, la enfermera de salud comunitaria debe tratar de identificar a los miembros que utilizan el sistema de atención de salud y a aquellos que no lo hacen. Claramente, el descubrimiento de los casos corresponde a una característica de la intervención para la salud comunitaria.

Por consiguiente, la mezcla de los clientes de la comunidad debe estar representada en el conocimiento de la población generado a través de los datos disponibles del censo, los datos demográficos, los estudios sobre la utilización de los servicios, las encuestas y las investigaciones que comprometen a la población. La enfermera de salud comunitaria debe conocer tanto como sea posible sobre las personas de la comunidad. A medida que los datos son analizados, las expectativas relacionadas con las demandas de los servicios y las tendencias para los futuros servicios pueden ser extrapoladas. El descubrimiento de los problemas de la salud basados en la población es la clave para comprender la mezcla de casos en la comunidad.

Expectativas del público respecto a la atención

El consumismo, en una gran proporción, define la naturaleza de las relaciones entre las expectativas del público respecto a la atención y la atención realmente suministrada. Los consumidores y los proveedores participan en una relación a través de la cual se tramita la atención de salud. Cada una de las partes de esa relación aporta sus expectativas a la naturaleza de esta negociación. Las expectativas de los consumidores deberían ser primordiales en las mentes de los proveedores a medida que el diálogo avanza a través de sus distintas fases. El consumidor y el proveedor son socios en una relación dinámica concerniente a la salud, sea esta personal, familiar o comunitaria.

Los proveedores de la atención, al igual que las enfermeras de salud comunitaria y otros miembros del equipo interdisciplinario, tienen la responsabilidad de desempeñarse como los abogados de los consumidores. Esa defensa incluye informar y apoyar a los consumidores en las decisiones tomadas respecto a la atención de su salud. Las decisiones sólidas sobre la atención de salud tienen en cuenta las expectativas y los ajustes que se deben realizar a medida que se negocia la atención. El proveedor utiliza esta oportunidad para el **empoderamiento** del cliente, aclarando las expectativas del consumidor respecto a los servicios concretos que los proveedores pueden ofrecer. El siguiente es un ejemplo ilustrativo.

Empoderamiento. "Si el poder consiste en la habilidad para predecir, controlar y participar en el propio ambiente, entonces el empoderamiento es el proceso por el cual los individuos y las comunidades son habilitados para asumir tal poder y actuar de manera efectiva para transformar sus vidas y su ambiente" (Robertson y Minkler, 1994, p. 300). El empoderamiento engloba la idea de las asociaciones o alianzas entre los profesionales y los individuos o las comunidades, en oposición a las relaciones jerárquicas tradicionales entre proveedores y consumidores.

*E*STUDIO DE CASO: UN CHOQUE EN LA CULTURA

Los padres de los estudiantes de un colegio en una comunidad dada protestan contra el plan escolar para la educación sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) porque consideran que los niños deben aprender sobre la sexualidad y el control de la natalidad en sus hogares. Los padres se refieren a su orientación cultural, valores familiares y creencias, los cuales definen la importancia de establecer una separación entre la educación sexual y la difusión de la información de la salud a sus hijos. La enfermera escolar está al tanto de la actividad sexual que tiene lugar entre los estudiantes y considera que la implementación de un programa de educación sexual que utilice el programa estatal de estudios sobre el sida, constituye una medida imperativa de salud pública. Esta transacción se define como un choque de expectativas culturales. Los consumidores esperan que el colegio respete su cultura y creencias, y el proveedor espera la cooperación de la comunidad respecto a una amenaza para la salud pública. La cooperación y la colaboración son imprescindibles en esta situación.

Un foro que permita la expresión de los distintos puntos de vista podría facilitar la comunicación. Quizá se pueda establecer una unión de fuerzas entre padres seleccionados, estudiantes, autoridades de salud pública y la enfermera escolar con objeto de investigar las inquietudes subyacentes y desarrollar un consenso para la obtención de un resultado cooperativo. Si la enfermera procediera con el programa educativo por encima de las protestas de los padres, la comunidad estaría segregada y quizá los estudiantes fueran retirados del colegio. Si la enfermera eliminara toda referencia sobre la conducta sexual y los preservativos en las sesiones educativas, la salud de los estudiantes podría estar en riesgo. Es claro entonces, que debe producirse un esfuerzo conjunto en esa zona gris definida por las expectativas de los consumidores y la experiencia que los proveedores aportan a la negociación de la atención de salud.

En el ámbito comunitario, las expectativas del consumidor pueden ser identificadas y aclaradas a través de mecanismos como las juntas asesoras comunitarias, los foros públicos, la participación de los consumidores en patronatos, los anuncios que ofrecen líneas "800" para la participación telefónica gratuita, las encuestas y los grupos de discusión. Los mecanismos que favorecen la comunicación abierta y las oportunidades para las expectativas de voz como parte del proceso de identificación y solución del problema, establecen la base para una planeación cooperativa basada en la comunidad. El papel del proveedor incluye la educación y la defensoría.

Competencia de los profesionales

Decir que el campo de la atención de salud es dinámico es una declaración demasiado modesta. El cambio en las tecnologías y los ambientes para la atención de salud, está ocurriendo tan rápidamente que con frecuencia parece que la tecnología está superando la capacidad del profesional para reestructurar su práctica y utilizar en forma efectiva las distintas tecnologías. La enfermera de salud comunitaria no puede basarse en las teorías y expectativas clínicas del pasado. La competencia consiste en una habilidad progresiva para superar los desafíos clínicos, aplicar la investigación clínica y utilizar las tecnologías para mejorar la salud y la condición humana. Los consumidores deben saber que los proveedores poseen las credenciales adecuadas y son empleados por agencias que los respaldan. La garantía de la competencia profesional debe ser siempre un instrumento.

Como parte de una valoración, la enfermera de salud comunitaria debe realizar el inventario de los recursos profesionales que se encuentran en la comunidad familiarizándose con los proveedores que podrían componer el equipo interdisciplinario para la atención de salud. Ella debe conocer las credenciales y misiones de otros profesionales en la comunidad. Las relaciones interdisciplinarias se construyen sobre el conocimiento y el respeto mutuo. La habilidad para colaborar en beneficio de la salud de la comunidad requiere que la enfermera crea en la importancia del equipo interdisciplinario.

La inseguridad en las propias capacidades y limitaciones profesionales pueden dar como resultado una protección de campo. Pueden fijarse límites entre los profesionales de la salud en un intento de autoprotección, pero la cooperación efectiva está basada en la ausencia de tales límites. El reconocimiento de que las metas y los valores similares pueden unir a los profesionales en una misión común —la promoción, protección, restablecimiento y conservación de la salud de la comunidad— es el fundamento sobre el cual reposa la colaboración interdisciplinaria.

La enfermera de salud comunitaria reconoce que la agrupación de los recursos profesionales constituye una estrategia productiva para la solución de los problemas basados en la comunidad. Por ejemplo, ella puede identificar a un grupo de personas ancianas que se reúnen en un sitio dedicado a los ciudadanos mayores. Al conducir una valoración de los miembros, pueden surgir inquietudes nutricionales tales como una deficiencia común. La enfermera de salud comunitaria debe conocer los requerimientos nutricionales del envejecimiento, pero puede no encontrarse preparada para remediar algunas de las deficiencias más complicadas. Ella debe consultar con una enfermera especializada en geriatría clínica, una nutricionista geriátrica y un geriatra. Esta clase de colaboración propicia el respeto mutuo y aporta el conocimiento especializado necesario para atender a los clientes con desafiantes problemas de salud.

Una consulta parecida, podría conducir a otras formas de cooperación. Por ejemplo, este equipo potencial de proveedores profesionales podría coordinar sus esfuerzos para diseñar un servicio nutricional para los clientes geriátricos de la comunidad, incluyendo el hallazgo de una fuente adicional de financiación para ampliar el limitado programa de Alimentos sobre ruedas que atienda a un número restringido de ancianos reclusos en sus hogares. Compartir las aptitudes propias con otros miembros del equipo interdisciplinario, solicitar y facilitar las consultas de esta clase acrecienta la red de apoyo de las enfermeras de salud comunitaria, identifica a los consejeros y garantiza a la comunidad el más elevado nivel de competitividad profesional.

Criterios de atención

Los criterios de atención brindan parámetros mínimos y óptimos para medir la calidad de atención en salud. Cada grupo profesional puede referirse a sus propios criterios como los óptimos en el desempeño profesional de la disciplina. Las agencias de salud comunitaria también son evaluadas periódicamente a fin de garantizar al público la prestación de una atención de alta calidad. La enfermera de salud comunitaria es capaz de equiparar su práctica a los criterios profesionales de la disciplina. La American Nurses Association (ANA), la American Public Health Association (APHA), la National League for Nursing (NLN), la American Association of Colleges of Nursing (AACN) y la Association of Community Health Nurse Educators (ACHNE) son algunas de las agencias oficiales que cuentan con normas, declaraciones y criterios disponibles para que la enfermera de salud comunitaria los utilice como pautas de su alcance clínico y para evaluar su desempeño.

La enfermera de salud comunitaria utiliza estos criterios para reflejar y mejorar su práctica personal además de utilizarlos como puntos de discusión relacionados con la supervisión; la cual hace parte de la práctica de todo profesional. Nadie está exento de la vigilante inspección y retroalimentación sobre la habilidad, eficiencia e idoneidad de su práctica. La enfermera de salud comunitaria también contribuye a los esfuerzos de la agencia para alcanzar y conservar los criterios fijados por las comisiones certificadoras. De este modo, ella defiende la calidad de la atención prestada a los consumidores garantizando el apoyo a la acreditación de la agencia y las evaluaciones personales.

Los clientes pueden aprender sobre las mediciones objetivas de la evaluación y conocer los procesos de evaluación de las agencias y proveedores individuales. La participación del cliente en estos procesos de evaluación es esencial. El aporte de los clientes puede ser facilitado si la profesional aboga por este nivel de participación de la comunidad en los servicios de la salud comunitaria. La enfermera de salud comunitaria está alerta para garantizar que las encuestas de los clientes sean realizadas e incluidas en los informes evaluativos. La participación de los clientes indica el interés del profesional y de la agencia para garantizar un enfoque asociativo de la prestación de la atención de salud y la calidad de los sistemas de gestión responsables de dicha atención.

Atención interdisciplinaria

La calidad de la atención de salud no puede ser específica de una disciplina porque los clientes corresponden a complicados sistemas humanos con una variedad de complejas necesidades que no pueden ser manejadas por una sola disciplina. Aunque cada disciplina tiene un punto de ventaja particular, habilidades especializadas y está comprometida en brindar atención de calidad, los receptores de la atención de salud (individuos, las familias, los grupos y las comunidades) se benefician cuando la atención de salud es integral, comprensiva y bien coordinada con las necesidades del cliente que es objeto de la motivación.

La atención enfocada en el consumidor no está definida por campos o disciplinas sino orientada a garantizar que las necesidades de salud sean esclarecidas y manejadas del modo más conveniente posible. El plan de atención surge de un esfuerzo coordinado entre los miembros interdisciplinarios del equipo y es validado por el cliente. La carga de responsabilidad de la coordinación y colaboración con y para los clientes reposa en los profesionales de la salud. La calidad de la atención en salud está enfocada en el cliente y es facilitada por una perspectiva interdisciplinaria o transdisciplinaria. La clave del éxito de la planeación de la atención interdisciplinaria consiste en identificar a los miembros de otras disciplinas que tengan una filosofía similar y el deseo de trabajar cooperativamente. La enfermera de salud comunitaria contribuye al plan integral de la atención; comparte la perspectiva de la enfermería, derivada de los principios profesionales para una atención de calidad, atiende los intereses del cliente y maneja resultados estimables de la atención.

En un esfuerzo por cerrar cualquier brecha en el plan de atención de salud, las enfermeras de salud comunitaria discuten con los clientes los resultados anticipados y esperados. Esta enfermera contribuye al plan representando las necesidades de la comunidad, por medio de una valoración cuidadosa y un análisis exhaustivo de los hallazgos de la valoración. Estos datos son entonces validados y forman las impresiones diagnósticas que captan las inquietudes de la salud comunitaria y validan la experiencia de los miembros de la comunidad.

El siguiente es un diagnóstico de enfermería que se refiere a la capacidad de la comunidad para manejar un régimen terapéutico en el ámbito comunitario aprobado por la NANDA (1995-1996):

MANEJO INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO POR LA COMUNIDAD

- **Definición:** Un patrón de regulación e integración en los programas de los procesos comunitarios para el tratamiento de la enfermedad y las secuelas de la misma, el cual es insatisfactorio para *alcanzar* las metas relacionadas con la salud.
- **Características particulares:** Deficiencias en las personas y los programas para responsabilizarse de la atención de la enfermedad de los agregados; deficiencias en los defensores de los agregados; actividades comunitarias insuficientes para la prevención secundaria y terciaria; síntomas de la enfermedad por encima de la norma esperada para el número y tipo de población; recursos insuficientes para la incidencia o prevalencia de la enfermedad(es); recursos no disponibles para la atención de la enfermedad; crecimiento inesperado de la(s) enfermedad(es) (NANDA, 1995-1996, p. 58).

Este diagnóstico se refiere a las deficiencias en los programas disponibles basados en la comunidad para el tratamiento de una enfermedad. En otras palabras, la infraestructura para la atención de la enfermedad incluidos hospitales y agencias comunitarias dedicadas a su tratamiento, que suministran atención tanto para la prevención secundaria como terciaria, es insuficiente para atender la población de personas afectadas por la enfermedad en la comunidad. Los recursos para la atención de la salud pueden ser insuficientes o no encontrarse disponibles para manejar a los enfermos de los agregados comunitarios.

INFLUENCIAS SOBRE LAS DECISIONES PARA LA ADJUDICACIÓN DE LOS RECURSOS

Patrones de adjudicación de los recursos

La enfermera de salud comunitaria tiene un firme conocimiento sobre las clases de recursos disponibles en la comunidad. La conducción de las valoraciones de las agencias le ha otorgado un marco para el aprendizaje sobre la naturaleza y la diversidad de los recursos comunitarios para la atención de salud y su financiación. La enfermera de salud comunitaria debe descubrir además cómo se toman las decisiones para financiar o apoyar estos recursos. Por ejemplo, algunas agencias son sostenidas por el público; otras son apoyadas por becas o premios y tienen periodos circunscritos para lograr sus metas y objetivos. Las agencias pueden ser voluntarias y depender de su trabajo para respaldar sus esfuerzos. Otras agencias pueden ser propietarias y estar motivadas por el lucro. Las agencias de atención gestionada pueden estar motivadas por la contención de los costos y por ofrecer un servicio preestablecido. En el ámbito comunitario, la enfermera está interesada en aprender cómo se toman las decisiones para financiar o apoyar las agencias disponibles e igualmente en la planeación de nuevas agencias.

Conocer los mecanismos de financiación y determinar qué pasos son necesarios en el proceso de aprobación para la implementación, puede ayudar a la enfermera de salud comunitaria a establecer cómo son adjudicados los recursos para la

atención de la salud. Algunas comunidades tienen juntas de planeación de atención de salud que funcionan como centros de distribución para la adjudicación de los recursos comunitarios. La junta de planeación puede no financiar directamente la solicitud de expansión o redistribución de los servicios de una agencia de atención de salud, pero aprobará o rechazará dicha solicitud con base en la necesidad de tales servicios en la comunidad. Si existe una junta de planeación, podría esperarse que ésta controlara los recursos para la atención de salud. La intención de este control consiste en tratar de prevenir la multiplicación de los servicios para la atención de salud en una comunidad y garantizar que estos servicios sean prestados a la población blanco. Sobra decir que la enfermera de salud comunitaria sería un miembro valioso de tal junta de planeación, aportando su experiencia en enfermería y su conocimiento sobre la comunidad y los recursos disponibles para la atención de salud. La participación del profesional de enfermería en este nivel de planeación de la salud comunitaria es fundamental. La enfermera representa las necesidades de la comunidad y desempeña un papel defensor.

Valores y creencias de la población

La enfermera de salud comunitaria ha desarrollado impresiones clínicas respecto a los valores y las creencias de la comunidad, a través de una cuidadosa observación como parte de su vistazo de reconocimiento. Las impresiones clínicas deben ser validadas. Una manera de ratificar los valores y las creencias del agregado consiste en movilizar a los líderes comunitarios para dialogar con ellos respecto a dichos valores y creencias en la comunidad respecto a la salud. Apreciar las distintas voces y los diferentes puntos de vista que éstos representan es esencial para tener una impresión exacta sobre la comunidad. Los valores y creencias comunitarias representan lo que es importante para una comunidad. La educación y la protección de los miembros más jóvenes pueden constituir una prioridad y brindar, por tanto, un sentido de orientación a la enfermera de salud comunitaria para analizar específicamente los datos de la población pediátrica y la disponibilidad de los recursos para la educación y la atención infantil. La comunidad podría manifestar una profunda inquietud para proteger el ambiente frente a contaminantes y carcinógenos peligrosos. La enfermera de salud comunitaria trabajaría con las agencias ambientales locales en la recolección de los datos relacionados con las amenazas potenciales y reales para el ambiente local y el reconocimiento de las fuentes de contaminación. La comunidad puede valorar un tradicional centro comercial de la localidad pero temer su desaparición ya que los grandes complejos comerciales buscan la aprobación comunitaria para sus planes de construcción. La enfermera puede ser sensibilizada por los dependientes de los almacenes locales y unirse a ellos para obtener el apoyo comunitario para su permanencia.

Además de movilizar a los líderes comunitarios con objeto de comprender más claramente sus valores y creencias, la enfermera de salud comunitaria aprende sobre las afiliaciones religiosas y culturales representadas en la comunidad. La enfermera se familiariza con las doctrinas y los dogmas que constituyen la base de la afiliación de los miembros y los unen en torno a valores y creencias comunes. Las opciones del estilo de vida están directamente asociadas con la condición de la salud y las opciones respecto a la utilización de su atención. La religión y la cultura son informantes valiosos sobre los modos de vida. La enfermera de salud comunitaria escucha atentamente los indicios que validan los valores y las creencias de los miembros de la comunidad.

Financiación gubernamental

La enfermera de salud comunitaria debe familiarizarse con las instituciones relacionadas con la salud ubicadas en la localidad, las cuales son financiadas por fuentes gubernamentales ya sea local, regional o nacionalmente. Estas instituciones deben aceptar a todos los miembros de la comunidad sin tener en consideración su capacidad de pago por los servicios. La enfermera debe buscar siempre las fuentes de atención gratuita en la comunidad para atender las necesidades de las personas que carecen de seguros de salud o tienen formas mínimas de aseguramiento. La atención gratuita es un producto valioso, con frecuencia escaso y en ocasiones inexistente. No obstante, las agencias patrocinadas por el Gobierno generalmente son incapaces de rechazar a los clientes. La comunidad puede contar con una instalación hospitalaria municipal o regional, o el departamento de salud puede patrocinar una red de información y remisión, una clínica de enfermedades transmisibles, la atención de crecimiento y desarrollo, incluyendo las inmunizaciones así como otros servicios de salud.

Los consumidores son los receptores de atención de salud y, por tanto, constituyen un partido en la prestación de estos servicios. Los proveedores son el segundo partido de esta constelación; ellos suministran la atención, representando una amplia variedad de profesionales para la atención de salud. El tercer partido corresponde a los aseguradores o la industria aseguradora de atención de salud. Para que la enfermera de salud comunitaria se vincule al equipo interdisciplinario para la atención de salud y, finalmente, elabore con la comunidad un plan de atención, ella debe tener en cuenta esta constelación tripartita y poseer una clara comprensión del papel desempeñado por la salud pública a través de las instituciones apoyadas públicamente y el aseguramiento de la salud financiada por impuestos. Hasta que Estados Unidos adopte (o si adopta) un sistema de pagador único para la atención de salud, el cual provea los servicios básicos a todas las personas, la enfermera de salud comunitaria debe observar cuidadosamente a la comunidad en busca de fuentes de la atención de salud que sean gratuitas o calculadas en forma proporcional a fin de enlazar a los miembros comunitarios que carecen de cubrimiento para la atención de salud con los sistemas de atención. De este modo, parte de la valoración comunitaria debe dar cuenta de los servicios financiados por el Gobierno para la atención de salud comunitaria.

Grupos de interés especial

Los grupos de interés especial hacen parte de la comunidad y tienen una voz unida para representar sus necesidades. Estos grupos pueden ser firmes aliados de la enfermera de salud comunitaria. Ella puede prestar su apoyo a los objetivos de tales grupos contribuyendo con su experiencia de enfermería y ofreciendo información y asesoría sobre la salud. Los miembros de los grupos de interés especial pueden ofrecer a la enfermera acceso a sus integrantes y apoyarla ya sea revelándole datos útiles sobre la comunidad o participando en las encuestas de salud que generarán información productiva sobre este segmento de la población. No obstante, en virtud de su muy especializado enfoque los grupos de interés especial no son representativos de la comunidad general. La enfermera de salud comunitaria puede apreciar la perspectiva de estos grupos y percatarse de que es importante pero centrada.

Aseguramiento de la salud

Como se discutió previamente, el aseguramiento corresponde al tercer partido en toda transacción referente a la atención de salud entre los consumidores y los

proveedores. La enfermera de salud comunitaria necesita conocer el porcentaje de personas en la comunidad que poseen y carecen de seguro de salud. Entre las personas que cuentan con seguros de salud, la enfermera debe conocer el tipo de cubrimiento. Uno de los principales obstáculos para asegurar la salud es el costo; si los miembros de la comunidad no tienen cubrimiento para la costosa atención de salud, ellos retardan la búsqueda de atención, no la solicitan en absoluto o aseguran algún tratamiento alternativo menos costoso.

Las personas que no utilizan el sistema de atención de salud constituyen un desafío especial para la enfermera de salud comunitaria. Llegar hasta ellas es la respuesta a este desafío. Estas profesionales llevan los servicios hasta los clientes en su propio ambiente. Ellas esperan llevar la atención hasta el domicilio del cliente, los centros comunales, los programas comunitarios, las ferias de la salud comunitaria y las propias calles frecuentadas por los clientes. El descubrimiento de los casos se convierte en la mejor estrategia para identificar a los clientes necesitados de atención y para generar los datos sobre las poblaciones de difícil acceso. La enfermera de salud comunitaria se interesa en aprender sobre la población total, no sólo sobre las personas que buscan la atención.

Cuando los miembros de una comunidad no pueden acceder a la atención de salud debido a no disponer de un seguro adecuado, ellos se convierten en una comunidad susceptible con una limitada capacidad para enfrentar la amenaza de la enfermedad. Esta reducida capacidad deja a los miembros en riesgo.

La NANDA ha aprobado un diagnóstico comunitario que se refiere a la capacidad de afrontamiento de la comunidad para manejar los elevados niveles de estrés y la evidente susceptibilidad. Este tipo de diagnóstico comunitario revela la comprometida capacidad de la comunidad para manejar los factores estresantes. La tensión experimentada en las comunidades frecuentemente es consecuencia de las decisiones erradas o defectuosas respecto a la adjudicación de los recursos para la atención de salud, dejando a la comunidad en una situación insatisfactoria con recursos inadecuados para manejar sus problemas de salud. El diagnóstico comunitario de la NANDA es el siguiente (1995-1996):

AFRONTAMIENTO COMUNITARIO INEFICAZ

- **Definición:** Un patrón de actividades comunitarias para la adaptación y solución de los problemas el cual es insuficiente para cubrir las demandas o necesidades de la comunidad.

- **Características particulares**

Mayores: Ninguna.

Menores: La comunidad no satisface sus propias expectativas, deficiencias en la participación comunitaria, deficiencias en los métodos de comunicación, conflictos excesivos, dificultad manifiesta para cubrir los requerimientos para el cambio, vulnerabilidad evidente, tasas elevadas de enfermedad, factores estresantes percibidos como excesivos.

Factores relacionados: Deficiencias en el soporte social, recursos inadecuados para la solución de problemas, ineptitud (NANDA, 1995-1996, pp. 55-56).

En esta situación, la capacidad de afrontamiento de la comunidad está comprometida y ésta es incapaz de movilizarse para satisfacer las exigencias que le han sido impuestas. La comunidad puede estar agobiada por la cantidad de recortes en los servicios de salud y, por tanto, ser incapaz de afrontar los problemas comunitarios de salud. En algunas comunidades, a medida que las instalaciones públicas

son reducidas y las instituciones son replanteadas, la comunidad es abrumada por la insuficiencia de sus propios recursos. Cuando las personas se quedan sin recursos no pueden sobrevivir y la comunidad tampoco.

ANÁLISIS COMUNITARIO

La recolección de los datos constituye el cimiento de la valoración comunitaria. La acometida de la recolección de los datos es informativa y descriptiva. La enfermera de salud comunitaria es capaz de definir y describir los componentes de la comunidad. Esta visión le permite observar a la comunidad desde una perspectiva integral y apreciar la complejidad de la misma y de sus miembros. Avanzando más allá de las descripciones, la enfermera de salud comunitaria relaciona los diversos hallazgos resultantes de sus detalladas observaciones y profundas evaluaciones y comienza el proceso del análisis de los datos. El objetivo del análisis es la obtención de una imagen clara de las fortalezas, los riesgos y los problemas de salud de la comunidad. Además, la enfermera de salud comunitaria busca enlazar las necesidades de la salud comunitaria con los recursos de la comunidad a través del conocimiento de la gestión de la atención de salud y la adjudicación de los recursos. Las tres esferas del Modelo de Alianza para la Salud se superponen a medida que se sincronizan las necesidades de la comunidad, los sistemas para la gestión de la atención y las decisiones para la adjudicación de los recursos. El propósito del análisis comunitario consiste en establecer cómo estos tres círculos se relacionan entre sí. Finalmente, la enfermera de salud comunitaria intenta sintetizar estos hallazgos en enunciados coherentes denominados *diagnósticos basados en la comunidad*, los cuales simbolizan la naturaleza de los riesgos de la salud y los problemas encontrados en la comunidad, y trazan las vías correspondientes a las intervenciones adecuadas para reducir los riesgos y aminorar los problemas. Los diagnósticos basados en la comunidad son validados por los integrantes del equipo interdisciplinario para la atención de salud y los miembros de la comunidad, de modo que las acciones realizadas se originen en una alianza para el beneficio de la salud de la comunidad. Los propósitos de las intervenciones se discuten en el capítulo 9. El proceso de enfermería aplicado a la comunidad es utilizado como una guía para la atención basada en la comunidad.

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

Como se explicó, los datos recolectados durante la fase de valoración comunitaria del proceso de enfermería se agrupan y se efectúa el análisis adicional. Durante esta fase, el objetivo consiste en formular impresiones diagnósticas significativas que definan las fortalezas, los riesgos y los problemas de salud de la comunidad. Los diagnósticos realmente corresponden a juicios clínicos o conclusiones sobre las respuestas humanas a los procesos o problemas verdaderos o potenciales que son extractados de los datos recopilados.

En su Novena Conferencia, la NANDA aprobó la siguiente definición para el diagnóstico de enfermería: "Un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a los procesos vitales/problemas de salud reales y potenciales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de las intervenciones de la enfermería con objeto de conseguir resultados de los cuales la enfermera es responsable" (NANDA, 1995-1996, p. 7). Los **diagnósticos aprobados por la NANDA** están clasificados en nueve categorías: intercambio, comunicación, relación, valoración, selección, traslado, percepción, conocimiento

Patrones de diagnóstico aprobados por NANDA

Intercambio	Percepción
Comunicación	Conocimiento
Relación	Sentimiento
Apreciación	Traslado
Selección	

y sentimiento. El orden establecido por la NANDA para desarrollar los diagnósticos exige la formulación de una definición, seguida por las características particulares del diagnóstico (incluyendo las características mayores y menores) y finalmente un listado de los factores relacionados. La definición consiste en una clara exposición de la condición de salud. Las características particulares generalmente corresponden a indicadores objetivos de las condiciones. Los factores relacionados son descritos como factores que "parecen mostrar cierta clase de relación con el diagnóstico de enfermería" (NANDA, 1995-1996, p. 7). Los factores relacionados pueden preceder a la condición, estar asociados a ella, contribuir a la misma o aminorarla. Los diagnósticos nuevos son sometidos a consideración y se espera que se produzca una revisión continua. Muy pocos de los diagnósticos aceptados corresponden al nivel comunitario. Se confía en la expansión de la presentación de los diagnósticos de enfermería basados en la comunidad.

Los diagnósticos relacionados con la comunidad aprobados por la NANDA son limitados, dado que el esfuerzo de taxonomía de esta asociación está enfocada en los individuos. Los tres diagnósticos comunitarios aprobados por la NANDA presentados en este capítulo corresponden al potencial para un mayor afrontamiento comunitario, gestión ineficaz del régimen terapéutico por la comunidad, y afrontamiento comunitario ineficaz (NANDA, 1995-1996). La enfermera de salud comunitaria afronta el desafío de escribir diagnósticos basados en la comunidad que se deriven de los datos de la valoración y debe tener en consideración las tres esferas del Modelo de Alianza para la Salud: las necesidades basadas en la comunidad, las técnicas para la gestión de la atención y las influencias sobre las decisiones para la adjudicación de los recursos. Al valorar y apreciar verdaderamente a la comunidad para su atención como cliente, esta profesional representa las necesidades de la comunidad y estimula a los sistemas de gestión de la atención para responder a estas necesidades y, además, actúa para influir las decisiones para la adjudicación de recursos con objeto de mejorar y proteger la salud de la comunidad. La claridad en las impresiones diagnósticas, sensibiliza al equipo interdisciplinario de la salud sobre la importancia y la urgencia de atender los aspectos y problemas de la salud de la comunidad y apreciar las fortalezas destacables de la misma como un recurso para la salud.

La enfermera de salud comunitaria puede sensibilizar a los miembros del equipo interdisciplinario para extender su pensamiento más allá del individuo y la familia como clientes, y considerar a la comunidad como un cliente que busca atención. Perfeccionar y extrapolar hacia la comunidad los diagnósticos enfocados en los individuos y las familias puede convertirse en un reto interesante y significativo. Considere, por ejemplo, los siguientes diagnósticos y cómo pueden ser vislumbrados como diagnósticos basados en la comunidad.



HISTORIA DE UN CASO**DIAGNÓSTICO ENFOCADO EN EL INDIVIDUO:****TRASTORNO NUTRICIONAL: SUPERIOR A LOS REQUERIMIENTOS CORPORALES**

"El estado en el cual un individuo está ingiriendo nutrientes que exceden sus necesidades metabólicas" y está caracterizado como un exceso de peso diez por ciento por encima del peso ideal para la talla y la constitución (NANDA, 1995-1996, p. 13).

DIAGNÓSTICO ENFOCADO EN LA COMUNIDAD:**PREVALENCIA ELEVADA DEL SOBREPESO**

Los datos para apoyar este diagnóstico incluyen: "Uno de cada tres adultos (34%) y uno de cada cinco adolescentes (21%) en Estados Unidos tienen exceso de peso... la prevalencia del sobrepeso ha aumentado durante la última década en adultos y adolescentes. El sobrepeso es especialmente prevalente en ciertos grupos raciales y étnicos; por ejemplo, se calcula que aproximadamente la mitad de las mujeres negras y las méxico-americanas tienen sobrepeso" [U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), 1995, p. 28]. El diagnóstico transmite el alcance del problema de sobrepeso, en la comunidad de Estados Unidos en este caso.

Con base en este diagnóstico resulta claro que se debe promover una reversión de esta tendencia. Se requieren acciones dirigidas a la comunidad en muchos frentes, los cuales incluyen la nutrición y el ejercicio físico. Se necesitan esfuerzos basados en la comunidad para ayudar a las personas a reducir el consumo de grasas, incluyendo el uso de la Guía de la pirámide alimenticia y la actividad física regular. Para lograr este cometido, las asociaciones comunitarias incluirán las intervenciones basadas en la comunidad y orientadas a manejar este diagnóstico.



HISTORIA DE UN CASO
DIAGNÓSTICO ENFOCADO EN EL INDIVIDUO:
DÉFICIT EN EL INTERCAMBIO GASEOSO

Éste se define como "el estado en el cual el individuo experimenta un paso reducido de oxígeno y/o dióxido de carbono entre los alvéolos pulmonares y el sistema vascular" (NANDA, 1995-1996, p. 26).

DIAGNÓSTICO ENFOCADO EN LA COMUNIDAD:
DETERIORO DE LA SALUD RESPIRATORIA: EXPOSICIÓN
A LOS CONTAMINANTES DEL AIRE

Los objetivos de *Healthy People 2000* (1991) solicitan la reducción de la exposición humana a los contaminantes del aire incrementando la protección contra los mismos de modo que por lo menos 85 por ciento de las personas vivan en condados que cumplan las normas establecidas por la Environmental Protection Agency (EPA). El progreso conseguido en esta área ha sido atribuido al Clean Air Act de 1990, la cual "ha ayudado a aumentar la proporción de personas que viven en condados que cumplen las normas de la EPA respecto a la contaminación ambiental de 49.7% (correspondiente al nivel basal) en 1988 a 76.5% en 1993" (DHHS, 1995, pp. 81-82). "Deterioro de la salud respiratoria: exposición a los contaminantes del aire" puede ser un diagnóstico particularmente pertinente para un grupo de trabajadores expuesto a la inhalación de toxinas en su sitio de trabajo. Los empleados pueden encontrarse en un área industrializada donde la exposición está concentrada o pueden estar expuestos a las toxinas al esparcir los herbicidas en distintos lugares cada día.



HISTORIA DE UN CASO
DIAGNÓSTICO ENFOCADO EN EL INDIVIDUO:
CONGOJA ESPIRITUAL (DOLOR DEL ESPÍRITU HUMANO)

Definido como la "interrupción en el principio de la vida que invade todo el ser de una persona, íntegra y trasciende la propia naturaleza psicosocial y biológica" (NANDA, 1995-1996, p. 49).

DIAGNÓSTICO ENFOCADO EN LA COMUNIDAD:
CONGOJA ESPIRITUAL: COMUNIDAD

Piense en la sensación de dolor e interrupción originadas cuando un desastre golpea a una comunidad y en la respuesta comunitaria inherente. El terrorismo y los actos de violencia comunitaria, afectan la vida de todos los miembros de la comunidad que expresan su preocupación sobre el significado de la vida y la muerte y sus sistemas de creencias. Las amenazas a la seguridad comunitaria pueden provocar un dolor extendido en las comunidades. El dolor puede ser penetrante y trascender las diferencias que separan a las personas. La gente puede estar espiritualmente unida en épocas de desastre cuando la seguridad comunitaria y la preciosa naturaleza de la vida misma de la comunidad están amenazadas. El desempleo y la pobreza pueden ser fuentes de dolor espiritual para la comunidad. En este caso, la opresión de la inseguridad económica y la sensación de fracaso que sobreviene con la ausencia de productividad laboral y la dependencia económica invade la vida de la comunidad, dando como resultado el dolor comunitario.

Estos son algunos ejemplos de los diagnósticos formulados para reflejar las condiciones de los individuos y que pueden ser extrapolados para manifestar las condiciones de la comunidad. De manera optimista, el analista es invitado a tener en la mira los diagnósticos basados en la comunidad y a pensar más allá del individuo y la familia para vislumbrar a la comunidad como un cliente e involucrarse en la atención de salud basada en la comunidad.

En relación con el número de diagnósticos aprobados para describir las respuestas humanas de los individuos y las familias frente a los problemas reales o potenciales, de la salud o los procesos vitales, relativamente pocos diagnósticos se refieren a la comunidad. Las enfermeras de salud comunitaria tienen el desafío de presentar diagnósticos comunitarios para su inclusión en la taxonomía de la NANDA. Ellas se encuentran en la posición ideal para hacer que las fortalezas, los riesgos y los problemas de la comunidad sean conocidos por todas las enfermeras y los miembros del equipo interdisciplinario para la atención de salud.

Pueden escribirse diagnósticos que reflejen las fortalezas o capacidades de una comunidad. Por ejemplo, una comunidad con una baja tasa de mortalidad infantil facilita el acceso a centros de calidad para la atención prenatal basados en la comunidad y la iniciativa de una remisión coordinada a través de los colegios y los grupos juveniles comunitarios locales. Los centros prenatales brindan una orientación educativa y detectan los casos para fomentar el temprano inicio de la atención prenatal. Además, la enfermera de salud comunitaria efectúa visitas domiciliarias posnatales dos veces cada semana durante el periodo neonatal y realiza un seguimiento integral de la madre y el recién nacido, además de educar a los padres sobre el crecimiento y desarrollo del niño y sobre la estimulación infantil. La tasa de mortalidad infantil de esta comunidad es la más baja de su estado, y los líderes y las agencias comunitarias sienten gran orgullo al proteger la salud de sus ciudadanos más susceptibles. Los niños son apreciados y la paternidad es apoyada para promover y proteger la salud de los pequeños, sus familias y finalmente la comunidad. Una impresión diagnóstica comunitaria y la baja tasa de mortalidad infantil reflejarían estas conductas que buscan favorecer la salud.

Los riesgos de la salud detectados en una comunidad también pueden ser caracterizados a través del diagnóstico comunitario. Una gran población geriátrica que reside en un proyecto de vivienda puede encontrarse en riesgo debido a la amenaza de una epidemia de influenza. La enfermera puede reconocer esta amenaza para la salud y movilizar a los líderes de la comunidad geriátrica para utilizar medios de comunicación efectivos con objeto de llegar a esta población y justificar la importancia de un programa de inmunización. Ella puede invitar a los profesionales de atención de salud de las demás instituciones a vincularse al esfuerzo cooperativo, para inmunizar a los ciudadanos ancianos y limitar lo que podría convertirse en una epidemia devastadora que produciría morbilidad y mortalidad en este agregado comunitario.

Los problemas de salud de una comunidad pueden ser representados por un diagnóstico comunitario. La muerte violenta por distintas armas puede constituir un problema endémico en una comunidad dada. La alta incidencia de violencia humana es una desesperada expresión de la mala salud comunitaria. Aunque existe una brecha seria en el conocimiento y la comprensión de las causas y la prevención de la conducta violenta, el impacto del comportamiento violento sobre las comunidades puede ser manejado. Un diagnóstico sobre la elevada incidencia de muertes relacionadas con diferentes armas puede dar como resultado las intervenciones basadas en la comunidad y los colegios, incluyendo una actualización del entrenamiento de los profesionales de la atención de salud tanto para identificar a los generadores potenciales de la violencia como para encontrar a las víctimas de la misma (DHHS, 1995).

Los diagnósticos comunitarios ayudan a la enfermera a convertir los datos de la evaluación en impresiones significativas sobre el estado de las fortalezas, los riesgos y los problemas de salud de la comunidad. Las intervenciones son generadas a partir de estas impresiones diagnósticas. La enfermera de salud comunitaria está siempre consciente de la importancia que tiene considerar las tres esferas de influencia al valorar a la comunidad.

RESUMEN

La comunidad es un sistema de cliente. La enfermera de salud comunitaria debe mirar más allá de los miembros individuales de la comunidad e integrantes de las familias comunitarias y considerar a la comunidad misma como un cliente para su atención. Las comunidades son complejas. Ellas tienen personalidad, recursos, fortalezas, riesgos y problemas. La enfermera de salud comunitaria identifica las fortalezas de la salud de la comunidad y utiliza estas fortalezas para equilibrar sus riesgos y problemas. Ella se involucra en un proceso de valoración de la comunidad para descubrir la dinámica comunitaria. La valoración corresponde al escrutinio integral de la comunidad como un todo; la enfermera de salud comunitaria utiliza todas sus habilidades y conocimiento para realizar esta valoración. Los datos son recolectados a través de la observación, inspección e investigación de la comunidad. Las tres esferas del Modelo de Alianza para la Salud se utilizan para orientar la valoración comunitaria. Cada esfera revela las dimensiones variables de la comunidad. La enfermera de salud comunitaria y los miembros del equipo interdisciplinario junto a los miembros de la comunidad analizan la interrelación de las tres esferas —necesidades basadas en la comunidad, técnicas para el manejo de la atención y decisiones para la adjudicación de los recursos—, con objeto de establecer las fortalezas, los riesgos y los problemas de salud de la comunidad. El grado en el cual las tres esferas se superponen indica las áreas de fortaleza de la comunidad. El grado en el cual las tres esferas no se encuentran conectadas e interrelacionadas indica las áreas de riesgo y los problemas de salud en la comunidad. Cuando se aplica a las comunidades, la fase de valoración del proceso de enfermería, éste brinda a la enfermera de salud comunitaria datos suficientes para formular diagnósticos comunitarios significativos y empezar a elaborar planes para la intervención comunitaria a fin de promover y proteger la salud de la comunidad.

PALABRAS CLAVE

Estética	Enlace
Valoración	Taxonomía de la NANDA
Bioestadística	Adjudicación de recursos
Demografía	Sistema de pagador único
Diagnóstico	Pagador de tercer partido
Empoderamiento	

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas:

1. Cuál de los siguientes tipos de datos proporciona a la enfermera de la salud comunitaria un vistazo de reconocimiento:
A. Demográficos.
B. Vitales.

- C. Impresionistas.
 - D. De morbilidad.
2. Para desarrollar una valoración comunitaria, el *primer* paso de la enfermera de salud comunitaria consiste en establecer:
 - A. Los estudios pertinentes que han sido previamente realizados.
 - B. El porcentaje de personas pertenecientes a cada grupo étnico.
 - C. Las tasas comunitarias de morbilidad y mortalidad.
 - D. La voluntad de los líderes comunitarios para participar en el estudio.
 3. Si los proveedores y los consumidores de la atención de salud son considerados dos de los tres partidos del sistema de atención de salud, ¿cuál es el tercer partido?
 - A. Los hospitales.
 - B. Las organizaciones para la conservación de la salud (OCS).
 - C. El Department of Health and Human Services (DHHS).
 - D. Los programas y las compañías de seguros.
 4. Las impresiones diagnósticas basadas en la comunidad definen:
 - A. Las tasas de prevalencia de la enfermedad en la comunidad.
 - B. Las fortalezas, los riesgos y los problemas de salud de la comunidad.
 - C. Las principales causas de mortalidad en la comunidad.
 - D. Los problemas de salud de los individuos y las familias de la comunidad.
 5. La mejor definición del acto de la valoración de la comunidad es:
 - A. La determinación de la composición étnica o racial de la población.
 - B. El descubrimiento de los recursos comunitarios para la salud.
 - C. Familiarizarse o darse a conocer por la comunidad.
 - D. La localización de las fuentes de referencia para aprender sobre las agencias comunitarias.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es C.* El vistazo de reconocimiento es un método para recolectar datos sobre la comunidad mediante la observación; los datos recolectados corresponden a impresiones.
2. *La respuesta es A.* La enfermera de salud comunitaria consulta primero las fuentes de datos disponibles sobre la comunidad tales como el directorio telefónico local, la biblioteca y la cámara de comercio para establecer qué estudios pertinentes han sido previamente realizados.
3. *La respuesta es D.* Las compañías aseguradoras —sean públicas, privadas o voluntarias—, conforman el tercer partido del sistema para la atención de salud.
4. *La respuesta es B.* Los diagnósticos basados en la comunidad son juicios clínicos sobre las respuestas comunitarias a los procesos vitales o los problemas de la salud reales y potenciales, e incluyen las impresiones sobre las fortalezas, los riesgos y los problemas de salud de la comunidad.
5. *La respuesta es C.* La valoración comunitaria constituye un proceso de familiarización o habituación con la comunidad para revelar los datos significativos que describen y reflejan la identidad de la comunidad y su actual estado de salud.

REFERENCIAS COMENTADAS

Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1958). *Preventive Medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach*. Nueva York: McGraw-Hill.

Este sobresaliente libro sobre la medicina preventiva incluye la revisión de los principios básicos y la aplicación de estos principios a diversas condiciones de salud y a la acción

comunitaria organizada. Es reconocido como el más fino recurso para explicar la historia natural de la enfermedad y los niveles de prevención. La información contenida sobre el enfoque epidemiológico y sus contribuciones a la medicina preventiva con frecuencia es citada en las publicaciones relacionadas con la salud comunitaria.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (1995-1996). *Nursing Diagnosis: Definitions and Classification*. Filadelfia: Autor.

Este texto es una recopilación de los resultados de la Undécima Conferencia sobre la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería llevada a cabo en 1994. Presenta los detalles de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA incluyendo las definiciones, las características particulares, los factores de riesgo y los factores relacionados. También menciona las pautas para la presentación de los diagnósticos de enfermería.

Robertson, A., & Minkler, M. (1994). New Health Promotion Movement: A critical examination. *Health Education Quarterly*, 21(3), 295-312.

Al explorar la revolución que ocurre en el campo de la promoción de salud, estos autores investigan profundamente dos conceptos fundamentales para este movimiento: El apoderamiento y la participación comunitaria. Este artículo explora los múltiples significados de estos términos y sus implicaciones prácticas, la salud es considerada como un recurso para la vida cotidiana y no como el objetivo de la vida según lo manifiesta la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tolstoi, L. (1898). *What is art?* Londres: Oxford University Press.

Este clásico es el más importante de los ensayos de Tolstoi sobre la estética. Examina diversas definiciones del arte, todas las cuales —por una u otra razón— Tolstoi encuentra insatisfactorias. Analiza la función del arte en la Grecia clásica y la Europa medieval y en el posrenacimiento además de los distintos criterios con los que cada época ha juzgado su propio arte. Ofrece la definición de Tolstoi sobre el arte junto a los criterios para distinguir entre el arte bueno y malo.

U. S. Department of Health and Human Services. (1995). *Healthy People 2000: Midcourse review and 1995 revisions*. Washington DC: Autor.

Este texto es un informe de los logros luego de la emisión de Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives y los desafíos restantes relacionados con la prevención de la muerte prematura y el mejoramiento de la salud a medida que se acerca el año 2000. Consiste en un informe detallado sobre el progreso de las 22 áreas prioritarias identificadas y la acción de consorcio que está siendo llevada a cabo por el Estado y a través de actividades privadas y voluntarias.



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE LAS COMUNIDADES

La atención de salud de la comunidad es la esencia de la enfermería comunitaria (Public Health Nursing Section, American Public Health Association, 1980). La enfermera de salud comunitaria valora la diversidad y la complejidad de los factores que influyen sobre la salud de la comunidad. La valoración integral de la salud comunitaria conduce al desarrollo de los diagnósticos comunitarios. Tales diagnósticos son útiles para proporcionar un enfoque específico para la planeación de las intervenciones adecuadas. La enfermera colabora con los integrantes del equipo interdisciplinario de atención de la salud y los miembros comunitarios con objeto de crear una alianza que valide las necesidades de salud de la comunidad y conduzca a las intervenciones apropiadas. Esta alianza para la salud comunitaria también determina los sistemas disponibles para la gestión de la atención y tiene en cuenta las influencias para la adjudicación de los recursos de la salud. El enlace entre las necesidades de la salud comunitaria, los sistemas para la gestión de la atención y las decisiones para la adjudicación de los recursos revelará las necesidades comunitarias insatisfechas, las deficiencias en la gestión de la atención, la ausencia de recursos comunitarios o los obstáculos para la adjudicación de los recursos disponibles.

Este capítulo está enfocado en la experiencia del abordaje del equipo y analiza el papel de la enfermera de salud comunitaria para coordinar los esfuerzos a fin de implementar intervenciones exitosas. Las intervenciones comunitarias son acciones terapéuticas diseñadas para promover y proteger la salud de la comunidad, manejar y solucionar los problemas comunitarios de salud y apoyar a la comunidad a medida que ésta cambia con el transcurso del tiempo. Las intervenciones basadas en la comunidad ofrecen una continuidad de los servicios de salud, los cuales anticipan los problemas comunitarios y responden a las necesidades de la comunidad.

*E*XPERIENCIA DE ABORDAJE DEL EQUIPO

Para tener éxito, las intervenciones basadas en la comunidad requieren el esfuerzo concertado de muchos individuos. La enfermera de salud comunitaria confía en la experiencia de los miembros de la comunidad y del equipo interdisciplinario de atención de salud para poner en acción un plan basado en la comunidad. El enfoque del equipo se ilustra en el siguiente caso de una intervención basada en la comunidad.

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

- Experiencia de abordaje del equipo
- Papel de la enfermera de salud comunitaria
- Servicios basados en la comunidad
- Blanco de los servicios basados en la comunidad
- Asociación
- Estrategias para la intervención basada en la comunidad
- Desafíos de la atención basada en la población
- Resumen

El abordaje del equipo para las intervenciones basadas en la comunidad sirve de instrumento para lograr que la intervención sea un éxito.

Si se considera que, por ejemplo, la detección temprana del cáncer es fundamental para el tratamiento del mismo, constituye una intervención importante para la salud de una comunidad, entonces la enfermera de salud comunitaria tendría que desempeñar un papel significativo en la realización de un programa para la detección del cáncer. Para implementar tal programa, ella debe primero identificar una institución que desee aportar la experiencia profesional y el soporte tecnológico requeridos. Profesionales tales como las enfermeras especialistas clínicas, las practicantes de enfermería, los oncólogos, los radiólogos y los técnicos harían parte del personal institucional con el cual debe interactuar la enfermera de salud comunitaria en su papel de enlace con la comunidad.

Publicitar estos programas de detección es otro aspecto de la intervención que la enfermera de salud comunitaria debe coordinar. Ella debe crear anuncios para los periódicos y divulgar el servicio público a través de la radio y la televisión. La enfermera puede contactar al clero y a los administradores de las iglesias, sinagogas, casas de reunión y otros centros comunitarios con objeto de obtener su aprobación para distribuir los volantes informativos durante los servicios y las reuniones. Entablar una buena relación con estos líderes comunitarios en las etapas de planeación puede ser muy positivo ya que con frecuencia esto garantiza la adecuada distribución del material entre los feligreses. La enfermera de salud comunitaria debe movilizar el sistema de comunicación de la localidad para informar a los miembros de la misma respecto a las ubicaciones de los sitios de detección, cómo pueden obtener provecho de este servicio y qué documentación necesitan para utilizarlo.

Dado que el costo constituye siempre un factor significativo en la prestación de la atención en salud, la oficina de contabilidad de una institución tal como la aquí propuesta, serviría como instrumento para el procesamiento del seguro y para establecer si se puede suministrar atención gratuita cuando el cubrimiento del seguro no esté disponible. Las misiones conjuntas con otras instituciones para la realización de un programa para la detección del cáncer pueden dar como resultado la beneficiosa posibilidad de un ahorro de los costos.

Cuando varias instituciones de atención en salud se unen con objeto de llevar a cabo estos programas, se deben tomar decisiones respecto a los sitios para la realización de las detecciones. La enfermera de salud comunitaria puede consultar con los departamentos de relaciones comunitarias de tales instituciones y utilizar la experiencia y los contactos que éstas tienen en la comunidad para decidir la mejor manera de efectuar la detección. Concertar las reuniones para la planeación y garantizar que en ellas se encuentren presentes los representantes comunitarios constituye una parte vital de la organización de esta intervención basada en la comunidad. Se deben invitar a los representantes comunitarios a compartir su perspectiva sobre las necesidades de salud de la comunidad e igualmente a ofrecer su consejo y observaciones sobre cómo abordar esta última. Las reuniones programadas con regularidad garantizan el intercambio efectivo de la comunicación y la participación de todas las personas involucradas, además de permitir que éstas experimenten la fase de planeación de una manera que sea receptiva a sus puntos de vista.

Una aproximación para la detección del cáncer podría corresponder a una unidad móvil que se desplace a través de la comunidad llevando los programas de detección directamente hasta los miembros de la misma. Si este fuese el abordaje recomendado, deberían obtenerse los permisos respectivos en las ciudades, los pueblos y los caseríos participantes en el programa de detección. La enfermera de salud comunitaria debe consultar con las autoridades municipales y los departamentos de policía para garantizar la obtención de los documentos pertinentes y la solución de los aspectos relacionados con la seguridad. Sería necesario elaborar

una ruta para el desplazamiento de la unidad móvil del programa. Las estaciones de radio y televisión y los periódicos deberían ser contactados para informar a la comunidad sobre el programa de detección.

El valor de la detección consiste en ubicar a los miembros de la comunidad lo más tempranamente posible en el proceso de la enfermedad con objeto de ofrecerles un tratamiento oportuno y limitar cualquier discapacidad resultante. Por tanto, los programas de detección no deben arrojar resultados sólo para los individuos que fueron evaluados sino que además deben contar con un sistema de referencia de modo que el tratamiento necesario sea suministrado. Los miembros comunitarios experimentarán una sensación de empoderamiento si pueden efectuar un plan de acción basados en el conocimiento de su riesgo y de los recursos disponibles para su tratamiento. El programa de detección sólo resultará efectivo si se planea un sistema de seguimiento. De este modo, el programa de detección comunitaria incluye la dedicada cooperación de los miembros de la comunidad, los integrantes del equipo interdisciplinario, las agencias comunitarias y de salud, las autoridades de la localidad y los medios de comunicación. La enfermera de salud comunitaria apoya este proceso coordinando la experiencia de los otros participantes comunitarios, utilizando las redes establecidas y forjando nuevas relaciones en la comunidad. La intención del programa de detección consiste en brindar a los miembros comunitarios la remisión de los posibles diagnósticos —dado que el resultado positivo de la detección es presuntivo— y en garantizar un tratamiento adecuado tan pronto como sea posible en el periodo de patogénesis. La identificación temprana de los miembros comunitarios afectados por la enfermedad de modo que el tratamiento pueda ser iniciado oportunamente, es un ejemplo de una intervención basada en la comunidad, la cual requiere los esfuerzos aunados y coordinados de la enfermera de salud comunitaria, los miembros de la comunidad y el equipo interdisciplinario para la atención de salud.

*P*APEL DE LA ENFERMERA DE SALUD COMUNITARIA

Trabajar con las agencias de la comunidad y los valiosos contactos de éstas, requiere que la enfermera de salud comunitaria demuestre el más alto grado de profesionalismo. Las **características más valiosas** en esta relación profesional son la confiabilidad, la responsabilidad, la dedicación y la experiencia. La enfermera de salud comunitaria es una persona digna de confianza y perseverante, es decir, ella sigue el plan de atención y mantiene el mayor nivel en la calidad de la misma. Al propiciar las relaciones de colaboración y cooperación, ella debe contar con la experiencia de otros miembros de la comunidad para llevar a cabo las intervenciones de la salud comunitaria. Los esfuerzos combinados de la enfermera, los miembros de la comunidad y los integrantes del equipo resultan mucho más efectivos para atender las necesidades de la comunidad que los de cualquiera de las disciplinas aisladamente. La enfermera de salud comunitaria puede facilitar la unión de las distintas perspectivas y disciplinas hacia una meta común.

Un factor clave en la implementación de un abordaje de equipo es la capacidad de la enfermera de salud comunitaria para desempeñarse como un efectivo colaborador y coordinador de la atención. La colaboración requiere que la enfermera posea un conocimiento certero de la definición, las metas y las funciones de la profesión de enfermería. Ella aprecia y es capaz de transmitir la particular perspectiva que las enfermeras ofrecen para diagnosticar y tratar las respuestas humanas a las condiciones de salud, enfermedad, discapacidad y muerte en las distintas poblaciones. La colaboración también requiere habilidades efectivas para la comunicación. Dadas las diversas perspectivas de la comunidad y miembros del

Características más valiosas en un profesional

Experiencia
Confiabilidad
Responsabilidad
Dedicación
Lealtad

La clave para la implementación exitosa de la atención cooperativa, contando con los miembros de la comunidad y el equipo interdisciplinario para la atención de salud, es la capacidad de la enfermera de salud comunitaria para desempeñar en forma efectiva las funciones de colaboración, disposición y coordinación.

equipo de atención de la salud, la claridad en la comunicación es esencial para llevar a cabo la planeada intervención basada en la comunidad. La meta de la cooperación consiste en tomar decisiones por medio de un consenso; el consenso requiere una profunda discusión de modo que se puedan establecer las metas conjuntas y determinar las estrategias para su implementación. La habilidad para manejar constructivamente el conflicto e identificar los intereses e inquietudes comunes es una de las aptitudes particulares exigidas a la enfermera de salud comunitaria. El establecimiento de las alianzas constituye una misión cooperativa. Los aspectos de campo deben ser resueltos de tal modo que no limiten o se aparten de la construcción de la alianza. La enfermera de salud comunitaria utiliza su experiencia como profesional dedicada, combinando una amplia base de conocimientos sobre los problemas sociales y de salud, y sus habilidades para intervenir a favor del mejoramiento de la salud de la comunidad.

En el papel de coordinadora de la atención, la enfermera interviene en el ámbito comunitario. La función de coordinación depende de las capacidades de organización de la enfermera de salud comunitaria. Ella debe ser capaz de analizar y sintetizar los datos en forma significativa y útil; el análisis y la síntesis son funciones cognitivas complejas que dependen de la comprensión práctica que la profesional tiene sobre la comunidad, sus recursos y sus miembros. La enfermera utiliza su conocimiento clínico de la comunidad y su propia reputación como persona respetada y bienvenida. Ella une la información y los recursos para ayudar a la comunidad a manejar sus inquietudes y problemas de salud así como a mantener sus fortalezas.

El objetivo de un plan coordinado de atención es el concepto de atención integral, es decir, sin personas desatendidas. La enfermera de salud comunitaria se preocupa por la atención de toda la comunidad y no sólo por los individuos que aprovechan los servicios de salud. Los miembros que no tienen acceso a la atención de salud, aquellos apartados de la misma y quienes carecen de una voz para identificar sus necesidades, se encuentran entre los integrantes de la comunidad por quienes se preocupa la enfermera, que siempre se interesa por aquellos miembros comunitarios que no fueron atendidos, cualquiera que sea el éxito obtenido por una intervención basada en la comunidad. La enfermera de salud comunitaria y otros integrantes del equipo brindan su atención a toda la comunidad. La habilidad para coordinar la atención permite a la enfermera enfocarse en reducir —para todos los miembros de la comunidad— las brechas existentes en los servicios.

La enfermera de salud comunitaria es la voz de la comunidad y de sus miembros, abogando en particular por las necesidades de aquellos que están inadecuadamente atendidos y de quienes carecen de voto. La intención de esta representación es garantizar que las necesidades de todos los integrantes de la comunidad sean consideradas e, idealmente, atendidas. El objetivo de la intervención basada en la comunidad consiste en estimular a los miembros comunitarios para convertirse en socios efectivos de la atención de salud. A medida que la enfermera interviene para elevar el nivel de conocimiento y las habilidades de los miembros de la comunidad, aumenta el poder y la habilidad de aquellos para involucrarse en una relación participativa para la atención de salud. La enfermera de salud comunitaria transfiere su conocimiento y habilidades profesionales a los integrantes de la comunidad. El objetivo de la intervención consiste en garantizar que los miembros comunitarios cuiden de sí mismos y movilicen los recursos indispensables de la comunidad para satisfacer sus propias necesidades. Los proveedores de atención de salud se convierten en recursos comunitarios valiosos y sensibles e igualmente en socios del proceso.

SERVICIOS BASADOS EN LA COMUNIDAD

Al diseñar el plan de atención para un cliente individual, la enfermera de salud comunitaria utiliza los datos de la valoración recopilados mediante la historia clínica y el examen físico. Este plan incluye tanto la implementación de los tratamientos y procedimientos como la enseñanza y la orientación personalizada de la salud. En el ámbito comunitario, los datos recolectados a través de la valoración de la comunidad son utilizados para planear las intervenciones basadas en ella. Las enfermeras de salud comunitaria están involucradas en el desarrollo y la implementación de los programas de salud diseñados para manejar las necesidades, los riesgos y los problemas comunitarios de salud identificados por medio de la valoración. El proceso de enfermería es aplicado a la comunidad como cliente.

El proceso de valoración identifica qué clase de servicios y programas son necesarios en la comunidad. Si en la localidad existe la necesidad de difundir información referente a la salud, una feria de la salud puede ser una estrategia efectiva. En tal evento, la información puede ser distribuida gratuitamente a los miembros comunitarios. Pueden ofrecerse volantes, folletos, afiches y consultas a los integrantes de la comunidad mientras disfrutan la oportunidad de asistir a la feria de la salud. La información sobre la reducción del riesgo de la enfermedad cardíaca, las señales de advertencia del cáncer, la protección contra las caídas y los accidentes caseros, y la importancia de las inmunizaciones en la infancia, son ejemplos de información de la salud que puede ser suministrada en tal evento.

Si mediante un proceso de valoración se establece que la comunidad necesita conocer una advertencia relacionada con su salud, se puede emitir un anuncio a través de los medios de comunicación masiva incluyendo la radio, la televisión y los periódicos. Los avisos de advertencia están diseñados para alertar a la comunidad respecto a las amenazas que tienen el potencial de afectar la salud de la totalidad o un segmento particular de la población. Por ejemplo, un alimento especial podría estar probablemente contaminado o se podría esperar una ola de calor, en cuyo caso sería importante difundir las recomendaciones para evitar la deshidratación. Facilitar un número telefónico para atender las inquietudes permite a los miembros comunitarios solucionar sus interrogantes y comentar sus experiencias. Las ferias de la salud y las advertencias relacionadas con la misma, se cuentan entre las estrategias que pueden ser utilizadas para generar el interés de los miembros de la comunidad en esta clase de temas.

Si a través del proceso de valoración se identifica un problema particular de salud, en la intervención se utilizan estrategias diferentes a las empleadas para generar conciencia en la comunidad. La enfermera de salud comunitaria sirve como facilitador para movilizar los recursos comunitarios disponibles a fin de manejar el problema. Por ejemplo, los datos de la valoración comunitaria pueden revelar un número alarmante de adolescentes de la localidad que utilizan el alcohol para satisfacer sus necesidades de recreación y socialización. La enfermera de salud comunitaria concertaría las reuniones con los adolescentes a través de los clubes y grupos escolares, consultaría con la enfermera escolar y asistiría a las reuniones de la asociación escolar comunitaria. La enfermera puede enterarse de que los estudiantes, los padres y los profesores están especialmente preocupados por las situaciones que representan una amenaza para la vida, tales como los accidentes relacionados con el alcohol. Si existe interés en organizar una respuesta en diversos frentes, la enfermera de salud comunitaria puede ser útil a los integrantes de la asociación escolar comunitaria como un recurso para ayudarlos a escoger las estrategias que han tenido resultados exitosos en otras comunidades -tales como los grupos de Mothers Against Drunk Drivers (MADD) y Students Against Drunk Drivers (SADD)—, las cuales han respondido positivamente a los

problemas del alcohol y la adolescencia. Safe Home corresponde a otro programa que las enfermeras de salud comunitaria pueden sugerir a la comunidad. En este programa, los padres y otros miembros comunitarios se comprometen a brindar su apoyo a la educación temprana y continuada sobre el alcohol y a ofrecer a los jóvenes actividades sin alcohol.

Si en la comunidad el alcoholismo en los adolescentes es considerado como un problema, existirá la necesidad de servicios de tratamiento. La enfermera de salud comunitaria podría recopilar información sobre las instituciones allí disponibles para el tratamiento y la rehabilitación, y podría compartir esta información con los grupos escolares y juveniles. La información sobre las reuniones de Alcohólicos Anónimos (AA) y Alcohólicos Adolescentes (Alateen) puede ser distribuida en los colegios. La lista de recursos útiles incluyendo las instituciones para el tratamiento del consumo del alcohol (tanto internas como ambulatorias), las unidades para el consumo adictivo y las líneas calientes/líneas de ayuda pueden ser validadas por la enfermera de salud comunitaria antes de su amplia difusión en la comunidad. El departamento de policía local podría ser incluido para controlar la venta ilegal de alcohol a los menores de edad. La enfermera de salud comunitaria, conocedora de los recursos disponibles luego de la valoración integral de la comunidad, puede ahora organizar esa información en guías y recursos útiles para los miembros comunitarios. Una de las áreas clave de la intervención de enfermería en la comunidad consiste en enlazar a los miembros comunitarios con los recursos disponibles.

La enfermera de salud comunitaria, en cooperación con los miembros de la comunidad y los integrantes del equipo para la atención de salud, puede afrontar la posibilidad de que la comunidad no cuente con los recursos necesarios para manejar un problema identificado. El incremento de los incidentes y accidentes relacionados con el consumo de alcohol puede estar asociado con la ausencia de recursos disponibles para la recreación y la socialización de la juventud comunitaria. Si este es el caso, una alianza entre los consumidores y proveedores interesados podría originar en la comunidad suficiente interés para la obtención de una respuesta organizada a esta necesidad insatisfecha. Por ejemplo, la enfermera podría convertirse en un instrumento para la creación de un foro comunitario que se refiriera a la construcción de un centro juvenil comunitario.

La enfermera podría organizar reuniones para animar a los adolescentes a hablar públicamente sobre lo que les gustaría ver hecho realidad. Ellos pueden estar simplemente interesados en un lugar en el cual congregarse sin necesidad de que haya muchos eventos. En respuesta a esta inquietud, un parqueadero podría convertirse en un lugar para practicar hockey y baloncesto callejero; el espacio de un salón podría ser utilizado para reunirse y ver videos, o se podría establecer un punto de encuentro para holgazanear y reunirse con otros. Con frecuencia, los jóvenes son capaces de definir con exactitud lo que desean y precisan respecto a un centro juvenil, mientras los padres pueden tener otras ideas sobre lo que éste debería ser. La enfermera de salud comunitaria podría servir como facilitador de la comunicación y podría ayudar a los jóvenes y a sus padres a resolver sus diferencias en una forma efectiva. Crear un recurso que verdaderamente satisfaga las necesidades de una comunidad requiere paciencia, tiempo y colaboración.

Población blanco. Esta es una población que ha sido identificada en riesgo debido a características o conductas que aumentan las posibilidades de desarrollar una enfermedad o trastorno.

BLANCO DE LOS SERVICIOS BASADOS EN LA COMUNIDAD

La atención basada en la comunidad está dirigida a una **población blanco**, la cual es frecuentemente descrita como una población en riesgo. Las poblaciones en riesgo son agregados que poseen características o exhiben conductas que

incrementan las posibilidades de desarrollar una enfermedad o trastorno. Como parte del equipo que efectúa la valoración de la comunidad, la enfermera de salud comunitaria identifica las poblaciones de alto riesgo en la localidad de modo que las intervenciones puedan mejorar su estado de salud. Es importante identificar en una comunidad a las poblaciones en riesgo porque ellas implican una mayor demanda de servicios y programas del sistema de atención de salud. Esta demanda y mayor utilización de los servicios eleva los costos de la atención de salud comunitaria. Los miembros que tienen mala salud pueden experimentar una menor calidad de vida y una reducida productividad comunitaria. La salud de la comunidad se refleja en la salud de sus miembros. La promoción de la salud de los individuos y las familias que hacen parte de las poblaciones de alto riesgo, mejora la salud de toda la comunidad.

La enfermera de salud comunitaria debe conocer los riesgos asociados con cada una de las poblaciones de alto riesgo de la comunidad y cuáles de tales factores pueden ser modificados así como las estrategias efectivas para su intervención. Las intervenciones están dirigidas a reducir, modificar o eliminar los riesgos específicos de la población. La enfermera comunitaria analiza los datos de la valoración y el diagnóstico para identificar las acciones de enfermería que pueden ser adoptadas a lo largo de la prestación de la atención. Las intervenciones preventivas pueden reducir el peligro para las poblaciones de alto riesgo. Las intervenciones de prevención primaria están relacionadas con las estrategias para la promoción y la protección de la salud. Las intervenciones de prevención secundaria están relacionadas con el diagnóstico temprano, los regímenes terapéuticos y la limitación de la discapacidad. Las intervenciones de prevención terciaria están relacionadas con los esfuerzos para la rehabilitación. Al analizar cuidadosamente los datos de la valoración y el diagnóstico, la enfermera de la salud comunitaria puede anticipar y responder a las necesidades y los problemas de salud de la comunidad.

*A*SOCIACIÓN

El concepto de las enfermeras de salud comunitaria y otros proveedores de la atención estableciendo una asociación con los consumidores constituye el fundamento de la atención de salud basada en la comunidad (Matteson, 1996). Cada comunidad, sea esta heterogénea u homogénea, presenta una serie compleja de aspectos, riesgos y problemas de salud. La enfermera de salud comunitaria es incapaz de manejar y resolver todos los problemas de la comunidad pero apoya las fortalezas de ésta y la estimula a defenderse por sí misma aprendiendo a utilizar la experiencia de los proveedores y otros miembros de la atención en salud. Las responsabilidades de la enfermera comunitaria y otros proveedores de la atención en salud consisten en servir a la comunidad por medio de la facilitación, educación, organización, consulta y atención directa.

La asociación se construye sobre el ideal del respeto y la cooperación recíproca. La enfermera de salud comunitaria busca promover el respeto mutuo entre todos los miembros de la alianza para la salud. La promoción del respeto se facilita cuando la comunicación fluye libremente y es canalizada en forma constructiva para un mayor beneficio de la comunidad. La cooperación comunitaria con frecuencia se edifica sobre una base de iniciativas exitosas que establecen una diferencia para la vida y la salud de la comunidad. La enfermera de salud comunitaria puede ayudar en el avance hacia una comunidad más sana, propiciando las asociaciones entre los proveedores y los consumidores, y contribuyendo a la alianza creada a través de esta asociación para identificar las metas mutuas alcanzables.

por medio de un esfuerzo comunitario concertado. Enlazar a los miembros comunitarios con los recursos que satisfacen sus necesidades, constituye una de las estrategias más importantes de la intervención de enfermería para la salud comunitaria. Estimular las asociaciones entre los proveedores y los consumidores para manejar las inquietudes mutuas y desarrollar los enlaces entre los recursos comunitarios y los miembros de la comunidad para manejar sus necesidades, son los componentes clave de la atención basada en la comunidad.

*E*STRATEGIAS PARA LA INTERVENCIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

Las intervenciones basadas en la población requieren que la enfermera de salud comunitaria extrapole al nivel comunitario las habilidades utilizadas en la atención de los individuos y las familias. Las intervenciones basadas en la población están enfocadas en los agregados. La meta de la práctica de la enfermería basada en la población es promover la salud de la comunidad. Al promover las comunidades sanas, la enfermera es responsable de todas las personas de la comunidad y no sólo de aquellas que buscan los servicios. Las intervenciones basadas en la población se derivan de una valoración sistemática de las fortalezas, las necesidades, los problemas de la salud y las expectativas de los individuos. La enfermera de salud comunitaria junto con los miembros de la comunidad, determina el curso de acción y la mejor utilización de los limitados recursos comunitarios. La evaluación de las intervenciones también corresponde a un esfuerzo cooperativo y retroalimenta la continua valoración de las necesidades y expectativas.

La atención basada en la población está definida por la responsabilidad de la enfermera de salud comunitaria respecto a las personas de la comunidad que, como socios en la atención, forjan una alianza con dicha profesional. Esta alianza da como resultado la mejor utilización de los recursos disponibles y, cuando es posible, el desarrollo de nuevos abordajes para mejorar la salud de la comunidad. Entre las clases de estrategias de intervención basadas en la población se encuentran la educación de la salud y los programas de detección, la valoración y reducción del riesgo, la defensoría, la planeación de la salud y el desarrollo de los recursos.

Educación de la salud y programas de detección dirigidos a los agregados

La enfermera de salud comunitaria es una consejera y maestra de la salud. Prácticamente en todas las situaciones clínicas, la enfermera brinda información, educación y consejería para la salud (Stanhope y Knollmueller, 1997). Para funcionar de manera efectiva en la prestación de estos servicios, la enfermera debe comprender las clases de aprendizaje que pueden ser transmitidas. El aprendizaje consiste en un intercambio dinámico entre la enfermera de salud comunitaria y los miembros de la comunidad: la enfermera aprende de los integrantes comunitarios mientras simultáneamente los educa. Este intercambio dinámico permite a la enfermera perfeccionar su perspectiva y volver a dar forma al centro de la experiencia del aprendizaje basada en una comprensión integral de las personas y de sus necesidades y expectativas de salud. La enfermera aprende sobre los valores y las creencias comunitarias, incluyendo las influencias culturales y espirituales sobre la salud. Ella conoce la capacidad de la comunidad para atender a sus miembros por medio de sus integrantes, agencias y recursos, lo cual le permite establecer enlaces entre las personas que tienen necesidades y los servicios disponibles. La enfermera aporta su experiencia a la comunidad, o sea, el conocimiento y las habilidades que otorgan a la comunidad el poder para cuidar de sí misma.

La información es poder. La información de la salud brinda a las comunidades poder para promover su propia salud y proteger la salud de sus miembros. La transmisión de la información de la salud mediante la educación y la asesoría constituye un componente importante de las intervenciones de enfermería basadas en la comunidad (Friede, O'Carroll, Nicola, Oberle y Teutsch, 1997). La identificación de las necesidades de aprendizaje tiene lugar a través de una valoración sistemática validada por los miembros comunitarios. El aprendizaje implica más que el simple intercambio de información. Impartir la información no necesariamente garantiza que se haya producido su comprensión, que la información pueda ser puesta en uso o que la información dé como resultado un cambio en las prácticas de la salud. La enfermera de salud comunitaria intenta presentar la información de tal modo que la comunidad la comprenda y se produzcan cambios de conducta.

Los tres dominios del aprendizaje identificados por Bloom (1956) y utilizados por las enfermeras como educadoras de la salud son: aprendizaje cognitivo, afectivo y sicomotor. El *aprendizaje cognitivo* es el procesamiento mental. El dominio cognitivo comprende el reconocimiento del saber y el desarrollo de las habilidades y capacidades intelectuales. El aprendizaje en el dominio cognitivo comienza con la simple evocación de la información, seguida por la comprensión en la cual la evocación se combina con el entendimiento. A continuación, el aprendizaje es puesto en uso mediante la aplicación. El propio cuidado constituye un buen ejemplo de la aplicación de la nueva información para la salud personal. Ir más allá de la aplicación implica la capacidad de las personas para analizar o descomponer el material en sus partes integrantes para comprender las relaciones entre las mismas. Una vez fragmentado dicho material, el siguiente nivel de cognición comprende la síntesis en que los elementos conforman un nuevo todo. La comunidad otorga su propia interpretación al aprendizaje y encuentra la solución a sus problemas. El nivel más elevado de aprendizaje cognitivo, la evaluación, ocurre cuando el aprendizaje cognitivo es juzgado por su utilidad. La enfermera y los miembros comunitarios conceptúan sobre la conveniencia de las soluciones y las mejoras necesarias.

El *aprendizaje afectivo* comprende las emociones, los sentimientos o el afecto. Esta clase de aprendizaje se relaciona con los cambios en los valores, las creencias y las actitudes. Los valores están profundamente influidos por la sociedad, e igualmente lo están las creencias y las experiencias de las familias y las personas que constituyen la comunidad. Los valores y las creencias pueden ser aprendidos y cambiados, proceso que ocurre en varios niveles. El primer nivel corresponde a la receptividad, cuando las personas en la comunidad demuestran el deseo de prestar su atención. Este está seguido por la respuesta, cuando las personas se convierten en participantes activos y responden o reaccionan, manifestando así su interés en buscar mayor información por sí mismos. A medida que avanza el aprendizaje afectivo, las personas de la comunidad aprenden a aceptar, apreciar y comprometerse con el nuevo valor. Finalmente, este nuevo valor se convierte en parte del comportamiento comunitario cuando es incorporado al estilo de vida de la comunidad.

El *aprendizaje sicomotor* consiste en aprender a realizar las habilidades que requieren cierta clase de coordinación neuromuscular. Los miembros de la comunidad deben demostrar la capacidad requerida para tal habilidad, aprender a ejecutarla y practicarla percatándose de que la maestría es posible cuando la habilidad puede ser realizada fácil y coordinadamente. Las enfermeras de salud comunitaria pueden enseñar a los grupos de la comunidad a efectuar la reanimación cardiopulmonar (RCP) y otras maniobras salvadoras que requieren aprendizaje sicomotor.

Considere, por ejemplo, las inquietudes de la salud comunitaria tales como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Los miembros de la comunidad pueden necesitar aprender respecto a los modos de transmisión del VIH, los métodos de protección contra el virus así como el curso del síndrome a partir del momento de la infección. Este tipo de aprendizaje es cognitivo. Es indispensable que los miembros de la comunidad reciban información exacta y útil para aclarar la información errónea y obtener una mayor comprensión del síndrome. Los integrantes de la comunidad también deben saber que las personas con VIH/sida pueden participar en la vida comunitaria tanto como les sea posible. Multiplicar la aceptación y el deseo de compartir la vida de la comunidad corresponde al aprendizaje afectivo. Idealmente, los miembros de la comunidad llegan a pensar que todos los integrantes comunitarios son apreciados, importantes y poseedores de derechos. El aprendizaje de las habilidades universales para la precaución en el manejo de la sangre y las secreciones corporales incluye el uso de guantes, el lavado de la sangre derramada utilizando agua e hipoclorito y el empleo de máscaras de RCP en las situaciones de emergencia que requieren reanimación boca a boca. Esta clase de aprendizaje es sicomotor puesto que comprende el desarrollo de habilidades. La enseñanza en este dominio requiere un conocimiento demostrable de las habilidades. Con el tiempo, la habilidad es ejecutada a la perfección.

Si la enfermera de salud comunitaria es capaz de aclarar las necesidades de aprendizaje de las personas en asociación con ellas, entonces puede establecer los dominios del aprendizaje involucrados y elaborar los métodos de enseñanza que respondan de manera adecuada a las necesidades de aprendizaje. La información cognitiva puede ser difundida a través de las estaciones locales de radio o televisión para llegar al mayor número de miembros de la comunidad. Por ejemplo, la educación sobre la necesidad de la inmunización como una medida para la protección de la salud podría ser transmitida de un modo culturalmente relevante a fin de ayudar a las personas a buscar la información para ellas mismas y para otras personas importantes. La formación de grupos de apoyo para compartir las experiencias relacionadas con una pérdida y un trauma corresponde al aprendizaje afectivo; éste le enseña a las personas que pueden convertirse en supervivientes integrando estas pérdidas a sus vidas y superando el trauma que han experimentado. Enseñar a los miembros de la comunidad a realizar la maniobra de Heimlich y la RCP facilita el aprendizaje sicomotor en el ámbito comunitario. Una comunidad puede decidir que todos sus miembros se conviertan en expertos en la ejecución de estas intervenciones de salvamento. La enseñanza de estas habilidades a los grupos cobija finalmente a toda la comunidad con este aprendizaje.

Los programas de detección (U.S. Preventive Services Task Force, 1996) consisten en una forma eficiente y efectiva para identificar a los individuos de la comunidad que pueden tener una condición patológica o una enfermedad sin saberlo. La detección está clasificada como prevención secundaria puesto que la condición patológica o enfermedad ya ha influido las interacciones entre el agente, el huésped y el ambiente. Como resultado, la persona ha ingresado al periodo de patogénesis en la historia natural de la enfermedad. Los programas de detección pueden identificar una única condición o varias, incluyendo así diversas pruebas para detectar distintas condiciones de enfermedad. El aspecto importante de la detección en una población particular es que ésta no proporciona un diagnóstico concluyente; más bien, la detección es presuntiva, identificando a los individuos que pueden tener un problema sin saberlo; para el establecimiento del diagnóstico definitivo se requiere la realización de pruebas adicionales. Por tanto, el objetivo de la detección es llegar a un diagnóstico temprano de una condición patológica o de una enfermedad, que permite el pronto tratamiento para limitar la progresión de la misma.

La enfermera de salud comunitaria juega un papel crítico al facilitar la remisión para la realización de los análisis y diagnósticos adecuados. Sin este seguimiento y remisión, el significado de la detección es nulo y las personas de la comunidad quedan sin la atención necesaria. Los programas de detección no deben ser utilizados como sustitutos de la atención regular de la salud puesto que los hallazgos de las detecciones son presuntivos y el foco de tales programas es bastante limitado. La enfermera también debe advertir a los miembros de la comunidad la posibilidad de obtención de resultados falsos negativos. Ella es consciente de la necesidad de llegar a todos los miembros de los grupos susceptibles así como de la importancia del seguimiento meticuloso. La detección permite el descubrimiento de los casos en la comunidad. El descubrimiento de los casos es un proceso continuo, no un proyecto a realizar en una sola oportunidad. En combinación con la enseñanza y la consejería, los programas de detección brindan un enorme complemento de servicios a la comunidad.

La enfermera de salud comunitaria actúa como un agente terapéutico para la educación en salud, la consejería y la detección. La enfermera es capaz de enseñar, aconsejar y detectar una gran cantidad de inquietudes que las personas de la comunidad considerarán útiles, culturalmente apropiadas y positivas para la salud comunitaria.

Estimación y reducción del riesgo

La estimación del riesgo para la salud y las estrategias para reducir estos riesgos, constituyen intervenciones importantes para la promoción de la salud de las comunidades (Pender, 1996; Woolf, Joñas y Lawrence, 1996). La estimación del riesgo es un método utilizado para describir las posibilidades de padecer o morir a causa de ciertas enfermedades. Una estimación del riesgo genera un informe de probabilidad sobre la posibilidad de la enfermedad que se basa en la cuantificación del efecto de las variables influyentes y su interacción. Por ejemplo, los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la enfermedad cardíaca son el tabaquismo, la hipertensión, la hipercolesterolemia y la obesidad. Una estimación del riesgo denominada "RISKO: Estimación de la salud del corazón", cuantifica estos cuatro factores y desarrolla puntajes para los hombres y las mujeres, lo cual da como resultado los cálculos del riesgo. RISKO fue desarrollado por la American Heart Association (1994).

La presión sanguínea elevada, el colesterol sérico alto, el tabaquismo y la inactividad física son considerados los cuatro principales factores modificables de riesgo para la enfermedad cardíaca; la obesidad es un factor contributivo de riesgo. La inactividad física no hace parte de la base estadística a partir de la cual se derivó el RISKO. Los puntajes del RISKO miden el riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca en los próximos años y en aquellos individuos que actualmente no muestran evidencia de tal enfermedad. Las siguientes son las categorías de riesgo: riesgo mínimo de enfermedad cardíaca para la edad y el sexo; riesgo de bajo a moderado de enfermedad cardíaca para la edad y el sexo (requiriendo cierto mejoramiento); riesgo de moderado a elevado de enfermedad cardíaca para la edad y el sexo (requiriendo un mejoramiento considerable de algunos factores); riesgo alto de desarrollar enfermedad cardíaca para la edad y el sexo (requiriendo un enorme mejoramiento de todos los factores); y riesgo muy alto de desarrollar enfermedad cardíaca para la edad y el sexo (debe adoptarse una acción inmediata sobre todos los factores de riesgo). Dado que la diabetes influye firmemente en el riesgo de enfermedad cardíaca, se agregan puntos adicionales al puntaje total de las personas diabéticas. Esta simple herramienta de asignación de puntaje puede ser utilizada en grandes grupos de

personas para establecer los subgrupos que se encuentran en los distintos niveles de riesgo de enfermedad cardíaca, los cuales requieren diferentes formas de intervención para ayudar a las poblaciones a reducir su riesgo. La utilización de los datos de la estimación del riesgo de un agregado constituye un método importante para impactar la salud de las poblaciones comunitarias.

La estimación y la reducción del riesgo ofrecen a la enfermera de salud comunitaria una manera para ayudar a los agregados a desarrollar una agenda para su propio cuidado. El éxito de la reducción del riesgo, radica en el hecho de que la mortalidad disminuye a medida que aumenta el número de prácticas de la salud (Schoenborn, 1986). La salud es una condición evasiva y compleja. Los determinantes de la salud incluyen el ambiente, la biología humana, la atención de la salud y el estilo de vida. La estimación y la reducción del riesgo están enfocadas sobre el estilo de vida como un determinante importante de la salud. A diario se hacen elecciones en el estilo de vida; se sabe que algunas de estas opciones pueden agotar o dañar la salud. Los hábitos de la salud han sido estudiados longitudinalmente. Uno de los primeros y más significativos estudios fue realizado en el condado Alameda en California. Este estudio "descubrió que siete hábitos específicos de la salud (comúnmente conocidos como 'Alameda 7') estaban relacionados tanto con un estado de salud concurrente y subsecuente como con la supervivencia a largo plazo" (Schoenborn, 1986, p. 571). Estos hábitos consistían en no haber fumado nunca, consumir menos de cinco raciones de alcohol en una misma ocasión, dormir siete a ocho horas diariamente, practicar ejercicio, conservar un peso deseable para la estatura, evitar las meriendas y desayunar regularmente. En la mayoría de las prácticas de salud se encontraron diferencias educativas, raciales y económicas. Las personas con riesgo más elevado pertenecían a los grupos social y económicamente desfavorecidos. Los estudios de este tipo revelan las grandes disparidades existentes respecto al potencial de salud en las comunidades y entre poblaciones específicas.

Las estimaciones de los peligros para la salud corresponden a valoraciones del riesgo que utilizan los datos clínicos y epidemiológicos para calcular los riesgos de la salud con objeto de evitar la enfermedad y la muerte prematura. La valoración de la salud a lo largo de la existencia constituye otra estimación que también utiliza los datos clínicos y epidemiológicos pero suministra medidas preventivas apropiadas para los diferentes grupos de edad. Esta evaluación enumera recomendaciones específicas para los distintos grupos étnicos. Un inventario del bienestar consiste en una evaluación que sugiere cambios saludables en el estilo de vida para apoyar el bienestar. Cualquiera que sea el método o instrumento particular, la idea de calcular el riesgo y desarrollar estrategias de intervención para reducirlo constituye una medida importante para las comunidades.

La enfermera de salud comunitaria está siempre alerta para identificar en la comunidad a las personas que por cualquier razón (raza, cultura, sexo, edad, condición económica, ubicación geográfica) se encuentran en riesgo, con objeto de conectarlas con los servicios comunitarios que puedan suplir su necesidad de promoción de los servicios de salud. Además de conducir las estimaciones del riesgo de las poblaciones comunitarias, los riesgos de toda la población pueden estimarse en la comunidad misma. Los riesgos tales como la contaminación del aire, el agua y el ruido así como el racismo, representan amenazas poderosas para la salud de la comunidad. La estimación del riesgo permite a la enfermera de salud comunitaria recolectar los datos sobre la comunidad y sus poblaciones para cuantificar el riesgo y luego desarrollar estrategias para disminuir los factores del mismo. La estimación y la reducción del riesgo son estrategias importantes para la promoción de la salud comunitaria y para la detección temprana de las amenazas para la salud y los patrones de la enfermedad.

Defensoría

La defensoría (Kohnke, 1982) hace parte del fundamento filosófico de enfermería y corresponde a un componente clave de la práctica de la enfermera de salud comunitaria. Comprende las acciones de informar y apoyar a las comunidades en espera de alcanzar su potencial de salud. La defensoría puede adoptar muchas formas; la enfermera puede convertirse en la voz de los individuos que carecen de poder. La defensoría por figuración es el acto de representar a los miembros comunitarios cuyas necesidades no están siendo atendidas. Para lograr esto, la enfermera de salud comunitaria debe asistir a las reuniones de la junta comunal y hablar en nombre de aquellos miembros de la comunidad que no están ligados a los recursos comunitarios para salud.

La enfermera de salud comunitaria también puede actuar como un defensor de la comunidad desmitificando el sistema de prestación de atención de la salud. Con frecuencia las personas en la comunidad no saben cómo acceder a los servicios o cómo avanzar a través del laberinto de los que se encuentran disponibles. Comprender los requisitos de admisión, conocer la clase de documentación necesaria para el servicio así como estar al tanto de aquellos reembolsables y de los servicios que atienden problemas particulares, son piezas de la información que la enfermera de salud comunitaria experta puede ofrecer a los miembros comunitarios. En ocasiones los integrantes de la comunidad simplemente necesitan un punto de entrada al sistema de atención de salud para beneficiarse de los servicios. La enfermera comunitaria utiliza entonces sus contactos personales en las agencias para abrir las puertas y permitir a los miembros de la comunidad participar de los servicios. Finalmente, ella intenta transformar un sistema de atención de la salud profundamente autoritario en uno que fomente y apoye la participación.

La defensoría es una forma de empoderamiento. Cuando la enfermera de salud comunitaria aboga por la comunidad, el poder es compartido y finalmente transferido a ésta dado que el propio cuidado es la meta de las comunidades saludables. Además de representar las necesidades de las personas y permitir que los recursos existentes sean utilizados por la comunidad, la enfermera de salud comunitaria también controla y evalúa la calidad de la atención recibida por los miembros de la comunidad. Comprometerse en la investigación que mide los resultados y la calidad de la atención constituye la esencia de la defensoría. Una atención de alta calidad, costeable, asequible y responsable es la meta de los servicios de salud basados en la comunidad.

Planeación de la salud y desarrollo de los recursos

El cambio planeado es una estrategia poderosa en la atención de las comunidades (Bennis, Benne y Chin, 1985). La enfermera de salud comunitaria participa activamente en el proceso político que apoya el desarrollo de servicios para la atención de salud que sean costeables, asequibles, culturalmente adecuados, innovadores y de la mayor calidad posible. La enfermera facilita la probabilidad de un poder creado a través de una alianza cooperativa con los miembros comunitarios y los integrantes del equipo interdisciplinario. Esta colaboración brinda el escenario que permite a las comunidades ser verdaderamente receptivas a las inquietudes y problemas de la salud basada en la población (tabla 9-1).

La enfermera de salud comunitaria observa cómo los hacedores de la política y los líderes de la comunidad se vinculan a este proceso de cambio para la expansión y el desarrollo de los recursos comunitarios necesarios. Pueden crearse sistemas para la gestión de la atención, los cuales optimizan los limitados recursos y

Cambio planeado. El cambio planeado consiste en un esfuerzo sistemático, intencionado y cooperativo para integrar en una comunidad un cambio para la salud mediante la ejecución de acciones acordadas.

*

TABLA 9-1

PASOS DEL CAMBIO PLANEADO BASADO EN LA COMUNIDAD**Valoración de la necesidad comunitaria**

- Reunir un grupo o fuerza laboral de miembros comunitarios interesados que representen los distintos puntos de vista, las necesidades y las poblaciones de la comunidad.
- Analizar los datos existentes sobre las fuentes comunitarias, incluyendo los estudios de morbilidad y mortalidad, los informes comunitarios y las encuestas realizadas con anterioridad.
- Discernir la historia de cómo la comunidad afronta el cambio y desea cambiar.
- Diseñar y realizar una encuesta en la comunidad para verificar las impresiones de los datos existentes y establecer los patrones y problemas de salud, utilizando el Modelo de Alianza para la Salud.
- Acordar un área de necesidad identificada para planear las intervenciones.

Análisis y planeación

- Sintetizar todas las fuentes de datos e identificar las áreas de interés prioritario para la salud comunitaria.
- Emplear en el proceso de planeación, el conocimiento sobre la voluntad de la comunidad y su estilo para responder al cambio.
- Desarrollar un plan para la intervención, trabajando a través de una alianza colaboradora.
- Identificar los resultados deseables que puedan ser utilizados para medir la eficacia de las intervenciones planeadas.

Implementación

- Identificar y enlazar las posibles fuentes para financiar el proyecto.
- Facilitar un plan mediante los esfuerzos y las acciones de los miembros de la fuerza laboral.
- Ejecutar el plan cooperativamente.

Evaluación

- Utilizar medidas cualitativas y cuantitativas para juzgar los resultados o las intervenciones.
- Identificar las consecuencias de las intervenciones a corto y largo plazo.
- Integrar los hallazgos de la evaluación inicial para efectuar una implementación continua.
- Utilizar los resultados para reevaluar las necesidades comunitarias.

Fuerza laboral. Una fuerza laboral es una alianza interdisciplinaria de miembros comunitarios y profesionales que actúan representando a la comunidad necesitada y promoviendo y protegiendo la salud comunitaria.

amplían los límites de las agencias interesadas en la salud (Shortell, Gillies, Anderson, Erickson y Mitchell, 1996). Las soluciones creativas para los difíciles problemas humanos son posibles. El ingenio de la enfermera de salud comunitaria en las alianzas cooperativas puede dar como resultado soluciones valiosas. La voz de esta enfermera es la voz que representa la salud de la comunidad; la enfermera se convierte en el traductor de las necesidades de la salud comunitaria. Ella convierte el sistema de atención de salud en un servicio receptivo y accesible para la promoción y protección de la salud de la comunidad. Ella se involucra en la planeación y la política de la salud de modo que los recursos necesarios en la comunidad puedan ser desarrollados.

DESAFÍOS DE LA ATENCIÓN BASADA EN LA POBLACIÓN

El proceso de enfermería, método utilizado por la enfermera de salud comunitaria para garantizar la entrega de una atención de enfermería con calidad profesional, ha estado enfocado desde hace mucho tiempo sobre la salud individual, prestando limitada atención a las inquietudes relacionadas con la salud de las familias, los

agregados y las comunidades. Actualmente, la enfermera de salud comunitaria utiliza el proceso de enfermería para atender a toda la comunidad. No obstante, se requiere el perfeccionamiento de la valoración sistemática, las impresiones diagnósticas, las estrategias de intervención y los métodos de evaluación. La aplicación del proceso de enfermería en la atención de las comunidades debe convertirse en una habilidad utilizada por todas las enfermeras.

Los educadores de las enfermeras están invitados a formular los programas de estudios y ofrecer oportunidades de aprendizaje clínico en la enfermería basada en la comunidad. "Los docentes de las enfermeras deben prepararse para practicar en una industria cada vez más orientada a la comunidad. La National League for Nursing describe este fenómeno como '... la dedicación y reorientación de nuestra lealtad (profesional), apartándola de las instituciones y dirigiéndola a las poblaciones'" (Zotti, Brown y Stotts, 1996, p. 211). La identificación de los agregados en riesgo es fundamental para la atención basada en la comunidad.

La creación de los centros comunitarios para la atención de salud en poblaciones en las cuales la enfermera de salud comunitaria desempeña un papel primordial, desafía el sistema de atención para hacerse más responsable de la salud de los miembros de la comunidad. La identificación de las poblaciones en riesgo y el descubrimiento de los casos constituyen los elementos clave de las estrategias de la atención basada en la comunidad. Los esfuerzos dirigidos a crear una legislación para reducir el riesgo y salvar vidas pueden ser asumidos por los esfuerzos cooperativos entre los miembros comunitarios y los proveedores de atención de la salud. La gestión de la atención y el desarrollo de servicios costeables por los agregados desafía a los sistemas prestacionales a proporcionar una atención directa efectiva.

La enfermera de salud comunitaria está compelida a iniciar el conocimiento a través de la investigación epidemiológica, lo cual apoya y promueve la salud de las comunidades y genera datos clínicos basados en la población. Ella también es exhortada a manejar las necesidades de la población a medida que éstas cambian. Los cambiantes patrones y problemas de la salud que requieren una rápida respuesta de las intervenciones basadas en la comunidad, dictan la necesidad que hay de enfermeras de salud comunitaria observadoras y sensibles. Estas enfermeras también deben ser expertas en estadística, distribuciones geográficas, necesidades de vivienda, alteraciones ambientales y temas e inquietudes internacionales de la salud. La enfermera de salud comunitaria también debe "comprender" a la comunidad a medida que ésta evoluciona para anticipar los problemas potenciales de salud e implementar las prácticas y los servicios de salud que solucionen estos problemas tan pronto como sea posible.

La atención basada en la comunidad no sólo representa un desafío para la enfermera de salud comunitaria y los miembros del equipo multidisciplinario sino también para las comunidades mismas. Las comunidades son impulsadas a recuperar el poder y a cambiar adoptando el concepto de que la salud es su derecho.

RESUMEN

Responder a los problemas basados en la comunidad requiere la cooperación de la enfermera de salud comunitaria, los miembros de la comunidad y los integrantes del equipo interdisciplinario para la atención de salud. Se deben movilizar los sistemas de gestión de la atención y organizar soluciones innovadoras. Cuando en la comunidad ya existen agencias, la enfermera de salud comunitaria puede servir como organizador y facilitador para inscribir a los proveedores con objeto de prestar los servicios necesarios. Cuando no existen tales agencias, la enfermera comunitaria puede desarrollar una alianza con los miembros de la comunidad y los

integrantes de un equipo para la atención de salud con el ánimo de interceder por los servicios necesarios. También puede solicitar a los servicios existentes la ampliación de su misión para atender las necesidades insatisfechas en la comunidad.

La enfermera que labora en el ámbito comunitario se preocupa por enlazar a las personas con los recursos. Utiliza sus habilidades para la planeación de la salud y el desarrollo de los recursos a fin de ayudar a la comunidad en su capacidad de respuesta a las necesidades comunitarias.

Las intervenciones basadas en la comunidad mejoran la salud comunitaria por medio de una asociación entre los proveedores y los consumidores. Los programas que apoyan la salud comunitaria son identificados y diseñados. Finalmente, la enfermera de salud comunitaria se interesa en la creación de enlaces efectivos entre los miembros de la comunidad y los recursos que puedan cubrir sus necesidades de atención. La salud comunitaria mejora a medida que mejora la salud de las poblaciones pertenecientes a la misma.

PALABRAS CLAVE

Defensoría	Desarrollo de recursos
Colaboración	Estimación del riesgo
Coordinación	Reducción del riesgo
Planeación de la salud	Programas de detección
Enseñanza de la salud	Abordaje de equipo
Asociación	

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas.

1. La valoración integral de la salud comunitaria conduce a:
 - A. La intervención comunitaria.
 - B. La planeación comunitaria.
 - C. El diagnóstico comunitario.
 - D. La evaluación comunitaria.
2. El objetivo de las intervenciones basadas en la comunidad consiste en:
 - A. Compartir la experiencia profesional con los miembros de la comunidad.
 - B. Solucionar los asuntos de campo entre las disciplinas.
 - C. Prestar el servicio sólo a aquellos más necesitados.
 - D. Promover el propio cuidado a través de la utilización de los recursos.
3. En la atención basada en la comunidad, se define como población de riesgo:
 - A. Un agregado con una mayor posibilidad de desarrollar una enfermedad o trastorno.
 - B. Una población de personas que viven apartadas del hospital.
 - C. Las personas que tienen muchas dificultades para satisfacer sus necesidades vitales.
 - D. Los individuos que dependen del apoyo de los servicios sociales para su sostenimiento económico.
4. Aunque todas las siguientes actividades pueden ser realizadas por la enfermera de salud comunitaria, ¿cuál *no* es típica de una práctica basada en la comunidad?

- A. Conducir un programa para la detección de la escoliosis en los niños de edad escolar.
- B. Suministrar primeros auxilios a un niño lesionado en un patio de recreo.
- C. Interceder por un programa de Hogar seguro para padres y adolescentes.
- D. Instituir una clase de primeros auxilios para los maestros del sistema escolar.

Cada función asumida por una enfermera de salud comunitaria tiene características especiales. ¿Cuáles de las siguientes son las características más importantes requeridas por dicha enfermera en su papel como colaboradora?

- A. Comunicarse efectivamente, solucionar conflictos y ser capaz de establecer alianzas.
- B. Espíritu de investigación, análisis, orientación científica.
- C. Formulación de objetivos, organización, enseñanza efectiva.
- D. Tomar riesgos, hablar en público, tenacidad.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es C.* Los diagnósticos comunitarios se derivan de los datos de la valoración de la comunidad.
2. *La respuesta es D.* El objetivo de las intervenciones basadas en la comunidad consiste en garantizar que los miembros comunitarios puedan cuidar de sí mismos y movilizar los recursos necesarios para satisfacer sus propias necesidades.
3. *La respuesta es A.* Las poblaciones en riesgo son agregados que poseen características o exhiben comportamientos que aumentan las posibilidades de desarrollar una enfermedad o trastorno. Las opciones B, C y D son ejemplos de poblaciones en riesgo.
4. *La respuesta es B.* Atender a un niño individualmente no corresponde a un ejemplo de atención basada en la comunidad. Las opciones A, C y D se refieren a intervenciones con agregados y por tanto, son ejemplos de atención basada en la comunidad.
5. *La respuesta es A.* El papel de la enfermera de salud comunitaria como colaboradora requiere aptitudes para la comunicación efectiva, capacidad para manejar constructivamente el conflicto y el deseo de forjar alianzas con los miembros de la comunidad y los integrantes del equipo interdisciplinario para la atención de salud.

REFERENCIAS COMENTADAS

American Health Association. (1994). *RISKO: A heart health appraisal*. Dallas: National Center.

Este folleto ofrece una manera para evaluar el riesgo de la enfermedad coronaria con base en los factores de riesgo. También suministra información descriptiva sobre la prevalencia de la salud, la enfermedad, las pautas para la reducción del riesgo y la obtención de información adicional suministrada por la Heart Association.

Bennis, W. G., Benne, K. D., & Chin, R. (1985). *The planning of change* (4ª ed.). Nueva York: Holt.

Este texto brinda una visión global del proceso de implementación del cambio.

Bloom, B. S. (Ed.). (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. Nueva York: David McKay.

El trabajo clásico de Benjamín Bloom es citado frecuentemente cuando se discute sobre el aprendizaje. Detalla los dominios del aprendizaje.

Friede, A., O'Carroll, P. W., Nicola, R. M., Oberle, M. W., & Teutsch, S. M. (Eds.). (1997). *CDC prevention guidelines: A guide to action*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Selección de las pautas de los Centers for Disease Control and prevention (CDC) relacionadas con diversos temas de salud pública, muchos de los cuales no son usualmente cubiertos por los textos médicos o de salud pública. Las pautas incluyen secciones dedicadas a las enfermedades infecciosas, la salud/ nutrición materno-infantil, el cáncer, las enfermedades crónicas, la salud ambiental, los traumatismos, la salud ocupacional y otros temas.

Kohnke, M. F. (1982). *Advocacy: Risk and reality*. St. Louis: C. V. Mosby.

Este libro continúa siendo el tratado más completo sobre defensoría escrito para la audiencia de enfermería.

Matteson, P. S. (Ed.). (1995). *Teaching nursing in the neighborhoods: The Northeastern University model*. Nueva York: Springer.

Libro que describe el modelo de educación de la enfermería clínica basada en la comunidad, el cual fue desarrollado por el Northeastern University College of Nursing, en asociación con el Center for Community Health Education, Research, and Service de Boston. Ofrece orientaciones prácticas para los educadores de enfermería que desean responder a las tendencias emergentes por medio de la innovación del aprendizaje de los estudiantes basado en la comunidad. El Centro de Boston es uno de los siete consorcios nacionales apoyados por la fundación W. K. Kellogg en su iniciativa de apoyar a las Community Partnerships for Health Professions Education.

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3ª ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

Este libro ofrece una visión global de los principales modelos y teorías sobre el comportamiento de la salud, los cuales guían las intervenciones para la promoción de la misma. Discute las estrategias para la atención promotora de la salud, las cuales enfocan su interés en los sistemas de atención centrados en el paciente, sistemas que satisfacen las necesidades de las poblaciones respecto a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Propone las futuras orientaciones para la investigación de la promoción y el desarrollo de las teorías de la salud.

Public Health Nursing Section, American Public Health Association. (1980). *The definition and role of public health nursing in the delivery of health care: A statement of the Public Health Nursing Section*. Washington, DC: La autora.

Este folleto presenta la declaración de la posición de la Public Health Nursing Section sobre su definición y la función que desempeña en la prestación de la atención de salud, y explora las dimensiones y el marco teórico de la práctica de enfermería de salud pública. Este trabajo fue financiado por una beca de la American Public Health Association.

Schoenborn, C. A. (1986). Health habits of U. S. adults, 1985: The "Alameda 7" revisited. *Public Health Reports*, 101(6), 571-580.

En este artículo se presentan hallazgos seleccionados sobre la prevalencia de siete costumbres sanas, comúnmente mencionadas como "Alameda 7" en cuyo estudio longitudinal pionero iniciado en 1965 en el condado Alameda en California, se demostró la asociación entre la condición de salud física y la mortalidad. El estudio de Alameda enfocó la atención sobre la importancia de los hábitos cotidianos para la conservación de la buena salud y la longevidad.

Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell J. B. *Remaking health care in America: Building organized delivery systems*. San Francisco: Jossey - Bass.

Este libro presenta los resultados de un estudio integral proyectado a cuatro años sobre la respuesta a la creciente gestión de la atención y las presiones para la contención de los costos en varios sistemas de atención de salud. Analiza el éxito y las fallas del actual sistema y proporciona ejemplos de estudios de casos así como recomendaciones para desarrollar e implementar un sistema prestacional más integral y efectivo respecto al costo.

Stanhope, M., & Knollmueller, R. N. (1997). *Public and community health nurse's consultant: A health promotion guide*. St. Louis: C. V. Mosby.

Recopilación de instrumentos, guías, representaciones gráficas, diagramas y formas que proporcionan a las enfermeras de salud comunitaria y pública, indicaciones para ayudar en la atención de los individuos, las familias y las comunidades. Las guías de valoración están complementadas por indicadores detallados del riesgo, técnicas de enseñanza y orientación anticipada así como instrumentos de detección y criterios diagnósticos.

U. S. Preventive Services Task Force. (1996). *Guide to clinical preventive services* (2ª ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Esta nueva edición revisa de manera cuidadosa la evidencia a favor y en contra de cientos de servicios preventivos recomendando la obtención de un examen, una inmunización o una intervención de consejería sólo cuando existe evidencia de que estas son efectivas. La sección dedicada a la detección cubre las enfermedades cardiovasculares; los trastornos metabólicos, nutricionales y ambientales; las enfermedades infecciosas; las alteraciones visuales y auditivas; los trastornos prenatales, congénitos, musculoesqueléticos y mentales, y el abuso de sustancias.

Woolf, S. H., Jonas, S., & Lawrence, R. S. (1996). *Health promotion and disease prevention in clinical practice*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Este libro ofrece a los médicos información práctica sobre cómo realizar los servicios clínicos preventivos. El libro está organizado siguiendo la misma secuencia que el encuentro clínico. Las indicaciones sobre cómo recolectar la información están seguidas por el diseño de un plan para la conservación de la salud dirigido a las conductas personales respecto a estar los factores de riesgo, y concluye con la puesta en práctica de las recomendaciones preventivas.

Zotti, M. E., Brown, R., & Stotts, R. C. (1996). Community-based nursing versus community health nursing: What does it all mean? *Nursing Outlook*, 44 (5), 211-217.

Artículo que compara y contrasta la práctica de la enfermería basada en la comunidad y la enfermería para la salud comunitaria, estimulando a las facultades de enfermería de Estados Unidos a desarrollar programas de estudios y propiciar experiencias clínicas en la comunidad, además de enfatizar el desarrollo y la participación comunitaria en la valoración de la comunidad.



RESULTADOS DE LA ATENCIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

La metodología de la enfermería corresponde al **proceso de enfermería**. Se trata de un proceso circular continuo, el cual comprende la solución de problemas, la toma de decisiones críticas, las habilidades clínicas, la aplicación de la teoría y el uso de uno mismo. Cuando recién se aprende un proceso, con frecuencia resulta más fácil analizar sus fases en una forma lineal de modo que los pasos individuales de éste puedan ser evaluados de cerca. Sin embargo, los complejos sistemas humanos no pueden ser absolutamente definidos o apreciados mediante una progresión lineal. Este capítulo explora el proceso de enfermería como una serie dinámica y rítmica de acciones planeadas en la cual se reconocen, aprecian, responden, evalúan y valoran las necesidades humanas.

Los procesos del aprendizaje humano avanzan a través de una continuidad que abarca desde la simple evocación de la información, pasa por la comprensión de los conceptos y se extiende hasta el uso creativo de la nueva información. La evaluación es una expresión calificada del aprendizaje, la cual involucra la crítica toma de decisiones cuantitativas y cualitativas. Comprende la evaluación frente a criterios específicos y requiere la elaboración de juicios para determinar si estos criterios han sido o no satisfechos. Los datos de la evaluación se convierten en la base de la valoración continua y la revisión de los planes.

El proceso de enfermería puede ser aplicado a todos los sistemas de clientes: individuos, familias, agregados y comunidades. La fase de evaluación de este proceso incluye la medición de los resultados del cliente que son consecuencia de las intervenciones específicas de enfermería. La enfermera de salud comunitaria, en asociación con el cliente, utiliza los criterios de los resultados con objeto de elaborar y reorganizar los diagnósticos de enfermería, servir como una base para la intervención y suministrar una medición del logro en curso. El proceso de enfermería, un proceso circular, se conecta a medida que la evaluación y la valoración continua enlazan el proceso en un todo.

Este capítulo explora el proceso de evaluación en cuanto éste se aplica a los agregados y las comunidades, y enfoca los resultados del proceso de enfermería en la atención de las mismas. Existe una ausencia relativa de criterios específicos para validar el papel crítico que las intervenciones de enfermería basadas en la comunidad, desempeñan en la prestación de una atención de alta calidad, efectiva respecto al costo. Con la aparición de la atención gestionada, las agencias de atención domiciliaria determinan de manera agresiva los criterios de los clientes individuales para orientar las consultas domiciliarias y validar su papel. Con el renovado énfasis de la promoción de la salud, las enfermeras comunitarias tienen el desafío de sustentar su función vital en el mejoramiento de la salud de las comunidades. Los criterios de los resultados son necesarios para establecer la eficacia de las estrategias de la atención de enfermería y para proporcionar los datos investigativos con los cuales se valida la práctica de la enfermería para la salud comunitaria y se

Proceso de enfermería. Se trata de una secuencia dinámica e interrelacionada de acciones intencionadas de enfermería, dirigidas a analizar y satisfacer las necesidades de salud de los clientes. Los pasos incluyen la valoración, el diagnóstico, la planeación, la intervención y la evaluación.

Evaluación de los resultados. Esta es una medición de los resultados o consecuencias de una acción particular en relación con algunos criterios.

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

Proceso de evaluación de un programa de salud

Características y componentes de la evaluación

Enfoque de las necesidades basadas en la comunidad

Resumen

toman las decisiones relacionadas con la financiación. El respaldo político de los servicios de enfermería para la salud comunitaria es fundamental para la financiación continua de la profesión y otros servicios relacionados con la salud útiles al bienestar de la comunidad.

*P*ROCESO DE EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD

La última fase formal del proceso de enfermería corresponde a la etapa de evaluación. Es en esta fase que la enfermera elabora un juicio sobre si las necesidades de los clientes fueron satisfechas por las acciones particulares de enfermería. La evaluación está estrechamente conectada tanto con las metas de la valoración como con las identificadas. Ayuda a establecer si existe la necesidad de una recolección adicional de datos o una revisión de la meta. El proceso evaluativo debería conducir a la enfermera de salud comunitaria a la formulación de preguntas cualitativas respecto a una intervención. Sin evidencia de soporte resulta imposible precisar si se ha alcanzado o no una meta. ¿Se cumplió el objetivo? Si no es así, ¿por qué no? ¿Fue completa la valoración de los datos? ¿Era realista el objetivo? ¿Estaba el objetivo respaldado por el cliente?

La enfermería para la salud comunitaria enfrenta el reto de avanzar más allá de las intervenciones centradas en los individuos o las familias para enfocarse en la atención basada en la población y la comunidad. La idoneidad de la enfermera de la salud comunitaria para la valoración, colaboración, coordinación, empoderamiento comunitario e implementación del programa de salud, constituye un recurso esencial que ayudará a mejorar la salud de las comunidades. No obstante, la tarea de validar estos servicios así como hacerlos operativos es una responsabilidad primordial de la enfermera de salud comunitaria (Deal, 1994). Los educadores y las enfermeras investigadoras se están enfocando en el desarrollo de criterios de los resultados para evaluar y establecer los beneficios y la efectividad de las intervenciones de enfermería comunitaria respecto al costo. Las agencias y las organizaciones de enfermería se están uniendo para establecer criterios de evaluación basados en los resultados de los clientes en lugar de las actividades organizacionales o de los proveedores (Harris y Dugan, 1996). El viraje reciente de la atención de salud hacia la promoción de la misma y las intervenciones basadas en la población ofrece el medio perfecto para el desarrollo del papel de la enfermera de salud comunitaria.

La meta de atención de la salud basada en la comunidad es la prestación de una atención culturalmente relevante, que sea disponible, accesible, costeable, idónea, adecuada y aceptable. Los elementos adicionales incluyen una asociación equitativa entre el proveedor y la población atendida, y un enfoque de equipo interdisciplinario respecto a la atención. Del mismo modo en que las estrategias de enfermería dirigidas a las comunidades están particularmente enfocadas en los agregados, también lo están las mediciones de los resultados. Los **resultados** estimables de los servicios para la atención de salud incluyen la utilización, la mejor condición de la salud, la calidad de vida, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la satisfacción con la atención de salud (National Institute of Nursing Research, 1995). La comunidad como cliente está íntimamente comprometida en todas las fases de atención de la salud: fijación de los objetivos, desarrollo del programa y toma de decisiones con relación a los resultados esperados.

Las poblaciones se encuentran dispersas a lo largo de una **continuidad rural/urbana**, la cual se relaciona con la densidad de la población. Se sabe que el sitio de residencia juega un papel significativo en la noción individual de la salud. La inves-

Los **resultados** son cambios evaluables en la conducta del cliente, atribuibles al intercambio dinámico entre el sistema cliente, las acciones de enfermería y las variables contribuyentes.

Continuidad rural/urbana. Este es un espectro del lugar de residencia, el cual incluye ciudades muy grandes en un extremo y pequeñas y remotas áreas rurales en el otro. Entre estos extremos se encuentra una enorme cantidad de pueblos, villas y suburbios.

tigación está estrechamente enfocada en las similitudes y diferencias entre los residentes rurales y urbanos, los aspectos socioculturales, y los aspectos relacionados con la salud que son evidentes en cada ambiente (National Institute of Nursing Research, 1995).

Usualmente se consideran dos categorías de evaluación: *Formative evaluation* and *summative evaluation*. Cada una cumple un propósito diferente.

El principal objetivo de la evaluación formativa consiste en suministrar retro-alimentación. Ésta se utiliza durante la fase operativa inicial de un programa. Está dirigida a asegurar una información útil para el mejoramiento y la administración de un programa. La evaluación formativa es continua y orienta la dirección de los cambios en las metas o las intervenciones.

La evaluación cuantitativa se refiere a la efectividad general y a la consecución de los objetivos. Ésta se realiza al concluir un programa y presenta los datos relacionados con el logro o no logro de las metas. El análisis de esta evaluación sumativa determina cuáles intervenciones futuras están indicadas.

El siguiente escenario ilustra la importancia que tiene la inclusión de la evaluación en cada fase del proceso de enfermería y la necesidad de la enfermera de salud comunitaria de permanecer atenta a los nuevos datos.

ESTUDIO DE CASO: IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN EN CADA FASE DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

En una comunidad dada, la enfermera de salud comunitaria que conduce una valoración de las necesidades de salud de la comunidad puede determinar que las necesidades nutricionales de la población adolescente no están siendo adecuadamente cubiertas. Luego de una inspección adicional de los datos y después de consultar con una red de enfermeras escolares, la evidencia lleva a la enfermera de salud comunitaria a concluir que esta población está en riesgo de presentar trastornos alimenticios. Se instituye exitosamente un programa para la detección de estos trastornos, el cual tiene como blanco a la población adolescente de la comunidad. Los recursos de la red de enfermeras escolares, las asociaciones de padres y profesores y otros miembros del equipo para la atención de salud fueron todos movilizados para obtener el apoyo comunitario. El número de adolescentes participantes en la detección fue estadísticamente muy elevado respecto a la población estudiantil total.

Sin embargo, la verdadera medida del éxito no radica en el gran porcentaje de adolescentes analizados sino más bien en la calidad de la atención suministrada a los adolescentes cuyos resultados de la detección fueron positivos para el riesgo de un trastorno alimenticio. Estos estudiantes fueron remitidos a las instituciones comunitarias que pudieron realizar el diagnóstico adecuado y ofrecieron el tratamiento necesario. No obstante, dado que el cambio es un proceso lento, el mejor indicador del logro exitoso de un objetivo correspondería al número de adolescentes y familias activamente involucrados en el tratamiento al cabo de seis meses.

En este ejemplo, las condiciones son ideales. El problema de salud fue reconocido como un factor de riesgo importante para los adolescentes, el programa de detección fue efectivo en alcanzar el blanco identificado y las instituciones para el diagnóstico y el tratamiento se encontraban disponibles y fueron utilizadas. Se cumplieron las metas originales del programa de detección. En distintas condiciones comunitarias, el proceso podría ser muy diferente. Si el programa de detección hubiese sido planeado pero los padres y la comunidad escolar rehusaran



TABLA 10-1
FASES DE LA EVALUACIÓN PLANEADA DE ENFERMERÍA
BASADA EN LA COMUNIDAD

Planeación

- Determinar si las metas y los objetivos fueron enunciados en forma clara y mensurable.
- Seleccionar los criterios que establecerán en qué grado se cumplen los objetivos
- Identificar los interrogantes específicos que serán manejados en la evaluación.
- Establecer un marco temporal.
- Aplicar la evaluación en cada fase.
- Valorar y planear los costos implicados.
- Garantizar la participación del consumidor/proveedor.
- Establecer responsabilidades.
- Construir el proceso para la utilización de los hallazgos.
- Determinar si la utilización es o no factible.

Recolección de datos

- Precisar cómo, cuándo y quién recopilará los datos.
- Refinar el proceso con base en sus hallazgos iniciales.
- Elaborar y utilizar los indicadores que señalen el progreso hacia las metas enunciadas.

Análisis

- Identificar quién analizará los datos.
- Establecer los mecanismos para el análisis .
- Enumerar las interpretaciones.
- Formular tantas preguntas sobre los hallazgos como sea posible y las relaciones con otros datos conocidos.
- Hacer recomendaciones y exponer distintos cursos de acción, incluyendo las fortalezas y debilidades de cada uno.

Síntesis y divulgación

- Establecer cuáles hallazgos serán incluidos en el informe y a quién le corresponderá tal responsabilidad.
- Elaborar un formato.
- Decidir quién recibirá los hallazgos de la evaluación.

Implementación de los hallazgos

- Revisar en la planeación original cómo deberían ser utilizados los resultados de la evaluación.
 - Establecer un proceso para la integración de los hallazgos.
 - Incorporar en el proceso a aquellos responsables de su implementación.
-

remitir a los estudiantes, los esfuerzos deberían haberse enfocado primero en la investigación de esta oposición y en la consecución de la confianza de aquellos. Habría sido necesario invertir tiempo en la obtención del apoyo comunitario para un programa aceptable. Si durante la fase de implementación se hubiese encontrado que los recursos necesarios para la gestión de la atención no se encontraban disponibles para ofrecer alternativas de seguimiento del tratamiento, la enfermera podría concluir que la atención de salud de los adolescentes no constituía una prioridad comunitaria. La enfermera podría enfocar su energía en la construcción de una alianza con las familias y los adolescentes interesados, con objeto de aumentar la conciencia comunitaria respecto a la necesidad de servicios de salud enfocados en los jóvenes. La acción política podría estar indicada para garantizar la futura financiación de las necesidades de atención de salud de los adolescentes. La evaluación continua constituye el lazo de unión entre las distintas fases de la acción planeada de enfermería. El éxito no necesariamente significa que se cumplan los objetivos originales. En el contexto de una asociación con la comunidad, las acciones planeadas de enfermería requieren una evaluación constante, un juicio crítico y una mente abierta.

CARACTERÍSTICAS Y COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN

La selección de un enfoque específico para la evaluación está directamente ligada a la habilidad del evaluador para hacer corresponder el foco de la evaluación con el diseño adecuado. Ningún tipo particular de herramienta evaluativa cubre todas las necesidades. Tampoco ningún enfoque es inherentemente mejor que otro. El reto consiste en hacer que la correspondencia sea la adecuada.

Hoy, gran parte de la evaluación de la atención de calidad dentro del campo de la salud, tiene su historia en un marco que abarca estructura-proceso-resultado (Donabedian, 1969). Desde su origen en la medicina, las teorías de Donabedian han sido ampliamente adaptadas a la enfermería y a otras áreas de atención de la salud. La prestación de la atención de salud a las comunidades con frecuencia se realiza a través de **programas** enfocados en los agregados. La evaluación de estas intervenciones a menudo es más compleja y sofisticada que la evaluación del cliente individual o familiar. Se puede conceptuar una visión cooperativa en expansión de la evaluación comunitaria dentro del marco de abordaje de estructura-proceso-resultado que tiene extremos abiertos. Familiarizarse con las preguntas de la evaluación que son mejor manejadas en cada parte de este enfoque ayudará a la enfermera a optimar los beneficios para el cliente.

Un programa es un conjunto de actividades estructuradas dentro del sistema de atención de la salud encaminadas a satisfacer las necesidades identificadas de los individuos, las familias, los agregados y las comunidades. Tiene como metas la eliminación o la reducción de un problema o riesgo, el impulso de las fortalezas y la conservación o promoción de la salud.

Preguntas estructurales

La evaluación de la estructura está enfocada en la organización y los medios. Ésta incluye las instalaciones, el equipo, los materiales, los recursos humanos y la financiación. En este abordaje existe la suposición de que la satisfacción de ciertas condiciones en una situación está directamente relacionada con la calidad de la atención. Este abordaje es frecuentemente utilizado para la acreditación y la certificación de las agencias. La evaluación estructural usualmente es llevada a cabo a través de una inspección de los registros o la observación directa. Al analizar la estructura, la enfermera de salud comunitaria podría preguntar:

- ¿Cuáles son las responsabilidades específicas de las enfermeras en un ambiente particular?
- ¿Cuál es el número de enfermeras generales contra enfermeras con maestría?
- ¿Cuál es la proporción entre las enfermeras hispanoparlantes y los clientes hispanoparlantes en una comunidad?
- ¿Cuál es la proporción entre consumidores y proveedores en la junta de planeación de una comunidad o agencia?
- ¿Cuál es el patrón de utilización de los recursos?
- ¿Cómo se distribuye el presupuesto?

Preguntas referentes al proceso

El proceso de evaluación está enfocado en la atención misma; éste examina y juzga los elementos y los detalles de la atención realmente suministrada. Se valora y *analiza* la creencia de que ciertas características de la atención están directamente relacionadas con los niveles de desempeño del proveedor. El proceso de evaluación se enfoca en los medios a través de los cuales los programas y servicios son suministrados a una comunidad. La medida del cuestionamiento del proceso se refiere a la inspección de las metas y los objetivos fundamentales de un programa; éste revisa la implementación de un programa respecto al propósito específico

que lo inspiró. La evaluación del proceso es formativa, y puede ser diaria o periódica. Los asuntos de la administración de la gestión del programa, son manejados mientras se examinan constantemente las metas y los objetivos originales a la luz de un ambiente cambiante. Los datos de las evaluaciones del proceso se obtienen mediante las observaciones de las interacciones entre las enfermeras y los clientes, y la revisión de los registros del programa y la comunidad.

Otro nivel de la evaluación del proceso está relacionado con la valoración de la satisfacción de los clientes con los servicios prestados. Las preguntas referentes al enlace entre el cliente y los recursos disponibles pertenecen a esta categoría y son formuladas mediante intervenciones, encuestas, observación y análisis. El cuestionamiento del proceso con frecuencia involucra datos subjetivos y requiere un firme aporte tanto del cliente como del personal. No obstante, este abordaje cooperativo puede conducir a métodos innovadores y alternativos para la prestación de la atención a las comunidades (Bingham y Felbinger, 1989). Al analizar el proceso, la enfermera de salud comunitaria podría preguntar:

- ¿Existe una verdadera necesidad de este programa, según su diseño?
- ¿Se ajusta al blanco el presupuesto original?
- ¿Se están cumpliendo los acuerdos contractuales entre el proveedor y la comunidad? Si no es así, ¿qué barreras han sido identificadas?
- ¿Están las necesidades de la comunidad adecuadamente reflejadas en las metas y los objetivos enunciados?
- ¿Existen necesidades adicionales de personal? ¿Cuáles?
- ¿En qué grado existe un apoyo comunitario observable? ¿Cómo se puede mejorar?
- ¿Cuáles componentes del plan representan aparentemente un problema para la implementación?
- ¿Estamos alcanzando la población blanco? ¿Qué tipo de aproximación se ha intentado? ¿Qué se puede necesitar en el futuro?
- ¿Cuáles son las impresiones de la comunidad respecto al programa? ¿Existe un problema de imagen?
- ¿Existen limitaciones de tiempo o recursos?
- ¿Qué inquietudes del personal han sido identificadas durante las fases tempranas del programa?
- ¿Qué inquietudes han aportado los miembros de la comunidad? ¿Los cambios en el programa han incorporado este aporte?
- ¿Se están duplicando los servicios prestados en otros lugares?
- ¿Qué cambios en el plan son necesarios para cumplir mejor los objetivos enunciados?
- ¿Qué más se necesita para garantizar el progreso?
- ¿Ha evolucionado el programa original? En caso afirmativo, ¿cómo y por qué?

Preguntas sobre los resultados

La evaluación del resultado valora los resultados finales de atención. Analiza los cambios específicos esperados e inesperados en la condición de salud, comportamiento, actitudes o conocimiento de un cliente los cuales son atribuibles a cierta intervención particular. Cuando la mayoría de las personas piensa en la evaluación de un programa, lo que viene a sus mentes es la evaluación del impacto. ¿Qué tipos y niveles de cambio se realizaron como resultado de esta intervención? Las evaluaciones que valoran el impacto son más fáciles de visualizar y parecen ser más directas y reconocibles que las evaluaciones del proceso. La evaluación del

resultado está enfocada en la efectividad global; ésta determina cuánto se cumplieron los objetivos en el análisis final, qué bien se hizo, si es que se hizo alguno. Los datos de los resultados pueden ser obtenidos de las historias clínicas de los clientes o los registros estadísticos, las entrevistas con los clientes y los cuestionarios. Existe la necesidad de desarrollar instrumentos válidos y confiables para medir las contribuciones de la enfermería.

Existe un interés creciente en las enfermeras de salud comunitaria, para el desarrollo de criterios de los resultados relacionados con la promoción de la salud. Las elecciones y las expectativas de los clientes respecto a la promoción de la salud son consideraciones importantes al decidir cuáles resultados son aceptables. La conducta de la salud y los cambios vitales ocurren en forma sistemática a lo largo de prolongados periodos. El momento de la recolección de los datos es crítico al evaluar los resultados de la promoción de la salud, puesto que el bienestar general del cliente varía en cualquier momento (Gillis, 1995). Esto requiere el desarrollo de diferentes instrumentos para la evaluación de los resultados de enfermería que sean sensibles para valorar los cambios en el bienestar.

Está bien documentado que la salud se afecta de manera significativa por la cuota de control personal experimentada por un individuo o una comunidad. Este nivel de empoderamiento incluye la capacidad para alterar efectivamente el ambiente y la propia vida (Robertson y Minkler, 1994). Una visión amplia de la evaluación de los resultados, en cuanto se aplica a la promoción de la salud, necesita incorporar métodos para valorar los niveles cambiantes de empoderamiento y responsabilidad como medidas de una mejor condición de salud. Existe la necesidad adicional del desarrollo de una valoración de resultados basados en la comunidad que sea culturalmente relevante. Es necesario que la investigación refleje el particular y variable estado de salud de las personas que viven en ambientes rurales y urbanos. Al analizar los resultados, la enfermera de salud comunitaria podría preguntar:

- ¿Qué sucedió con la población blanco como resultado de las actividades de este programa?
- ¿En qué grado se cumplieron las metas y los objetivos del programa?
- ¿Fue efectivo el programa respecto al costo?
- ¿Qué tan bien cubrió este programa la necesidad identificada?
- ¿Fue adecuado el diseño del programa para satisfacer las necesidades de la población blanco?
- ¿Qué poblaciones fueron convenientemente atendidas? ¿Cuáles no lo fueron?
- ¿Cuáles de los impactos requieren valoración continua?
- ¿Cuáles fueron algunos de los impactos del programa a corto plazo? ¿A mediano plazo? ¿A largo plazo?
- ¿Cuál de los impactos a largo plazo puede ser valorado?
- ¿Cuál es el grado de satisfacción de la comunidad con el programa?
- ¿Qué tipos de cambios pueden estar directamente relacionados con las metas y los objetivos del programa?
- ¿Qué otras necesidades surgieron durante la implementación de este programa?
- ¿Qué efectos no planeados se evidenciaron durante este programa?
- ¿Se cumplieron las expectativas del cliente?

La selección del enfoque de la evaluación está determinada por la naturaleza de las preguntas formuladas y las limitaciones impuestas al proceso de evaluación. La medición de los resultados de enfermería se encuentra aún en desarrollo. La interconexión entre el proceso y el resultado está siendo detalladamente analizada.

La literatura de la enfermería recomienda decididamente una combinación de las aproximaciones. De este modo, si los resultados son diferentes a las expectativas, pueden efectuarse los cambios y las situaciones pueden ser solucionadas. La naturaleza dinámica de la evaluación puede ser mejor explorada mediante una integración de los enfoques.

ENFOQUE DE LAS NECESIDADES BASADAS EN LA COMUNIDAD

El proceso de enfermería es utilizado para manejar y responder a las necesidades de salud de la comunidad cuando ésta es el cliente. Teniendo en mente el Modelo de la Alianza para la Salud, la enfermera de salud comunitaria puede evaluar si las necesidades de atención de salud de la comunidad están siendo satisfechas (ver capítulo 5). Idealmente, las necesidades de atención de salud basada en la comunidad son atendidas por los sistemas de gestión de la atención disponibles en la comunidad. Se toman decisiones que favorecen la adjudicación de los recursos y atienden la necesidad basada en la comunidad. Una toma de decisiones efectiva permite la adecuada distribución de los recursos a la comunidad; un aspecto clave en dicha distribución es la importancia de la equidad, la protección de los servicios de calidad, la prevención del desperdicio innecesario y la duplicación de los servicios. La enfermera de salud comunitaria es un instrumento para garantizar que las necesidades comunitarias de servicios sean adecuadamente representadas y validadas y para coordinar el equipo interdisciplinario de atención de la salud. Cuando existe una adecuada correspondencia entre los sistemas de gestión de la atención y las decisiones relacionadas con la adjudicación, las necesidades comunitarias de atención de la salud pueden ser satisfechas.

La figura 10-1A muestra tres círculos que representan el enfoque de las necesidades basadas en la comunidad, los sistemas de gestión de la atención y las influencias sobre las decisiones para la adjudicación de los recursos. Estos tres círculos están enlazados, indicando que la comunidad ha identificado las necesidades de atención de salud, los sistemas para la gestión de la atención y las distintas fuerzas que influyen en las decisiones tomadas respecto a la adjudicación de los recursos para la atención de salud. Sin embargo, existe poca o ninguna superposición entre estos círculos, lo cual indica que las necesidades comunitarias de atención de salud no están siendo atendidas por los sistemas disponibles para la gestión o por el proceso de la toma de decisiones, que influye en la adjudicación de los recursos para la atención de la salud. Si la enfermera de salud comunitaria, en compañía de otros miembros del equipo interdisciplinario para la atención de salud, se une a los miembros de la comunidad para validar las necesidades de atención de salud y contribuir con su mutua experiencia, entonces se impone una presión sobre los círculos para aumentar el área de superposición entre ellos, según se ilustra en la figura 10-1B. A medida que aumenta el área de superposición se consigue una mayor integración. Las necesidades de atención de salud comunitaria se integran con los sistemas para la gestión de la atención y las decisiones para la adjudicación de los recursos. Cuando esta integración es posible, es más probable que las fuerzas que influyen sobre la toma de decisiones respondan a la comunidad y que las necesidades comunitarias de atención sean manejadas. La brecha entre las necesidades y los servicios se cierra.

El proceso de evaluación mide la efectividad de la integración para cerrar la brecha existente entre las necesidades comunitarias de salud, el sistema disponible para la prestación del servicio y las decisiones tomadas para adjudicar recursos que cubran las necesidades insatisfechas. La evaluación de las necesidades basadas en la comunidad desde la perspectiva de la fase de evaluación brinda a la enfer-

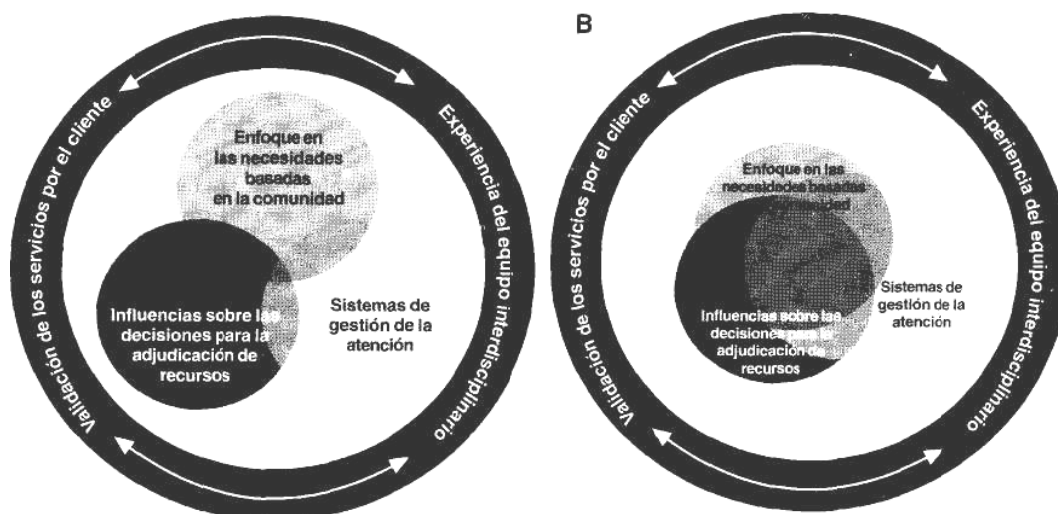


FIGURA 10-1 Esta figura ilustra la transformación de un modelo menos integrado de atención hacia uno más integrado. Entre más firme sea la asociación entre el cliente, la enfermera de la salud comunitaria y el equipo interdisciplinario, mayor será la posibilidad de integración de los sistemas de gestión de la atención y la influencia sobre las decisiones para la adjudicación de los recursos.

mera de salud comunitaria mediciones de los resultados que favorecen la superposición de los tres círculos y reducen la brecha entre las necesidades comunitarias y los servicios de salud de la comunidad. La enfermera de salud comunitaria facilita el proceso de evaluación e investiga las mediciones objetivas de los resultados de la atención de salud en la comunidad.

Patrones de morbilidad y mortalidad

La incidencia y la prevalencia de los patrones de enfermedad (morbilidad) y muerte (mortalidad) en una comunidad son mediciones críticas de la salud y el bienestar comunitario. La enfermera de salud comunitaria, debe estar familiarizada con los tipos de enfermedad y las causas de muerte que afectan la salud de una comunidad. Los datos epidemiológicos son recolectados para conocer los patrones de salud, enfermedad, defecto, discapacidad y muerte en una comunidad. La enfermera debe estar alerta para descubrir en la comunidad nuevos patrones de enfermedad con objeto de garantizar que los miembros sean adecuadamente tratados y recuperen las mejores condiciones de salud posibles. El descubrimiento de los casos puede lograrse a través de programas de detección basados en la comunidad e igualmente mediante el seguimiento de los contactos de los casos.

Los programas de detección pueden identificar a los individuos asintomáticos, ya que muchos problemas de salud pueden ser subclínicos en el momento de la evaluación. Estos programas de detección también pueden identificar en la comunidad a los individuos que desconocen que tienen problemas de salud, incluyendo condiciones infecciosas o crónicas. Los programas de detección constituyen un método excelente y relativamente económico para descubrir la enfermedad en una comunidad. Sin embargo, no arrojan diagnósticos concluyentes y, por tanto, es imperativo que la enfermera de salud comunitaria efectúe la revisión y el seguimiento de todos los miembros de la comunidad en quienes se obtuvieron resultados positivos para obtener un diagnóstico e iniciar el tratamiento.

El seguimiento de los contactos de los casos consiste en una forma de reconocimiento que la enfermera comunitaria utiliza para rastrear la enfermedad de un caso a otro. Este trabajo investigativo incluye una cuidadosa anamnesis y una concienzuda indagación de los casos. Este método resulta particularmente útil en el seguimiento de las enfermedades transmisibles. La enfermera de salud comunitaria busca identificar a los miembros de la comunidad que no se han percatado de encontrarse en el periodo patogénico puesto que están asintomáticos. La meta consiste en limitar la progresión de la enfermedad mediante un tratamiento oportuno posibilitado por un diagnóstico precoz. La efectividad de la intervención se mide por el número de detecciones realizadas frente al número de miembros comunitarios considerados en riesgo, el número de casos de la enfermedad subsecuentemente diagnosticados y el adecuado y oportuno tratamiento de seguimiento.

Las enfermedades predominantes en la comunidad requieren constante vigilancia y manejo de los casos. La vigilancia y el manejo de una enfermedad tal como la tuberculosis (TBC), una de las principales causas de muerte durante la parte inicial del siglo XX, son muy instructivos para la enfermera de salud comunitaria. La TBC, que requiere tratamiento a largo plazo, siempre ha significado un reto para la enfermera de salud comunitaria y otros miembros del equipo interdisciplinario para la atención de salud. Las tasas de TBC están en aumento, y requieren la duplicación de los esfuerzos respecto a las personas ya infectadas. Las cepas del bacilo resistentes a múltiples drogas y las mayores tasas de infección particularmente en los asiáticos, los pobladores de las islas del Pacífico, los negros y los hispanos, representan un gran reto si las metas de *Healthy People 2000* (1995) van a ser cumplidas. Con objeto de alcanzar a las poblaciones infectadas se requieren los esfuerzos continuos de los profesionales de salud comunitaria que trabajen con los miembros de la comunidad para adjudicar los recursos que ofrecen los sistemas basados en la comunidad. Si la TBC se está diseminando y amenaza la salud, la necesidad de la comunidad es obvia; sin embargo, los sistemas de gestión de la atención pueden no *alcanzar* adecuadamente a la población blanco, y las decisiones para la adjudicación de los recursos dirigidos a nuevos e innovadores programas para llegar a la población afectada, pueden no ser adoptadas con la rapidez suficiente para detener la diseminación de la enfermedad. La figura 10-2 ilustra este dilema potencial. En la figura 10-2A la necesidad es evidente, pero existe poca superposición con los sistemas para la gestión de la atención o las decisiones para la adjudicación de los recursos. La necesidad de la salud comunitaria no está siendo adecuadamente cubierta por los sistemas disponibles para la gestión de la atención o por las influencias sobre las decisiones para adjudicación de los recursos. Los resultados en esta situación son potencialmente desastrosos puesto que la necesidad de la salud comunitaria continúa desatendida. La salud de la comunidad está en gran riesgo. La enfermera de salud comunitaria documentaría la ausencia de recursos y las deficiencias en la agenda para la financiación y la torna de decisiones relacionadas con la adjudicación de los mismos. La figura 10-1B ilustra la integración de un modelo de atención que cubre una necesidad insatisfecha basada en la comunidad.

Datos demográficos

Las estadísticas de la población son ilustrativas para la enfermera de salud comunitaria al evaluar la demografía cambiante de la comunidad y los recursos disponibles. Por ejemplo, considere una comunidad que ha exhibido estabilidad en su crecimiento poblacional con el transcurso de los años. No se ha producido una

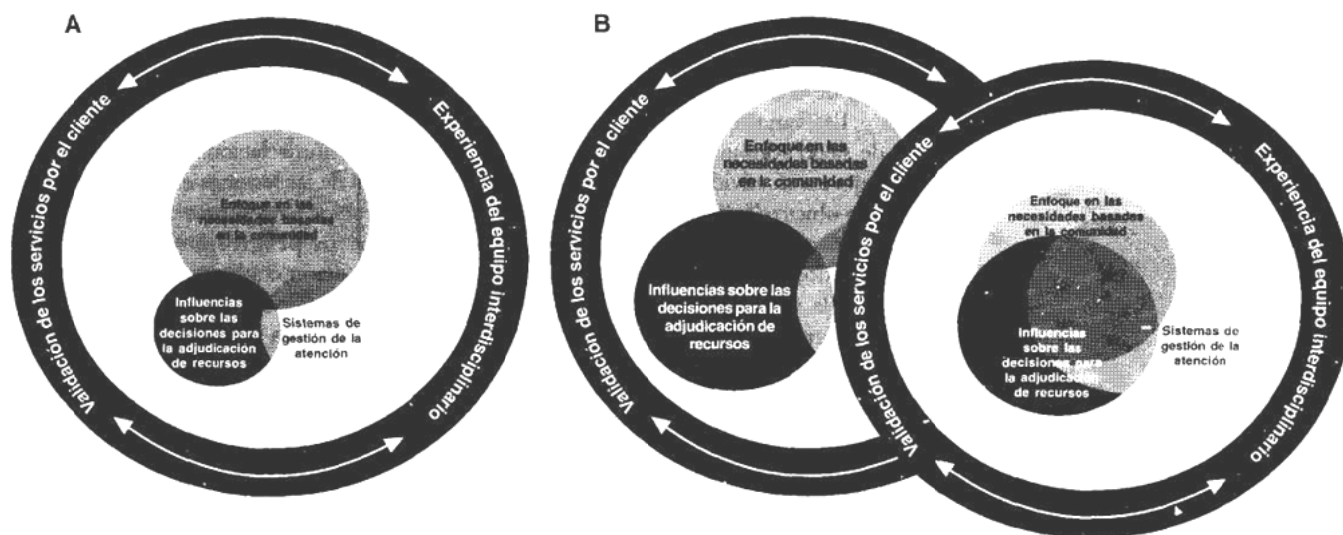


FIGURA 10-2. En esta figura, las necesidades basadas en la comunidad no están siendo satisfechas debido a los inconvenientes en la coordinación de los sistemas de gestión de la atención y las decisiones relacionadas con la adjudicación de los recursos. La mayor integración se consigue a través de una asociación entre la comunidad, la enfermera de la salud comunitaria y el equipo interdisciplinario actuando conjuntamente para atender las necesidades de la comunidad.

Llegada importante de miembros nuevos sino que los integrantes han pasado de la crianza de sus hijos a enviarlos a la universidad y a otras comunidades para comenzar sus propias vidas. A medida que la población envejece, los servicios que ella requiere cambian. Las personas que están aisladas y los individuos discapacitados necesitan soluciones novedosas para los problemas que interfieren con las actividades cotidianas. El supermercado podría ofrecer servicios para la adquisición de los alimentos, se podría desarrollar un programa de alimentación a domicilio para las personas confinadas en sus hogares o los restaurantes locales podrían contratar conductores para entregar las comidas en los hogares de los residentes comunitarios. Los servicios de la comunidad son moldeados y reestructurados para satisfacer las necesidades de quienes residen allí. No todas las comunidades se transforman por sí mismas para responder a las necesidades de sus miembros. La enfermera de salud comunitaria tiene siempre presente la contienda entre los aspectos demográficos cambiantes y los servicios disponibles en la comunidad. Si se controlan los aspectos demográficos y los patrones de utilización de los servicios, se pueden desarrollar innovaciones, renovaciones y estilos alternativos para prestar los servicios a los miembros. Esta clase de evaluación conduce al desarrollo de medidas nuevas e ingeniosas para suplir las necesidades previamente desconocidas o no reconocidas.

Las variaciones en la distribución de la edad en la comunidad son sólo una clase de parámetro para evaluar. La comunidad es reestructurada cuando los grupos culturales ingresan o salen de ella. La atención suministrada por los proveedores de atención de la salud cambia a medida que cambia la población. La enfermera de salud comunitaria busca una atención que sea culturalmente sensible y adecuada a los distintos componentes culturales de la comunidad. Ella nece-

sita aprender respecto a los valores y las prioridades de cada grupo cultural, aplicar los principios de la práctica transcultural de la enfermería y medir la efectividad de la atención prestada.

Las variaciones en los patrones de empleo son instructivas para la enfermera de salud comunitaria cuando evalúa las formas de lesión relacionadas con el trabajo. La efectividad de los programas para el control de las lesiones es supervisada con objeto de establecer la conveniencia de los recursos para la prevención de los accidentes laborales. La identificación de los nuevos peligros ambientales en los sitios de trabajo señala la importancia de la evaluación continua de los riesgos para la salud ocupacional. La enfermera de salud comunitaria utiliza los datos demográficos relacionados con los patrones de empleo para anticipar las clases de programas ocupacionales que promuevan la salud y protejan a los empleados así como a la comunidad circundante. Por ejemplo, en respuesta a las necesidades identificadas de los trabajadores, pueden desarrollarse programas para el bienestar y el abandono del tabaquismo en el sitio de trabajo. Las mediciones de los resultados son diseñadas para evaluar el éxito relativo de las iniciativas para el bienestar y para fortalecer la salud de los ambientes laborales en la comunidad.

La vivienda constituye siempre un interés crítico para la salud comunitaria. La vivienda segura y costeable es una de las necesidades humanas más fundamentales en la mayoría de las comunidades. La enfermera de salud comunitaria evalúa los tipos y la distribución de las viviendas en la comunidad y el grado de indigencia existente. Ella emite las remisiones de los miembros comunitarios que precisan albergue y maneja las necesidades de las personas que tienen requerimientos especiales relacionados con hogares para grupos, residencias o instalaciones accesibles para los discapacitados. La enfermera evalúa la disponibilidad de vivienda en la comunidad para enlazar a las personas que tienen necesidad de albergue con los recursos necesarios para tal fin.

Los datos demográficos de la comunidad son una fuente utilizada por la enfermera de salud comunitaria para controlar y evaluar el lazo existente entre las necesidades de la comunidad y sus miembros, y las instalaciones y los servicios comunitarios. Los cambios en la población y sus características particulares informan a la enfermera de salud comunitaria respecto a las necesidades de la población.

Aspectos ambientales

Las inquietudes ambientales son variadas y abarcan desde la calidad del aire y el agua, la presencia de asbesto y plomo en los hogares, colegios y sitios de trabajo, hasta la prevalencia de la violencia en las calles. Algunas inquietudes relacionadas con la salud ambiental se convierten en problemas preocupantes para la comunidad, y como resultado se forman grupos de acción y coaliciones para cambiarlos y modificarlos. La enfermera de salud comunitaria y otros miembros del equipo interdisciplinario para la atención de salud ofrecen su apoyo y experiencia a los esfuerzos comunitarios organizados. Otros aspectos ambientales pueden ser desconocidos por los miembros de la comunidad y representar un gran riesgo. El papel de la enfermera comunitaria consiste en educar a la comunidad y servir como testigo experto a los grupos que deseen aprender respecto a un problema de salud de la comunidad. Esta profesional evalúa los avances logrados en la disminución de las inquietudes relacionadas con la salud ambiental. Algunas de estas inquietudes pueden ser específicas de un agregado particular o endémicas en la comunidad en general.

National Institutes of Health y Centers for Disease Control and Prevention son las principales agencias comprometidas con los problemas de la salud ambien-

tal e identificadas como parte de los objetivos de *Healthy People 2000* [U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), 1995]. Algunas de las mediciones utilizadas para evaluar la consecución de los objetivos de la salud ambiental incluyen: el número de hospitalizaciones por asma, el número de brotes de enfermedades transmitidas a través del agua, los niveles sanguíneos de plomo, los niveles de contaminación ambiental, el análisis del radón y la liberación de los agentes tóxicos identificados en la lista de carcinógenos del DHHS. Otras medidas incluyen la disposición y el tratamiento de los residuos tóxicos, las normas de seguridad para el agua potable y la recolección casera de los desechos peligrosos.

La enfermera de salud comunitaria debe ser consciente de la relación entre el ambiente y ciertas enfermedades. Entre las muchas enfermedades y disfunciones que tienen un componente ambiental conocido o sospechado se encuentran: el cáncer, los trastornos reproductivos (infertilidad), el bajo peso al nacer, las alteraciones neurológicas e inmunes y las condiciones respiratorias (por ejemplo, el asma) (DHHS, 1995). La exposición a los peligros ambientales puede darse a través del aire, los alimentos y el agua, y puede involucrar pesticidas, químicos tóxicos e irradiación. Las inquietudes respecto a la salud ambiental y su relación con ciertas enfermedades a menudo están asociadas con la exposición repetida y acumulativa.

Los estudios relacionados con el cáncer de mama, por ejemplo, pueden analizar distintos riesgos ambientales que incluyen la posibilidad de exposición al agua potable contaminada, las fuentes de contaminación del aire interior y exterior, los campos electromagnéticos, los pesticidas y otros químicos tóxicos. La enfermera de salud comunitaria, evalúa la extensión en la cual las mujeres y los hombres de la comunidad conocen sus posibles riesgos de cáncer de mama además de la efectividad de los programas educativos comunitarios que manejan tales riesgos.

Es importante que la enfermera de salud comunitaria identifique en la población los agregados particulares cuya salud se encuentra en riesgo ambiental. El asma, por ejemplo, afecta mayoritariamente a los niños, las mujeres, las minorías y las personas que residen en áreas urbanas. La evaluación del impacto de los programas preventivos sobre estas poblaciones de alto riesgo es crítica para los esfuerzos que intentan reducir el número de días de hospitalización designados para el tratamiento del asma y el número de muertes atribuibles a esta misma condición. Las enfermeras de salud comunitaria juegan un papel significativo en la educación de las familias respecto a la importancia de reducir la exposición de los niños al humo del tabaco; las enfermeras de salud comunitaria, como terapeutas para el abandono del tabaquismo, abogan por los ambientes libres de humo. La medición del progreso para conseguir esta meta en todos los niveles —individuo, familia, agencia y comunidad— es un proceso crítico de evaluación.

Servicios públicos

Los trabajadores del servicio público y servicios específicos protegen la seguridad de la comunidad. El grado en el cual los miembros comunitarios se sienten seguros está relacionado con la eficiente función de estos servicios. Los departamentos de policía, bomberos, parques, tránsito y transporte, servicios públicos y auxiliares se encuentran entre los servicios más vitales los cuales, además de sus variadas funciones, protegen a la comunidad y sus miembros. La seguridad es una necesidad humana básica que debe ser satisfecha con objeto de obtener un alto grado de desempeño. Una comunidad segura permite a los individuos y sus familias enfocarse en las funciones y responsabilidades que apoyan su crecimiento y el desarrollo comunitario. Una comunidad insegura abandona a sus miembros, los hace presas de actos de

violencia y violación e impide su progreso para la consecución de sus metas y la utilización de su potencial. La enfermera de salud comunitaria es consciente de la importancia que tiene la valoración de los índices de seguridad en la comunidad. Cuando un ambiente seguro está obstaculizado, ella trabaja con otros miembros del equipo interdisciplinario y los integrantes de la comunidad para evaluar las brechas en los servicios públicos que requieren atención y fortalecimiento. Además, esta enfermera moviliza los servicios públicos para los clientes individuales de la comunidad que tienen necesidades especiales. El apoyo personal de los proveedores de los servicios públicos es especialmente valioso cuando enfrenta problemas de seguridad mientras trabaja en la comunidad y cuando sea incapaz de tener acceso a sus clientes debido a situaciones de inseguridad en la misma.

Con frecuencia es difícil evaluar el grado de seguridad o inseguridad de una comunidad. Las apariencias pueden ser engañosas y generalmente lo son. A primera vista, se puede considerar que una comunidad económicamente desfavorecida, con una alta tasa de desempleo y cuyos miembros se observan a menudo holgazaneando en los umbrales es una comunidad insegura y de alto riesgo. Sin embargo, puede tratarse de una descripción inadecuada de la misma. En realidad, la enfermera de salud comunitaria puede encontrarse bastante segura en esta comunidad y sentir que los miembros son siempre cordiales y colaboradores. Los residentes pueden abandonar su camino para confirmar que la enfermera llegue con seguridad al desuno deseado. Aunque no se trata de una comunidad con vigilancia organizada, los vecinos se vigilan unos a otros e igualmente vigilan a los visitantes apreciados por la comunidad. La seguridad es autocontrolada y los miembros se protegen entre sí lo mismo que a la enfermera. Por otra parte, una comunidad con buena apariencia e ingresos intermedios o elevados puede parecer segura pero podría representar una amenaza para la seguridad de la enfermera. La seguridad constituye siempre una preocupación para la enfermera de salud comunitaria. Ella se preocupa por su seguridad personal, la seguridad de sus clientes y la seguridad de la comunidad en general.

La enfermera de salud comunitaria se interesa en la presencia relativa de los distintos servicios públicos y de los proveedores de tales servicios en la comunidad. Cuando los clientes temen abandonar sus hogares porque no se sienten seguros en las calles, la enfermera evalúa el grado en el cual la policía está presente en el vecindario. Ella utiliza los datos de la valoración recolectados con relación a los servicios públicos para confirmar que otras autoridades u organizaciones basadas en la comunidad velen por la seguridad comunitaria. La evaluación de la presencia de éstas en la comunidad es clave. Incluso cuando existe la vigilancia comunitaria o policial, puede ser necesario manejar en una forma diferente o más atenta las inquietudes y preocupaciones especiales de una población particular. Los ancianos pueden necesitar una zona segura durante ciertas horas para sentirse confiados utilizando un área del parque cercano a su complejo residencial. Pueden requerir servicios adicionales para brindar protección a algunos de los miembros más susceptibles de la comunidad.

La desaparición de los niños es una de las pérdidas más temidas y devastadoras para una comunidad; ésta ejemplifica su vulnerabilidad y su incapacidad para proteger a sus jóvenes miembros. La enfermera de salud comunitaria, en compañía de los padres y otros integrantes comunitarios interesados, evalúa la capacidad de la comunidad para proteger a sus niños. La necesidad de sitios seguros para que los niños jueguen sin temor y sin la amenaza de los extraños podría ser la consecuencia de tal evaluación. La enfermera podría convertirse en adalid de los patios de recreo y de la conversión de un edificio público en un espacio para los grupos de juego. La evaluación de la red de seguridad de la comunidad podría orientar a la enfermera respecto a la dirección del desarrollo de los recursos.

Las enfermeras de salud comunitaria con frecuencia participan en las campañas de los servicios públicos para educar y proteger a la comunidad de los peligros potenciales y las amenazas a su seguridad. Por ejemplo, ellas visitan las familias con niños pequeños para aconsejarlas sobre la importancia de colocar protecciones en las ventanas con objeto de evitar las caídas. Las campañas tales como "Los niños no pueden volar", están dirigidas a garantizar que las protecciones de las ventanas sean instaladas gratuitamente para evitar las muertes accidentales.

Durante los meses de invierno en las comunidades de clima frío, la enfermera de salud comunitaria encuentra miembros que residen en edificios con problemas de calefacción o que son incapaces de costear tal servicio. En consecuencia, los hogares pueden ser calentados mediante un horno abierto u hornillas de gas. Algunas familias adquieren calentadores portátiles que han estado asociados con devastadores accidentes. En los domicilios, las enfermeras de salud comunitaria evalúan las amenazas para la seguridad y contactan a los inspectores y las autoridades de los servicios con la intención de abogar por sus clientes. Los ancianos o los individuos con discapacidades que viven solos pueden verse beneficiados por su remisión a una compañía de servicios públicos que ofrezca un sistema de solicitud de ayuda activado por medio de la voz. La enfermera de salud comunitaria también puede inscribir a estos clientes susceptibles en el departamento local de bomberos, de modo que estos últimos estén alerta a las necesidades de los primeros y a las necesidades de equipo especial si fuese preciso realizar una evacuación en el edificio donde residen. Inscribir en los departamentos de servicios públicos tales como los bomberos o la policía a los clientes que tienen necesidades especiales podría salvar vidas en caso de una emergencia.

Al organizar los servicios para la comunidad, la enfermera de salud comunitaria no sólo evalúa la necesidad de éstos sino la calidad e idoneidad de los servicios suministrados. En los casos de los niños cuyas muertes permanecen sin explicación y en las necropsias que identifican como causa de muerte el síndrome de muerte súbita infantil (SMSI), los servicios públicos que respondieron a la llamada de urgencia de la familia requieren una cuidadosa evaluación. Una persona que descubre a un niño sin vida está sometida a una gran vulnerabilidad y confusión, y generalmente reacciona llamando al número telefónico de emergencia 911. Las diferentes comunidades responden en forma diferente. Los oficiales de policía, los bomberos y los técnicos en urgencias médicas se encuentran entre los que responden. Tradicionalmente, los padres han sido responsabilizados de la muerte de sus hijos hasta que la necropsia demuestre lo contrario. Esta infortunada situación deja a las familias aún más devastadas. Ellos pueden incluso ser acusados de abuso o asesinato. En algunos casos, la ropa de cama, la cuna, la ropa y los juguetes del niño son extraídos del hogar como parte de la investigación de la escena del crimen. Muchos objetos preciados se pierden o nunca son devueltos a la familia. La enfermera de salud comunitaria puede encontrarse en capacidad de atender las necesidades de estas familias afligidas a través de la aproximación a las mismas en sus hogares. La consejería y la intervención preventiva, las cuales apoyan a las acongojadas familias a medida que éstas aprenden a vivir con la muerte del niño, son los distintivos de la atención de enfermería en salud comunitaria. La evaluación de la percepción de las familias afectadas sobre cómo fueron tratadas por quienes atendieron su llamada inicial podría orientar la educación profesional de tales personas. Aprender respecto a las características específicas del SMSI y el abuso infantil así como sobre las señales post mortem esperadas, puede ayudar a estas personas a responder con la adecuada compasión y conocimiento.

La enfermera de salud comunitaria evalúa las respuestas de los empleados y las agencias de servicio público a la gran variedad de necesidades humanas manifestada por los miembros comunitarios y por la comunidad misma. La enfermera se preocupa por el cuándo, el cómo y, también por si los empleados y las agencias responden a tales necesidades así como por la calidad de su respuesta. Corresponde a los empleados y las agencias de servicio público ofrecer seguridad a la comunidad. La enfermera de salud comunitaria puede enlazar a los miembros comunitarios con los servicios públicos y transmitir las necesidades de la comunidad a los departamentos de servicios públicos. Ella utiliza los datos de la evaluación con objeto de sugerir las maneras para mejorar el nivel de seguridad de la comunidad.

Estética

El componente estético de una comunidad contribuye a la riqueza de la misma. La comunidad desprovista de este componente priva a sus miembros de las oportunidades para mejorar su apreciación del arte y la cultura. La enfermera de salud comunitaria reconoce que el sentido de orgullo de la propia comunidad se encuentra en sus expresiones estéticas. El orgullo comunitario es el equivalente de la autoestima para un individuo y una familia. La enfermera evalúa la presencia, ausencia y significado de las expresiones estéticas intentando apreciar esta dimensión de la salud comunitaria. Las expresiones estéticas están ligadas al sentido de orgullo que la comunidad siente respecto a sí misma, su cultura, su religión y su deseo de apoyar y apreciar el arte y las representaciones artísticas.

Las expresiones del arte y la cultura en una comunidad pueden parecer extrañas y desconocidas a la enfermera de salud comunitaria. Ella expresa su voluntad e interés por aprender el significado del arte y la expresión estética en la comunidad. La belleza puede ser apreciada mediante el deseo de conocer y comprender las creencias y los valores de los demás. La enfermera de salud comunitaria puede aprender mucho respecto a las formas de vida de una comunidad observando un desfile o visitando los museos, santuarios o estatuas. La comunidad define lo que es hermoso e importante para exhibir y venerar. La evaluación de los componentes estéticos de una comunidad no consiste en un juicio sobre las calidades artísticas sino en un esfuerzo por determinar la presencia, ausencia y significado relativo de las expresiones artísticas en la comunidad.

Si la enfermera de salud comunitaria encuentra edificios que han sido objeto de vandalismo y están sellados, así como museos y teatros que ya no son utilizados, puede concluir que el componente estético de la comunidad está ausente. También están ausentes las oportunidades para participar en los eventos artísticos de la comunidad, y sus miembros están desprovistos de este componente de creatividad y orgullo comunitario. La vena artística de la comunidad se ha extinguido.

Las comunidades expresan su componente estético en forma diferente. En algunas comunidades, la serie e infinidad de ofrecimientos artísticos requiere una junta de arte para coordinar y publicitar tales eventos. En otras, las pequeñas galerías exhiben el trabajo de los artesanos y artistas locales. Las exhibiciones al aire libre, las ferias, los desfiles y otros eventos comunales permiten a los artistas mostrar su trabajo. El componente estético de una comunidad tiene raíces en el pasado y en cierto modo refleja su historia. El arte recorre el pasado, el presente y el futuro y enseña lo que la comunidad valora y considera hermoso. El arte puede encontrarse en la palabra escrita, las expresiones visuales, las formas y los colores, el teatro y la danza, la arquitectura, los jardines y el paisajismo. La belleza puede encontrarse en muchas esquinas y rincones de una comunidad. Un jardín tranquilo puede invitar a descansar de las aflicciones; un edificio notable perma-

necerá como una obra de arte del mismo modo que una escultura erigida frente a él captará el espíritu de sus espectadores.

La enfermera de salud comunitaria intenta comprender algo respecto a los valores comunitarios y la apreciación del arte y las expresiones artísticas a través de la evaluación del componente estético de una comunidad. Ella es imparcial y está motivada para aprender sobre el significado de las representaciones artísticas en la comunidad. El sentido del orgullo comunitario se encuentra en su componente estético. La riqueza o ausencia de estética en una comunidad es instructiva para la enfermera de salud comunitaria que se ocupa de dicha comunidad.

Instituciones relacionadas con la salud

Las instituciones relacionadas con la salud son las redes de servicios de apoyo diseñados para atender las necesidades de salud de una comunidad. La enfermera de salud comunitaria evalúa la disponibilidad, accesibilidad, costeabilidad, idoneidad, factibilidad y aceptación de estos servicios en la comunidad (National Institute of Nursing Research, 1995). Fundamental en esta evaluación es el conocimiento de las necesidades comunitarias de salud. Los servicios y las instituciones relacionadas con la salud de una comunidad deben existir en proporción con tales necesidades. La intención de las instituciones relacionadas con la salud es responder a las necesidades de la salud comunitaria. Dado que las comunidades son dinámicas, también lo son sus necesidades y estado de salud. Este estado dinámico requiere que las instalaciones relacionadas con la salud sean sometidas a la evaluación continua de su capacidad para responder a dichas necesidades. El desarrollo de metas con fechas establecidas permite a las agencias medir su efectividad relativa para la consecución de sus objetivos. El establecimiento de las metas es un proceso cooperativo entre los miembros de la comunidad, el equipo interdisciplinario para la atención de la salud y el personal de la agencia. Las metas pueden incluir la disminución de la mortalidad, la reducción del número de casos de ciertas enfermedades, la disminución del número de accidentes, el mejoramiento de la calidad ambiental y el incremento de la capacidad de las agencias para la atención de la salud, con objeto de llegar a una población particular u ofrecer un nuevo y valioso servicio.

La enfermera de salud comunitaria trata de investigar si las necesidades de la comunidad son cubiertas por las instalaciones relacionadas con la salud ya existentes. Si la drogadicción constituye un problema importante de salud en la comunidad, la enfermera evalúa la disponibilidad de las instituciones para la rehabilitación y el impacto de las modalidades de tratamiento para el éxito de la misma. La enfermera también debe evaluar la receptividad de la comunidad a programas tales como el intercambio de agujas, especialmente en las comunidades con pocas oportunidades de tratamiento. Si la comunidad tiene una gran población geriátrica y una gran cantidad de clientes con enfermedad de Alzheimer, la enfermera de salud comunitaria evalúa la disponibilidad de servicios tales como las residencias para adultos y la atención de relevo.

La enfermera de salud comunitaria evalúa la disposición de las instituciones relacionadas con la salud en la comunidad. La distribución equitativa de los servicios es clave para la salud de una comunidad. Algunas comunidades son ricas en servicios pero padecen la inadecuada distribución y la superposición de los mismos. La salud de otras comunidades está amenazada por la ausencia de servicios. La enfermera de salud comunitaria promueve la evaluación sistemática de los recursos comunitarios. Se necesitan datos comunitarios objetivos para investigar si los servicios, en realidad, están produciendo el impacto deseado sobre las ne-

cesidades de la salud comunitaria y si se están obteniendo los resultados esperados. La evaluación consiste en un proceso continuo; la enfermera valida continuamente la idoneidad de las instituciones de salud que producen un efecto sobre la salud de la comunidad. Los resultados de los servicios de salud comunitaria deben ser medidos en relación con las necesidades de salud de la población atendida.

RESUMEN

El elemento más importante de la evaluación es que ésta informa a la enfermera de salud comunitaria respecto al avance o la falta de progreso en la consecución de las metas comunitarias de salud y señala la importancia de revalorar las necesidades de la comunidad. La evaluación conduce de nuevo a la valoración. La enfermera de salud comunitaria valora las necesidades de la comunidad y considera los sistemas para la gestión de la atención y las influencias sobre las decisiones para la adjudicación de los recursos. Los círculos del Modelo de Alianza para la Salud proporcionan a la enfermera un marco para involucrarse en la atención de las comunidades. Cada componente del modelo la instruye sobre los factores y las fuerzas que deberían tenerse en cuenta para apreciar la complejidad de la comunidad como cliente. La enfermera de salud comunitaria cuida a la comunidad; la comunidad es el cliente.

PALABRAS CLAVE

Proceso de enfermería
Evaluación de resultados
Continuidad rural/urbana

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas.

1. La evaluación formativa se utiliza para:
 - A. Suministrar información de retroalimentación.
 - B. Validar los hallazgos estadísticos.
 - C. Eliminar la necesidad de la valoración de los resultados.
 - D. Valorar la consecución de las metas.
2. En una comunidad hipotética la mayoría de residentes son personas mayores pensionadas, pero los servicios de enfermería comunitaria están enfocados en las madres y los niños. ¿Cuál declaración relacionada con el proceso de enfermería aplicado a esta comunidad es relevante?
 - A. Los servicios preventivos básicos deben ser prioritarios.
 - B. Los niños son un recurso valioso para la comunidad y su salud debería ser protegida.
 - C. Las necesidades de la comunidad deberían ser evaluadas sistemáticamente.
 - D. Los mandatos federales deberían ordenar cuáles servicios son prestados en la comunidad.

3. Durante la evaluación cuantitativa, ¿cuál de las siguientes preguntas sería posiblemente formulada por la enfermera de salud comunitaria?
 - A. ¿Existen los recursos adecuados para realizar este proyecto?
 - B. ¿El programa está funcionando efectivamente?
 - C. ¿Promovió este programa el cambio deseado en el comportamiento de la salud?
 - D. ¿Estoy llegando a la población blanco?
4. La principal razón por la cual las enfermeras de salud comunitaria participan en la planeación de la salud es:
 - A. Asegurar el poder legislativo abandonado por otros profesionales de la atención en salud.
 - B. Aumentar la receptividad de los sistemas para la atención de la salud respecto a las necesidades de los clientes.
 - C. Iniciar un caso para que las enfermeras reciban el reintegro de terceros.
 - D. Aliviar a los consumidores de las responsabilidades de la planeación de la salud comunitaria.
5. La evaluación de la atención de salud comunitaria enfatiza todos los siguientes principios, excepto:
 - A. La asociación equitativa con el consumidor.
 - B. La territorialidad profesional.
 - C. La expansión de la investigación.
 - D. La integración del servicio.
6. El empoderamiento está más estrechamente relacionado con:
 - A. Los sentimientos de control y dominio sobre la propia vida.
 - B. La identificación cultural.
 - C. La legitimación del poder político.
 - D. La resolución de los conflictos.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es A.* El propósito de la evaluación formativa consiste en suministrar información útil para mejorar y administrar un programa.
2. *La respuesta es C.* La evaluación de las necesidades comunitarias es continua.
3. *La respuesta es C.* La evaluación cuantitativa se enfoca en la medición de la consecución de las metas.
4. *La respuesta es B.* Las enfermeras de salud comunitaria son fuentes de información valiosa y única en cuanto se refiere a las necesidades de atención de salud de una comunidad.
5. *La respuesta es B.* La evaluación de la atención de salud comunitaria enfatiza una filosofía multidisciplinaria.
6. *La respuesta es A.* El empoderamiento es el concepto de poder definido como la capacidad para controlar los factores que determinan la propia vida del individuo.

REFERENCIAS COMENTADAS

Bingham, R. D., & Felbinger, C. L. (1989). *Evaluation in practice: A methodological approach*. Nueva York: Longman.

Este texto ilustra las técnicas de la evaluación del programa y la política a través de una serie de veinte lecturas. Brinda muchos ejemplos y metodologías de diseño tomadas de una gran variedad de disciplinas.

Deal, L. W. (1994). The effectiveness of community health nursing interventions. A literature review. *Public Health Nursing* 11(5), 315-325.

Artículo que describe los servicios prestados por las enfermeras de salud comunitaria tanto a nivel domiciliario como comunitario. Documenta la efectividad de estas intervenciones con base en la literatura disponible y efectúa recomendaciones para la investigación evaluativa futura.

Donabedian, A. (1969). Some issues in evaluating the quality of nursing care. *American Journal of Public Health*, 59(10), 1833-1836.

Este artículo amplía el trabajo original del autor y se enfoca en aspectos relacionados con la valoración de la calidad de la atención de enfermería. Presenta las aproximaciones a la evaluación y discute los aspectos técnicos referentes a la auditoría en enfermería.

Gillis, A. (1995). Exploring nursing outcomes for health promotion. *Nursing Forum*, 30(2), 5-12.

Consideración crítica de los resultados de enfermería en cuanto a su relación con la promoción de la salud. Existe un enfoque sobre los desafíos afrontados por las enfermeras cuando intentan identificar y medir los factores que influyen sobre los cambios de comportamientos en la salud. Enfática el importante papel desempeñado por las expectativas del cliente.

Harris, M. D., & Dugan, M. (1996). Evaluating the quality of home care services using patient outcome data. *Home Health Care Nurse*, 14(6), 463-465.

Este artículo presenta la importancia de la evaluación de los resultados del paciente. Define tres tipos de resultados y describe cómo una Asociación de Enfermeras Visitantes utilizó este marco para analizar los reingresos hospitalarios.

National Institute of Nursing Research. (1995). *Community-based health care: Nursing strategies*. Bethesda, MD: Autor.

Informe detallado que discute con profundidad el concepto de la atención de salud comunitaria. Las necesidades de salud de las poblaciones a lo largo de la continuidad urbana/rural son utilizadas como un marco para las estrategias de enfermería para la salud comunitaria. Enfática la documentación de las áreas que necesitan investigación adicional.

Robertson, A., & Minkler, M. (1994). New health promotion movement: A critical examination. *Health Education Quarterly*, 21(3), 295-312.

Este artículo discute el impacto del movimiento para la promoción de la salud en la década de los ochenta. Examina la definición de la salud revisada por la Organización Mundial de la Salud (OMS); además explora los conceptos de apoderamiento y participación comunitaria en cuanto se relacionan con el estado de la salud.

U. S. Department of Health and Human Services (1995). *Healthy People 2000: Midcourse review and 1995 revisions*. Washington, DC: Autor.

Informe sobre los logros luego de la emisión de Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, y los desafíos que prevalecen en la prevención de la muerte prematura y el mejoramiento de la salud a medida que se aproxima el año 2000. Presenta un informe detallado del avance en las 22 áreas prioritarias identificadas y la acción de consorcio que está siendo llevada a cabo tanto estatalmente como a través de las actividades privadas y voluntarias.

P A R T E

3

*A*TENDIENDO A LAS PERSONAS EN SUS HOGARES O SITIOS DE RESIDENCIA





VISION GLOBAL

DE LOS CONCEPTOS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Como se vio en el capítulo 2, la atención profesional de enfermería domiciliaria comenzó en la calle Henry en el lado este bajo de la ciudad de Nueva York finalizando el siglo XIX. Los clientes de las primeras enfermeras de salud comunitaria eran generalmente familias inmigrantes pobres que a menudo tenían alto riesgo de padecer enfermedades transmisibles. La meta de la enfermería para la salud comunitaria era la protección y el mejoramiento de la salud de todos los miembros de la familia. Las enfermeras estaban interesadas en las condiciones ambientales, socioeconómicas y todas las condiciones restantes que afectarían la salud individual y comunitaria.

El foco de atención de enfermería para la salud comunitaria no ha cambiado desde entonces, únicamente sus métodos para la prestación de la atención. En la actualidad, la enfermera de salud comunitaria puede atender a una joven madre y su bebé con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), a un cliente postoperatorio o a una persona anciana que vive sola brindándoles atención experta y supervisando la atención prestada por un ayudante de atención domiciliaria (AAD), un acompañante, la familia o los amigos. Este capítulo se refiere a la enfermera de salud comunitaria como proveedor de atención domiciliaria para la familia y el individuo. La prestación de la atención de enfermería puede haber cambiado, pero el profesionalismo, el compromiso y la creatividad de la enfermera son exhibidos por las profesionales que trabajan para conservar sana a la comunidad.

Las visitas domiciliarias efectuadas por las enfermeras de salud comunitaria son dirigidas en la actualidad por grupos profesionales tales como la American Nurses Association (ANA) y agencias acreditadas tales como el Community Health Accreditation Program (CHAP) de la National League for Nursing (NLN), y son reguladas por los departamentos estatales de salud. Se hacen visitas domiciliarias a apartamentos, residencias privadas, residencias para la tercera edad, albergues para los indigentes, pensiones de huéspedes, dormitorios, instituciones de albergue para los ancianos y hogares para grupos. En la mayoría de situaciones, un miembro o amigo de la familia puede asumir el papel de encargado de la atención. En algunos casos, los miembros de la familia pueden no convivir con el cliente pero continuar comprometidos con su atención.

Al atender a un cliente, la enfermera de salud comunitaria trabaja con toda la familia. Es importante que ella desarrolle una relación personal con la familia o el encargado de la atención, así como con el paciente. El desarrollo de esta relación puede requerir unas cuantas visitas, pero es un componente importante en la atención domiciliaria de un cliente. Una relación interpersonal firme permite a la enfermera y al cliente hablar abierta y honestamente sobre sus inquietudes respecto a la salud.

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

- Planeación de la visita
- Seguridad
- La visita
- Equipo necesario
- Valoración del cliente por parte de la enfermera
- Responsabilidades posteriores a la visita
- Supervisión de los ayudantes de atención domiciliaria
- El trabajo con otros proveedores de atención de salud comunitaria
- Atención domiciliaria para los indigentes
- Resumen

La visita domiciliaria se realiza luego de una remisión de parte del médico, la trabajadora social, la persona que efectúa el plan en el momento de dar de alta o el asistente de la comunidad. La meta de la enfermera de salud comunitaria es brindar al cliente una atención directa y una valoración continua. La promoción de la salud, la conservación de la salud familiar e individual y los servicios de apoyo al moribundo y a la acongojada familia, pueden también ser metas de esta enfermera. Con el surgimiento de la atención en los hospicios y la creciente presencia de la atención de alta tecnología en el ámbito domiciliario, las enfermeras de salud comunitaria especializadas y muy experimentadas o las enfermeras de los hospicios con frecuencia deben visitar a los clientes en sus hogares. La necesidad de tales especialistas puede ser señalada en la remisión inicial o en una remisión hecha por una enfermera comunitaria después de visitar a un cliente durante cierto tiempo.

*P*LANEACIÓN DE LA VISITA

Organización del plan

Con frecuencia, la remisión de un cliente a una agencia de visitas domiciliarias se produce después de realizar una valoración de sus necesidades antes de ser dado de alta en un hospital o institución de atención ambulatoria. Actualmente, muchos planes de alta son desarrollados por los administradores de los casos, pudiendo tratarse de una enfermera en un hospital o institución de atención ambulatoria, una enfermera de salud comunitaria u otro proveedor de atención de la salud tal como una trabajadora social. Estos planes pueden generar una remisión para la atención domiciliaria.

La enfermera de salud comunitaria revisa la remisión, la cual incluye las instrucciones del médico para la atención del paciente. Para los clientes de Medicare, esta información es usualmente comunicada a la enfermera en un formato estandarizado de "Home Health Certification and Plan of Care" (figura 11-1). Este formato (también conocido como 485) fue desarrollado por la Health Care Financing Administration (HCFA) de modo que los clientes de Medicare fuesen valorados y tratados de manera uniforme. El formato 485 describe el plan de tratamiento, es decir, la atención que será proporcionada por el equipo de proveedores de atención de salud.

Si se requieren cambios en el plan de atención luego de la valoración inicial, la enfermera se comunica telefónicamente o por fax con el médico solicitante para su aprobación. Las remisiones a otros proveedores son realizadas siguiendo un procedimiento interno establecido. Las nuevas órdenes y remisiones son enviadas al médico para su firma. Cada vez que la enfermera de salud comunitaria atiende al cliente, diligencia un informe sobre la visita. La figura 11-2 es un ejemplo del informe de una visita de enfermería.

La figura 11-3 es una copia del informe de las visitas posteriores, el cual puede ser utilizado en el domicilio por los diferentes terapeutas. Los fisioterapeutas, los terapeutas del lenguaje y los terapeutas ocupacionales, por ejemplo, pueden estar involucrados en la atención de distintas personas. La figura 11-4 corresponde a un ejemplo de un resumen de salida o al formato de una nueva autorización al cabo de 60 días.

El ambiente particular del cliente constituye un factor en el plan de atención de éste. Por ejemplo, los dos clientes presentados a continuación parecen tener las mismas necesidades cuando son dados de alta del hospital pero, al retornar a sus

Departamento de Salud y Servicios Humanos
Administración del Presupuesto para la Atención de la Salud

Formato aprobado
OMB No. 0938-0357

CERTIFICACIÓN DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y PLAN DE ATENCIÓN				
1. No. de solicitud del paciente	2. Fecha de inicio de la atención	3. Período de certificación Desde: Hasta:	4. Historia clínica No.	5. Proveedor No.
6. Nombre y dirección del paciente		7. Nombre, dirección y número telefónico del proveedor		
8. Fecha de nacimiento		9. Sexo ☐ M ☐ F		
11. ICD-9-CM	Diagnóstico principal	Fecha		
12. ICD-9-CM	Procedimiento quirúrgico	Fecha		
13. ICD-9-CM	Otros diagnósticos pertinentes	Fecha		
14. EMD y suministros		15. Medidas de seguridad:		
16. Requerimientos Nutricionales		17. Alergias		
18. A. Limitaciones Funcionales		18 B. Actividades permitidas		
1 ☐ Amputación 5 ☐ Parálisis 9 ☐ Ceguera 2 ☐ Incontinencia (Intestinal/Vesical) 6 ☐ Resistencia A ☐ Digna con ejercicio mínimo 3 ☐ Contractura 7 ☐ Deambulación B ☐ Otro (especificar) 4 ☐ Audición 8 ☐ Habla		1 ☐ Reposo absoluto 6 ☐ Soporte parcial de peso A ☐ Silla de ruedas 2 ☐ Reposo en cama 7 ☐ Independiente en el hogar B ☐ Caminador 3 ☐ Incorporar según tolerancia 8 ☐ Muletas C ☐ Sin restricciones 4 ☐ Traslado cama/silla 9 ☐ Bastón D ☐ Otro (especificar) 5 ☐ Ejercicios prescritos		
19. Estado mental:		1 ☐ Orientado 3 ☐ Amnésico 5 ☐ Desorientado 7 ☐ Agitado 2 ☐ Comatoso 4 ☐ Deprimido 6 ☐ Somnoliento 8 ☐ Otro		
20. Pronóstico:		1 ☐ Pobre 2 ☐ Reservado 3 ☐ Regular 4 ☐ Bueno 5 ☐ Excelente		
21. Órdenes según disciplina y tratamientos (Especificar cantidad/frecuencia/duración)				
22. Metas/Potencial de rehabilitación/ Planes de salida				
23. Firma de la enfermera y fecha de SOC verbal donde sea aplicable			25. Fecha en que AAD recibió POT firmado	
24. Nombre y dirección del médico			26. Certifico/confirmando que este paciente está confinado a su hogar y requiere experta atención de enfermería, fisioterapia y/o terapia del lenguaje en forma intermitente o continua y necesita terapia ocupacional. Este paciente se encuentra bajo mi cuidado y he autorizado los servicios de este plan de atención el cual revisaré periódicamente.	
27. Firma del médico tratante y fecha			28. Todo aquel que malinterprete, falsifique u oculte información esencial requerida para el pago de los fondos federales puede ser multado, llevado a prisión o acusado penalmente de acuerdo con las leyes federales aplicables.	

Formato HCFA-485 (c-3) (02-94)

PROVEEDOR

FIGURA 11-1 Una muestra de un formato de certificación de atención domiciliar y plan de atención de la Administración Financiera de la Atención de la Salud.

INFORME DE LA VISITA DE ENFERMERÍA

☐ Nueva visita☐ Final

AR # _____ Archivo No. _____

Fecha: _____ ACS _____

Nombre: _____

Indicaciones suministradas/Respuestas del paciente o la familia _____

PROBLEMAS NUEVOS EN ESTA VISITA

(Dx primario-Otros Dx pertinentes incluyendo

Dx de enfermería)

☐ Nuevo ☐ Permanente

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

(Señale los marcos temporales para la solución)

PLANES PARA LA PRÓXIMA VISITA _____

Nombre de A.A.D./TCP/HK _____ Vendedor _____ Horario _____

Supervisor _____

Relación con el paciente, la familia y el personal _____ Asistencia y puntualidad _____

¿Existe en el hogar un encargado de la atención contratado particularmente? ☐ Si ☐ No Vendedor _____ Horario _____

METAS-corto plazo (y marcos temporales) _____

Largo plazo (y marcos temporales) _____

PLANES DE ALTA _____

Frecuencia de las visitas _____ Fecha de la próxima visita _____

Firma del paciente _____ Firma de la enfermera _____

COPIA BLANCA

PACIENTE

COPIA AMARILLA

FACTURACIÓN

COPIA ROSADA

SERVICIO DE
ENFERMERÍA

FIGURA 11-2 Una muestra del informe de la visita de enfermería.

hogares, cada uno tiene necesidades diferentes. Ninguno de los clientes puede deambular y ambos necesitan servicios de apoyo relacionados con las actividades de la vida diaria (AVD).

ESTUDIO DE CASO: LAS DIFERENTES NECESIDADES DEL SEÑOR

JAY Y EL SEÑOR SMITH

El señor Smith cuenta con un adecuado sistema de soporte domiciliario, mientras el señor Jay carece absolutamente de uno de tales sistemas. Además de prestar atención profesional a ambos clientes, la enfermera de salud comunitaria debe recomendar un ayudante de atención domiciliaria (AAD) para ayudar al señor Jay con las AVD, las compras y la preparación de las comidas.

El señor Jay cuenta con el apoyo emocional y el contacto de su familia y amigos —quienes no pueden ayudarlo físicamente en su hogar, lo hacen a través de llamadas telefónicas y cartas. La enfermera de salud comunitaria supervisa la relación entre el señor Jay y el AAD, así como sus relaciones con sus amigos distantes con objeto de ver si se requieren algunos ajustes.

La enfermera de salud comunitaria realiza todos los esfuerzos posibles para garantizar que el sistema de apoyo del señor Smith permanezca intacto.

Programación de la visita

Después de valorar las necesidades de los clientes atendidos por la enfermera de salud comunitaria y conferenciar con los mismos, ella establece las prioridades y luego programa las visitas de cada cliente. Por ejemplo, si el cliente es diabético y debe inyectarse insulina temprano en la mañana, la enfermera debe programar su visita a tales horas. La enfermera debe agrupar las visitas de los clientes que viven en el mismo lugar y aprender a proyectar la duración de cada visita. Algunas pueden tardar 30 minutos mientras otras pueden tardar más de una hora, especialmente cuando se debe efectuar una valoración inicial.

Después de organizar las visitas según la prioridad, la enfermera de salud comunitaria prepara un plan de transporte. La enfermera llama entonces al cliente y confirma la hora aproximada de la visita. Los clientes pueden no encontrarse disponibles a una hora particular debido a citas acordadas previamente con otros proveedores de atención de la salud o porque la hora no es conveniente para la familia del cliente. Los clientes pueden también rechazar una visita. Si la intención de la visita incluye la valoración de las necesidades de toda la familia, puede ser necesario que la enfermera ajuste el horario.

La enfermera también debe confirmar que el equipo y los suministros necesarios para las visitas planeadas se encuentren disponibles en los hogares de los clientes. No obstante, la enfermera de salud comunitaria debe ser especialmente cuidadosa para evitar la contaminación cruzada de los equipos entre los clientes. No se ha reglamentado que la agencia deba proporcionar a los clientes el equipo y los suministros.

Llamada telefónica de presentación

La primera responsabilidad que la enfermera tiene con el cliente consiste en identificarse como el profesional que planea realizar una visita domiciliaria. Esto puede hacerse a través del teléfono —aunque algunos clientes carecen de este servicio— o

NOTA DE NUEVA CONSULTA-TERAPIA
☐ F.T. ☐ T.O. ☐ T.L.

NOMBRE DEL PACIENTE		
DIRECCIÓN		
ARNo.	ARCHIVO No.	COORDINADOR
FECHA DE CONSULTA	TIEMPO DESDE:	HASTA:
FIRMA DEL PACIENTE		

PROBLEMAS/MOTIVO DE CONSULTA:

TRATAMIENTO/INSTRUCCIONES SUMINISTRADAS:

RESPUESTA AL TRATAMIENTO/EVOLUCIÓN/METAS:

PLAN: (METAS REVISADAS/FRECUENCIA/PLAN PARA LA PRÓXIMA CONSULTA)

COMUNICACIÓN/COORDINACIÓN: (LLAMADAS/CONFERENCIAS DELC/T)

PLANES DE ALTA:

FECHA PRÓXIMA CONSULTA:

FIRMA DEL TERAPEUTA

INICIALES DEL COORDINADOR

FIGURA 11-3 Muestra de una nota de evolución de los servicios de terapia.

☐ NOTA A 60 DÍAS (COMPLETE B, C, D) ☐ RESUMEN DE SALIDA (COMPLETE A-F)	NOMBRE		AR No.			
	DIRECCIÓN					
	CIUDAD Y ESTADO					
FECHA DE INGRESO		FECHA DE EGRESO	COORDINADOR			
FORMATO DILIGENCIADO POR: DIAGNÓSTICO PERIODO CERTIFICADO ☐ ER ☐ F.T. ☐ T.O. ☐ T.L. ☐ MSW DESDE: HASTA:						
A. CONDICIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO						
B. CONDICIÓN ACTUAL DEL PACIENTE, EVOLUCIÓN HASTA LA FECHA						
C. SERVICIOS PRESTADOS Y RESULTADOS (INCLUIR FRECUENCIA DE LAS CONSULTAS, AAD, SERVICIOS ESPECIALIZADOS, ETC.).						
D. CÓMO SE MANEJARÁN LAS METAS NO ALCANZADAS						
E. MOTIVO DE LA TERMINACIÓN (INDEPENDIENTE, LA FAMILIA SE HIZO CARGO, HOSPITALIZACIÓN, DECESO, ETC.).						
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> F. ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO ☐ MD PARTICULAR ☐ CLÍNICA ☐ OTRA (especificar) </td> <td style="width: 60%; vertical-align: top;"> NOTIFICACIÓN ☐ COORDINADOR FECHA DE NOTIFICACIÓN: _/_/_ ☐ PACIENTE FECHA DE NOTIFICACIÓN: _/_/_ ☐ MÉDICO FECHA DE NOTIFICACIÓN: _/_/_ </td> </tr> </table>					F. ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO ☐ MD PARTICULAR ☐ CLÍNICA ☐ OTRA (especificar)	NOTIFICACIÓN ☐ COORDINADOR FECHA DE NOTIFICACIÓN: _/_/_ ☐ PACIENTE FECHA DE NOTIFICACIÓN: _/_/_ ☐ MÉDICO FECHA DE NOTIFICACIÓN: _/_/_
F. ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO ☐ MD PARTICULAR ☐ CLÍNICA ☐ OTRA (especificar)	NOTIFICACIÓN ☐ COORDINADOR FECHA DE NOTIFICACIÓN: _/_/_ ☐ PACIENTE FECHA DE NOTIFICACIÓN: _/_/_ ☐ MÉDICO FECHA DE NOTIFICACIÓN: _/_/_					
FIRMA		FECHA				

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

CMC 2076 Rev (9/99)

FIGURA 11-4 Muestra de un resumen de salida o nota de certificación al cabo de 60 días.

personalmente en la puerta del domicilio del cliente o a través del citófono de un edificio de apartamentos. La enfermera explica la razón de su visita e informa al cliente si espera la compañía de otras personas tales como otra enfermera, un acompañante, un supervisor o un estudiante. Puede ser útil describir a estos individuos de modo que el cliente se sienta más cómodo permitiéndoles el acceso a su hogar. La enfermera también debe presentar al cliente su identificación oficial al ingresar en su domicilio.

Revisión de la visita previa

Cada visita tiene una serie de metas y planes futuros para la atención. Al prepararse para cada visita, la enfermera revisa siempre la última nota de evolución y el plan general, incluyendo los medicamentos y los tratamientos. Al comenzar la visita, la enfermera revisa con el cliente las metas y los tratamientos convenidos. Ellos deben también revisar lo que fue útil en la última visita y discutir cómo se cumplieron las metas establecidas.

***E*STUDIO DE CASO: TRABAJO DE EQUIPO ENTRE LA ENFERMERA Y EL CLIENTE**

El señor Jacks, un cliente de 66 años de edad con diagnóstico de diabetes del adulto, fue recientemente dado de alta luego de la amputación parcial de su pie izquierdo. El cliente fue enviado a su hogar con órdenes de colocar su pie diariamente en solución salina normal y luego cubrirlo con un vendaje parcialmente húmedo. La enfermera de la salud comunitaria lo visitó a diario durante una semana, tiempo durante el cual le enseñó a la esposa del cliente a prestarle estos cuidados. La enfermera le mostró cómo cambiar el vendaje utilizando la técnica aséptica y siguiendo las precauciones universales. La enfermera observó a la señora realizar el lavado del pie y el cambio del vendaje. Se acordó que tales procedimientos serían realizados diariamente cuando la señora Jacks regresara de su trabajo. La enfermera de salud comunitaria redujo entonces la frecuencia de sus visitas a tres por semana con el consentimiento del médico del paciente.

En la próxima visita, parecía que el vendaje no había sido cambiado. La señora Jacks no se encontraba en casa. El señor Jacks explicó que su esposa no había podido cambiarle el vendaje y lavarle el pie en los últimos dos días a la hora acordada ya que estaba muy ocupada en su trabajo y cuando llegaba a casa, él ya se encontraba dormido.

Después de prestarle los cuidados descritos, la enfermera comentó con el señor Jacks la importancia del lavado del pie y el cambio del vendaje. Ella le explicó además que éstos podían ser realizados en cualquier momento y conservar su efectividad.

La enfermera y el señor Jacks acordaron que el lavado del pie y el cambio del vendaje podrían ser realizados en la mañana antes de que la señora Jacks saliera a trabajar. La enfermera telefoneó a la señora Jacks para confirmar si esto era posible y ella manifestó que se sentía aliviada, pues la mañana era un momento más conveniente para ella y comentó que había pensado que los procedimientos para el cuidado del pie sólo podían ser realizados al final del día. Durante las visitas subsecuentes, la enfermera observó que los lavados y los vendajes estaban siendo realizados en forma adecuada.

Con frecuencia, mediante el ajuste de la rutina la enfermera puede ayudar a los clientes a cumplir sus metas. Si el cliente ha sido previamente visitado por otra enfermera de salud comunitaria o cualquier otro proveedor de atención de la salud, es importante determinar si se ha establecido una rutina especial para su atención. Este abordaje no sólo ahorra tiempo a la enfermera sino que también ayuda a crear una sensación de continuidad en la atención del cliente.

Establecer el sitio y la hora de la visita

Es importante negociar una hora probable para la visita y explicar que pueden producirse retardos. Específicamente, la enfermera puede preguntar si el cliente tiene alguna otra cita relacionada con la salud que pudiera hacer que otra hora fuese más productiva. La enfermera debe preguntar también respecto a las visitas programadas por los amigos, de modo que los clientes sepan que deben estar disponibles y no preocupados por los invitados cuando llegue la enfermera. Ella debe verificar la dirección y solicitar detalles sobre la ubicación exacta y la visibilidad de la nomenclatura de la casa o el apartamento. Una de las tareas más difíciles al planear las visitas consiste en acomodar las necesidades de enfermería y las preferencias personales del cliente. Algunos clientes necesitan visitas que incluyan un plan para la administración de los medicamentos u otros tratamientos. Algunos prefieren las visitas en las horas de la mañana o de la tarde. Las enfermeras de salud comunitaria también pueden ayudar a programar las visitas de acuerdo con los horarios de trabajo de los miembros de la familia y los amigos del cliente, cuando éstos están involucrados en su plan de atención.

Si el cliente reporta el surgimiento de un problema, la enfermera debe instruirlo para activar el equipo de respuesta a las emergencias (o sea, llamar al 911) o informar inmediatamente al proveedor de la atención primaria. Si se encuentran en dificultades, los clientes no deben esperar la visita de la enfermera.

Preguntas a formular antes de la visita

- ¿Cuál es el propósito de la visita?
- ¿Conoce toda la información necesaria antes de efectuar la visita?
- ¿Cuál es el motivo de la visita? ¿Cuál es la relación de este motivo con los diagnósticos principales?
- ¿Qué actividades recomendadas en la visita anterior debe indagar?
- ¿Qué lecturas, investigaciones y materiales educativos pueden serle útiles?
- ¿Qué cosas específicas va a enseñar en esta visita? ¿Cuenta con el equipo necesario para realizarla?

SEGURIDAD

Es imperativo que la enfermera de salud comunitaria haga uso de su atención y sentido común al desplazarse desde y hacia los hogares de los clientes. Las recomendaciones para su seguridad incluyen: (1) portar solamente el dinero y los suministros necesarios con objeto de minimizar la pérdida en caso de robo; (2) dejar a sus colaboradores un programa de su ruta de modo que ellos conozcan dónde se encuentra; (3) no cambiar su programa sin notificar a la agencia; (4) desplazarse portando su identificación, y (5) utilizar un uniforme o vestuario profesional. Muchas agencias de atención domiciliaria exigen que las enfermeras de salud comunitaria utilicen uniformes específicos mientras otras sólo requieren un atuendo profesional limpio y bien presentado, el cual armonizará con las comunidades atendidas.

El desplazamiento en carro, ya sea sola o acompañada, requiere revisiones frecuentes para garantizar que el vehículo tiene suficiente combustible y se encuentra en buenas condiciones. El uso del transporte público requiere la coordinación entre su destino y una ruta de tren o bus confiable. Si es posible, la enfermera de salud comunitaria debe conducir por los alrededores del área con objeto de familiarizarse con la comunidad y saber a dónde dirigirse en busca de suministros, información o ayuda.

LA VISITA

Establecer un tono terapéutico y fijar las metas

La visita ofrecida por la enfermera de salud comunitaria brinda al cliente y su familia la oportunidad de recibir los servicios profesionales en su propio hogar. A diferencia de la visita hospitalaria, la domiciliaria está enfocada en la familia y tiene lugar en un ambiente que le resulta familiar al cliente, es decir, el domicilio y la comunidad en los cuales reside.

La enfermera de salud comunitaria debe desarrollar una relación con el cliente y la familia. Esta es una parte importante de la visita. La verdadera visita domiciliaria comienza con la presentación formal de la enfermera y de la agencia a la cual pertenece. Durante la visita inicial, el cliente recibe la Declaración de los Derechos del Paciente y se discuten los servicios ofrecidos por la enfermera, la información sobre la agencia que presta la atención, los procedimientos de facturación y la programación de los pagos. Durante esta visita inicial el cliente recibe también el nombre y el número telefónico del coordinador de la atención domiciliaria, garantizando así que esta información vital sea documentada.

Las metas son esenciales en cada visita porque ellas orientan la fijación de las prioridades. Las metas y las prioridades son registradas en la historia del cliente donde sean accesibles a cualquier proveedor de atención de salud que lo visite. La información más actualizada sobre éste debe ser consignada inmediatamente después de la visita.

Luego sigue la fase de intervención. En esta fase, se implementa el plan de atención y la prestación de servicios tales como la atención de las heridas y la educación. La enfermera de salud comunitaria también determina si las remisiones son imprescindibles y si existe la necesidad de continuar las visitas de enfermería. Aunque la frecuencia de tales visitas es a menudo establecida por la elegibilidad del servicio, la política de la agencia y el cubrimiento del seguro, es la enfermera quien debe decidir en compañía del médico si el nivel de atención se adecúa a las necesidades del cliente.

Al finalizar cada visita, la enfermera revisa lo que se ha realizado y formula un plan para la próxima o próximas visitas. La revisión de la visita ayuda al cliente y la familia (u otro encargado de la atención) a identificar y valorar lo que se ha logrado y con frecuencia sirve como un refuerzo para la educación de la salud. La enfermera de salud comunitaria documenta la visita registrándola en las notas de evolución.

Comunicación

La comunicación es la parte más importante de la visita domiciliaria; es la clave para prevenir los problemas y para utilizar adecuadamente los recursos. El proceso de comunicación comienza estableciendo las metas y comunicándolas al cliente y termina con el registro (la consignación) de los resultados. La enfermera de salud comunitaria debe ser experta en comunicación verbal y escrita.

En ocasiones un miembro de la familia intenta controlar la comunicación durante la visita. Pese a esto, deben realizarse todos los esfuerzos para hacer que cada uno participe. Es especialmente importante escuchar al cliente, es decir, escuchar en las palabras del cliente lo que él o ella está sintiendo.

*E*STUDIO DE CASO: JANE Y MILLY VIVEN JUNTAS

Y MILLY SE ENCARGA DE HABLAR

La enfermera de salud comunitaria efectuó una visita domiciliar de valoración después de que Jane Harris fue dada de alta del hospital luego de una cirugía de urgencia. La enfermera intentó obtener la información relacionada con su salud para planear el horario de las visitas necesarias, pero siempre que la enfermera le formulaba una pregunta a Jane, era Milly quien respondía. Milly también suministró voluntariamente información sobre la salud de su hermana que la enfermera no precisaba incluir en la valoración.

La enfermera de salud comunitaria necesita ayudar a Jane Harris a describir sus propias necesidades para la atención domiciliar. Ella debe además agradecer a Milly Harris por su colaboración pero invitarla a permitir que Jane hable por sí misma.

Es importante incluir la interacción familiar en los detalles de la visita y el plan de atención. Esto con frecuencia es difícil porque las familias no siempre conservan la proximidad geográfica y los miembros que no viven cerca pueden sentirse culpables debido a su inhabilidad para participar de una manera más completa en la atención del cliente. En la siguiente situación, un integrante de la familia interfiere con la visita.

*E*STUDIO DE CASO: SALLY STITH ES ENFERMERA PROFESIONAL Y CREE SABERLO TODO

Margaret Stith estaba recuperándose en su hogar de una fractura de cadera. Ella mencionaba con frecuencia cuánto extrañaba a su única hija, Sally, quien vive a 650 kilómetros de distancia, "¡y nunca nos visita!" En una ocasión, sin embargo, Sally se encontraba en casa con su madre cuando la enfermera llegó, aunque ésta no la esperaba.

Cuando la enfermera discutió las necesidades de Margaret, Sally se puso a la defensiva y señaló, "Yo soy enfermera, ¿sabe?... ¡Yo sé cuáles son las necesidades de mi madre y no necesito que usted me diga qué es lo que está pasando!"

Sally Stith necesita el voto de confianza de la enfermera de salud comunitaria y la oportunidad de desahogar sus frustraciones por vivir tan alejada de su madre. La enfermera debe estimular el contacto a través del teléfono o las cartas para aumentar la participación de Sally en la atención de su madre.

Precauciones universales

Los Centers for Disease Control (CDC) exigen que las precauciones universales sean utilizadas para atender a todos los individuos, ya que todos los clientes son fuentes potenciales de patógenos, sean éstos transmitidos por el aire u otros medios. Las precauciones universales son prácticas que la enfermera y los clientes deben seguir por su seguridad personal para evitar la infección; éstas abarcan desde el lavado de las manos hasta la utilización de mascarillas y guantes. Su objetivo consiste en prevenir la contaminación de las membranas mucosas o el daño tisular accidental (por ejemplo, una punción con aguja) con un riesgo adido-

Procedimiento del lavado de las manos

1. Pregunte al cliente o a la persona encargada de su cuidado dónde puede lavar sus manos.
2. Extraiga del maletín el jabón y las toallas desechables. (Estos deben mantenerse en la parte más externa o en el bolsillo lateral con objeto de no contaminar otros artículos contenidos en el maletín).
3. Extienda una toalla desechable para garantizar un espacio limpio.
4. Coloque las toallas desechables restantes sobre ese espacio.
5. Abra la llave y aplique jabón líquido en sus manos. No reutilice las barras de jabón entre un cliente y otro.
6. Lave sus manos vigorosamente, enjuagúelas y utilice las toallas del espacio limpio para secarlas; utilice la misma toalla desechable para cerrar las llaves.
7. Si no dispone de agua corriente, utilice el lavado en seco y las toallas en forma similar.

nal de infección. La condición del cliente determina qué precauciones deben ser observadas. Las precauciones incluyen tapabocas, guantes, delantales, lentes o caretas según sea necesario. Todos los proveedores de atención de la salud deben seguir las precauciones universales. En el ámbito domiciliario los gorros y las polainas son utilizados en raras ocasiones o nunca.

La enfermera de salud comunitaria que no sigue las precauciones universales se arriesga a la censura profesional. Sin embargo, la meta consiste en conseguir una adecuada protección sin cubrirse exageradamente o aislar innecesariamente al cliente. Los contenedores para las jeringas u otros objetos cortantes (por ejemplo, las lancetas) usualmente son suministrados por la agencia o una farmacia. Los contenedores caseros deben estar elaborados en plástico a prueba de perforaciones con una cubierta tipo rosca. Se debe preparar una solución de agua e hipoclorito en una proporción 10:1 para cubrir los objetos contaminados antes de desecharlos en el basurero.

Lavado de las manos

Igual que en otras situaciones, el lavado de las manos entre los clientes, o sea, al comenzar y finalizar cada visita, es un componente esencial para el control de la infección en el hogar. Los materiales para el lavado de las manos se guardan en el maletín de enfermería. Éstos incluyen toallas desechables, jabón antibacterial líquido, una bolsa para los desechos y, en algunas situaciones, una solución de limpieza que no requiere agua.

EQUIPO NECESARIO

Contenido del maletín de enfermería

El maletín de enfermería se utiliza para portar los instrumentos que van a ser empleados durante la visita domiciliaria. Éstos incluyen los instrumentos para el examen físico (termómetro, tensiómetro, estetoscopio), guantes limpios y estériles, cinta métrica, bajalenguas, jeringas desechables estériles, linterna, tapabocas para RCP, pinzas grandes, aplicadores estériles, protectores oculares, campos estériles, delantales, pañitos humedecidos en alcohol, soluciones de limpieza, material para registrar las evoluciones y materiales educativos. El maletín generalmente tiene varios compartimentos para conservar los artículos por separado, tanto con fines de limpieza como organizadores. Las áreas más limpias del maletín están dispuestas desde el interior hacia fuera; el área más externa es la menos limpia e incluye artículos tales como el equipo para el lavado de las manos. Nunca se debe colocar el maletín en el suelo.

Limpieza casera del equipo

Es importante llevar fuera del domicilio el mínimo equipo contaminado o utilizado posible, reduciendo así la probabilidad de contaminación cruzada entre los clientes. Aunque es mejor utilizar equipos desechables o el propio equipo del paciente, cuando es necesario llevar el equipo ya utilizado la enfermera debe limpiarlo cuidadosamente antes de colocarlo en su maletín. Ella debe utilizar guantes desechables limpios y lavar el equipo usado con jabón bactericida. Objetos

Manejo del maletín

1. Nunca coloque el maletín de enfermería sobre el suelo.
2. Coloque el maletín sobre periódicos o bolsas plásticas limpias o cuélguelo en la perilla de una puerta.
3. Antes de lavar sus manos extienda una toalla desechable limpia. (Ver la nota al margen sobre el procedimiento del lavado de las manos).
4. Coloque siempre en la parte exterior del maletín los objetos no estériles. Éstos incluyen bolsas para los desechos, periódicos y elementos para el lavado de las manos, seguidos por los elementos educativos, las libretas de apuntes y el material impreso.
5. La sección más interna del maletín debe contener el equipo utilizado para la atención directa del paciente.

tales como los termómetros deben ser lavados con agua fría y jabón y desinfectados con alcohol. Mediante una cuidadosa planeación, la enfermera puede evitar la reutilización de los artículos en la mayoría de situaciones.

VALORACIÓN DEL CLIENTE POR PARTE DE LA ENFERMERA

El principal interés de la enfermera de salud comunitaria en la primera visita domiciliar es la valoración del cliente y la familia. Tradicionalmente se considera que la determinación de la condición física de un cliente corresponde al diagnóstico de la enfermedad, lo cual está dentro del alcance de la práctica médica. Sin embargo, las enfermeras también se han hecho eficientes en la utilización de las técnicas de la valoración física y estas habilidades ofrecen otra vía para la recolección de los datos de parte de la enfermera de salud comunitaria.

La valoración de enfermería es integral y, por tanto, más amplia que el enfoque médico para la recolección de los datos. Se trata de un proceso sistemático de recolección y análisis de la información física, psicológica, sociocultural, espiritual, económica, del desarrollo y estilo de vida; esta valoración provee una base para el diagnóstico de enfermería y para determinar un plan de atención con objeto de alcanzar los resultados deseados. Los procesos de valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación comienzan en la primera visita y continúan durante el curso de la atención del paciente.

El modelo de valoración utilizado por la enfermera de salud comunitaria a menudo es determinado por el empleador. Es importante que la agencia identifique un modelo que pueda ser utilizado por todo el personal para la recolección de los datos. Algunas agencias de atención domiciliar continúan utilizando el modelo médico para la valoración física, otras utilizan el modelo de enfermería para la valoración del patrón funcional de la salud y muchas utilizan una combinación de ambos modelos (médico y de enfermería) para valorar los patrones funcionales de salud.

La enfermería para la salud comunitaria ha sido tradicionalmente integral en su alcance y en su práctica. No obstante, en el clima actual de la contención de los costos—cuando son las finanzas más que las necesidades de los clientes las que pueden orientar los aspectos de la práctica de la enfermería— algunas agencias que pueden no estar interesadas en el enfoque integral de la atención de salud, utilizan un modelo de valoración para atender únicamente la principal queja del cliente. Esto con frecuencia constituye un reto para la enfermera de salud comunitaria. El Modelo de Alianza para la Salud expuesto en el capítulo 5 presenta una estructura que resulta útil para la comprensión de este reto y hace sugerencias para su posible solución.

Como miembro del equipo multidisciplinario para la atención de salud, la enfermera debe tener conocimientos sólidos de enfermería y valoración física. Esto le permite trabajar como un asociado efectivo del cliente y los otros profesionales de la salud pertenecientes al equipo.

Historia clínica del cliente

Cada examen físico comienza con la historia de la salud del cliente individual y su familia. Los puntos particulares que la enfermera decide incluir en la historia dependen de la condición del cliente y del interés de la visita. El método para la recolección de los datos también depende de las necesidades del cliente. Por ejemplo, un cliente que utiliza un respirador en su hogar puede ser incapaz de comunicarse verbalmente pero puede escribir sus respuestas. La enfermera le suministraría a este cliente implementos de escritura o una hoja escrita y un señalador a fin de lograr la recolección de los datos.

La historia clínica usualmente consta de cinco partes: (1) datos de identificación, (2) motivo de consulta y enfermedad actual, (3) antecedentes personales, (4) condición actual de la salud y (5) antecedentes familiares.

Datos de identificación. En esta parte se registran el nombre completo del paciente, la fecha y lugar de nacimiento, el sexo, la raza, el estado civil, la ocupación, la escolaridad, la religión y los antecedentes patológicos más recientes.

Motivo de consulta y enfermedad actual. La enfermera de salud comunitaria anota el inicio del problema actual, describe su evolución, síntomas, tratamientos y efectividad de los mismos. El motivo de consulta debe ser consignado en las propias palabras del cliente.

Antecedentes personales. Aquí se registran las enfermedades de la infancia y la edad adulta, los accidentes, las lesiones, las intervenciones quirúrgicas y las hospitalizaciones.

Condición actual de la salud. La enfermera registra todos los medicamentos que el cliente está ingiriendo (ya se trate de prescripciones o medicamentos de venta libre), alergias, consumo de alcohol y cigarrillos, uso de sustancias o drogas ilícitas, dieta, resultados de la citología y mamografía (para las mujeres), última prueba de tuberculina (PPD) o radiografía de tórax, nivel de colesterol, sangre oculta en heces, fechas de vacunación, patrón del sueño, ejercicio, peligros ambientales, nutrición y patrones de evacuación (micciones y hábito intestinal).

Antecedentes familiares. La historia familiar incluye la causa de muerte y el estado de salud de todos los miembros de la familia inmediata (es decir, el genograma que se discute en el capítulo 12). Aquí son relevantes los casos de diabetes, enfermedad cardíaca, cáncer, artritis, asma, alergias, enfermedad mental y abuso de sustancias.

Examen físico

La enfermera de salud comunitaria debe ser eficiente en la ejecución de la valoración física general. Durante el examen físico se realiza una inspección general y una revisión por sistemas. Se deben registrar los patrones respiratorios, los signos de cianosis o ictericia, la postura, la marcha, la higiene personal, la turgencia de la piel, la temperatura, la talla, el peso y los signos vitales.

La enfermera de salud comunitaria observa si el cliente está exagerado o mínimamente ataviado, si existe algún indicio de mala higiene, si sus ropas están sucias o limpias o si en éstas se percibe un olor a orina o materia fecal. Ella también registra los patrones de lenguaje del cliente; por ejemplo, la enfermera nota si la voz del cliente es ronca o si el cliente comete errores en la pronunciación de las palabras. La enfermera también evalúa el grado de conciencia, si el cliente está alerta o letárgico. Existen muchos recursos que la enfermera de salud comunitaria puede utilizar como una guía para la valoración física (Bates, Bickley y Hoekelman, 1995; Zang y Bailey, 1997).

Los siguientes pasos deben ser realizados para preparar el ambiente, el equipo y el cliente para el examen físico. Siempre que sea posible, el examen debe ser efectuado con un mínimo estrés y sin interrupciones, de modo tal que el ambiente ofrezca privacidad y comodidad. Es importante que el aire de la habitación se

encuentre suficientemente tibio para que al exponer una parte del cuerpo para su examen el paciente no sienta frío.

La iluminación debe ser adecuada y la enfermera debe tener espacio suficiente para movilizarse alrededor de la cama durante la valoración. La iluminación y el espacio pueden ser un problema en algunos ambientes domiciliarios, lo cual requiere que la enfermera invierta cierto tiempo en la preparación del área en la cual el paciente va a ser examinado. Puede ser necesario movilizar las luces y los muebles pero sólo después de obtener la autorización del cliente. La enfermera de salud comunitaria debe intentar conservar tibios tanto el equipo como sus manos durante el examen físico. Si es necesario, ella debe ayudar al cliente a cambiar de posición durante el examen.

RESPONSABILIDADES POSTERIORES A LA VISITA

Varias preguntas pueden ayudar a la enfermera de salud comunitaria a estimar el éxito de la visita. Las respuestas a estas preguntas pueden motivarla para incrementar o reducir la frecuencia de sus visitas, iniciar las remisiones, trasladar al cliente a un nivel de atención más adecuado (por ejemplo, un hospital) o finalizar sus servicios.

Notas de evolución

Igual que en el medio hospitalario, las notas de evolución escritas antes, durante y después de una visita domiciliaria son documentos legales. Todas las llamadas telefónicas realizadas o recibidas de parte de la familia o el cliente deben ser registradas, incluso cuando el cliente no contesta el teléfono, porque estas llamadas indican la intención de la enfermera de prestar sus servicios al cliente.

Toda la información concerniente a la visita misma también debe ser registrada. Esto puede hacerse en forma general inmediatamente después de la visita y luego se documenta en forma más detallada en el registro de salud del cliente cuando la enfermera regrese a la agencia. Ella debe consignar los cuidados efectivamente prestados así como la valoración y la educación en salud ofrecida al cliente o la persona encargada de su atención. Estas notas son importantes por varias razones: constituyen una fuente de continuidad en la atención del cliente, son una constancia legal de la visita y son importantes para la remuneración.

Cada agencia tiene su propio método de documentación. Dado que las agencias dependen del reembolso de un tercer partido y estos fondos son cada vez más difíciles de garantizar, la documentación de los servicios se ha hecho cada vez más importante. Cada agencia controla las notas de evolución para la documentación del servicio al cliente con objeto de garantizar la idoneidad clínica de la atención y la remuneración por los servicios prestados. Si la documentación no está escrita en forma aceptable, la agencia no será retribuida. Por tanto, es extremadamente importante que las notas de evolución sean escritas con claridad e indiquen los servicios reembolsables específicos suministrados así como la respuesta del cliente a la atención.

En caso de que la enfermera aplique una inyección de insulina al cliente, la documentación clara y precisa incluiría lo siguiente: la cantidad y el tipo de insulina, dónde y cómo fue administrada (por ejemplo, 15 unidades de insulina NPH o humana, administrada por vía subcutánea en la región deltoidea izquierda) y una descripción física del sitio de inyección (por ejemplo, la piel está intacta, sin evidencia de decoloración o cambio en la turgencia).

Interrogantes a analizar después de la visita

- ¿Logré el propósito de la visita? En caso negativo, ¿cuál fue la razón?
- ¿Qué información obtuve?
- ¿Cuáles fueron las actitudes del cliente y la familia (es decir, allegados) respecto a la visita?
- ¿Qué enseñanza se impartió? ¿Cómo puedo saber cuánto comprendieron el cliente y la familia?
- ¿Qué recursos comunitarios se encuentran disponibles y son aplicables?
- ¿Qué remisión o seguimiento debe planearse?

Al describir a un cliente con enfermedad de Parkinson con una marcha inestable, la enfermera podría escribir: marcha inestable, pobre equilibrio y temblores en el lado izquierdo incluyendo la pierna y el brazo; el cliente señala que siente vértigo cuando cambia de la posición supino a la posición sentado. El cliente requiere la colaboración parcial de un ayudante de atención domiciliaria (AAD) para realizar las actividades cotidianas (AVD).

La enfermera de salud comunitaria que instruye a un cliente sobre la dieta, debe incluir en las notas el número de calorías requeridas por el cliente, el conocimiento del mismo respecto a la nutrición así como otros aspectos específicos de la dieta si cabe mencionarlos. La capacidad del cliente para masticar, deglutir y conservar una función intestinal normal también hace parte de la valoración nutricional.

A menudo las notas de evolución se ingresan a las computadoras para un acceso más rápido a los servicios y además para un reembolso más rápido. La sistematización de los registros también hace que la medición de los resultados del paciente sea más fácil de seguir y las agencias, como parte del manejo de riesgo, son capaces de rastrear a los clientes que tienen problemas especiales. Las enfermeras y otros profesionales también pueden ser evaluados respecto a la atención que suministran o apartados de su agregado de clientes.

La sistematización ha influido enormemente en el reporte de la información relacionada con los clientes. Muchas enfermeras de salud comunitaria obtienen la información del cliente en un modem o al regresar a la agencia después de realizar las visitas. Una red sistematizada de datos permite una clasificación más rápida y completa de los datos para evaluar la calidad de los indicadores de la atención.

Remisiones

La enfermera de salud comunitaria puede necesitar remitir a un cliente a otros servicios para la atención de salud diferentes a la atención de enfermería. Los servicios a los cuales puede ser remitido un cliente incluyen distintos exámenes de detección [por ejemplo, pruebas auditivas o visuales, radiografías o resonancia magnética (RMN)]; una consulta médica; pruebas de laboratorio (por ejemplo, sangre y orina); servicios de urgencias; fisioterapia, terapia del lenguaje u ocupacional; trabajo social; AAD o ubicación en una residencia geriátrica. La enfermera de salud comunitaria también puede remitir al cliente para la obtención de un servicio de soporte alimenticio tal como comidas sobre ruedas. Las remisiones en caso de urgencia o crisis pueden incluir los servicios de protección para adultos, la Cruz Roja estadounidense (para solicitar albergue de emergencia), la unidad de crisis de salud mental del Department of Health o la agencia local de Protección frente a la Violencia Doméstica. Es obligatorio reportar los casos de abuso infantil. (En Estados Unidos existe una línea nacional para este fin: 1-800-635-1522).

La enfermera de salud comunitaria comenta con el cliente y a menudo con la familia las razones para efectuar la remisión; luego notifica al profesional de salud al cual es remitido el cliente. Muchas agencias tienen un formato estándar para las remisiones y pueden contar con un listado de agencias específicas a las cuales deben remitirse. Todas las remisiones deben ser aclaradas con el proveedor de la atención primaria al cual es remitido el cliente. La enfermera realiza una llamada telefónica o una visita de seguimiento para establecer si el cliente ha sido evaluado por la agencia a la cual fue remitido.

SUPERVISIÓN DE LOS AYUDANTES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

La supervisión del plan de atención de los ayudantes de atención domiciliaria (AAD) o los trabajadores del cuidado personal (TCP), es una responsabilidad importante de la enfermera de salud comunitaria. Los trabajadores domiciliarios pueden tener muchos títulos y la enfermera debe revisar el alcance del trabajo de cada uno de ellos de modo que puedan brindar una colaboración adecuada. La enfermera debe determinar el grado de colaboración requerido por el cliente y cómo ésta es suministrada por los AAD o TCP. Esta discusión está enfocada en el trabajo de los AAD.

La delegación de la atención de la enfermera de salud comunitaria al AAD está regida por el Acta de la Práctica de Enfermería de cada estado. En la mayoría de estados, dicha acta permite a las enfermeras delegar ciertas actividades de la atención de enfermería a individuos no licenciados; sin embargo, existen ciertas funciones de enfermería que no pueden ser delegadas, las cuales incluyen la valoración inicial y todas las evaluaciones subsecuentes que requieran un juicio profesional de enfermería; la elaboración de un diagnóstico, las metas o el plan de atención de enfermería y todas las intervenciones de enfermería que requieran un conocimiento y habilidades profesionales (ANA, 1995).

La delegación no libera a la enfermera de salud comunitaria de su responsabilidad en la atención del paciente. Por tanto, el AAD nunca realiza una atención profesional. Ésta incluye la administración del medicamento al cliente a menos que esté estipulado por las juntas de autorización de profesionales o el Departamento de Salud. El AAD puede ayudar a los clientes llevándoles el medicamento o abriendo el contenedor por ellos, pero los clientes deben ser capaces de administrarse su propio medicamento.

La enfermera de salud comunitaria elabora el plan de atención para el cliente y observa que este sea ejecutado por el AAD. El plan especifica la atención física del cliente por parte del AAD, incluyendo la alimentación y las necesidades dietéticas, los cambios de posición del cliente, los ejercicios de movimiento, los paseos, la colaboración con los medicamentos, la higiene; además de vestirlo, cuidar de su piel, registrar la ingestión de líquidos y la eliminación de la orina, la temperatura, el pulso y la respiración (figura 11-5). La figura 11-5 es un ejemplo de un formato utilizado para orientar el trabajo del AAD o TCP.

*E*L TRABAJO CON OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE SALUD COMUNITARIA

Algunas universidades cuentan con centros de enfermería para apoyar los programas de detección ambulatoria o los servicios de visitas domiciliarias para la práctica de sus docentes y el aprendizaje de sus estudiantes. Ellos pueden colaborar con otras agencias de financiación para prestar su atención a los clientes comunitarios necesitados, frecuentemente sin costo para el cliente. Una alianza entre una facultad de enfermería y un centro de servicio social para la salud comunitaria, podría ofrecer atención domiciliaria y programas de detección a los clientes geriátricos de la comunidad de modo que no queden excluidos del sistema de atención de la salud. Estas alianzas atienden a los clientes que, por ejemplo, no están suficientemente enfermos para requerir las visitas domiciliarias pero a menudo necesitan el respaldo de un visitante conocedor. Estas alianzas están creciendo en el campo de la enfermería parroquial. Todas las comunidades religiosas son ambientes potenciales para las redes de apoyo de ayudantes encargados de la atención.

()AAD ()TCP

____DÍAS X _____ HORAS VENDEDOR_____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

(POR FAVOR REVISE CON EL PARAPROFESIONAL EL PLAN DE ATENCIÓN Y ACTUALÍCELO SEGÚN SEA NECESARIO)

SERVICIOS A SUMINISTRARINSTRUCCIONES

CUIDADO ORAL: _____

CUIDADO DE LOS PIES: _____

CHAMPÚ: () EN CAMA () EN EL FREGADERO () EN LA BAÑERA _____

CUIDADO DE LA PIEL: () CREMA () MASAJE _____

CUIDADO DE LAS UÑAS: () MANOS () PIES _____

BAÑO: () EN CAMA () ESPONJA () EN LA BAÑERA () EN LA DUCHA _____

MICCIONES/DEPOSICIONES: () PAÑAL () BACINILLA () ORINAL () INODORO _____

VESTUARIO: () SUPERIOR () INFERIOR () CALZADO _____

OTROS, ESPECIFICAR _____

PREPARACIÓN DE ALIMENTOS: () DESAYUNO () ALMUERZO () COMIDA () MERIENDA

DIETA () _____ LÍQUIDOS (SIN RESTRICCIÓN) _____ LIMITADA _____

ALIMENTAR AL PACIENTE _____ COLABORAR CON SU ALIMENTACIÓN _____

() CORTAR LOS ALIMENTOS () SERVIR LA BANDEJA _____

DEAMBULACIÓN: () MULETAS () CAMINADOR () BASTÓN () VIGILAR _____

TRASLADOS: () COLABORACIÓN TOTAL () COLABORACIÓN PARCIAL _____

CAMBIO DE POSICIÓN: () COLABORACIÓN TOTAL () COLABORACIÓN PARCIAL _____

RANGO DE MOVIMIENTO _____ ACTIVO _____ PASIVO _____

MANEJO DEL CATÉTER (ESPECIFICAR) _____

MANEJO DE LA OSTOMÍA (ESPECIFICAR) _____

CONTROLAR Y REGISTRAR: INGESTA _____ ELIMINACIÓN _____

CONTROLAR Y REGISTRAR: FC _____ FR _____ T° _____ ORAL _____ RECTAL _____ AXILAR _____

MEDICAMENTOS _____ COLABORAR _____ RECORDAR _____

FIRMA: _____ FECHA _____

FIGURA 11-5 Plan de atención a ejecutar por el ayudante de atención domiciliaria o el trabajador de cuidado personal.*A*TENCIÓN DOMICILIARIA PARA LOS INDIGENTES

Si la persona indigente que reside en un albergue es remitida a la enfermera de salud comunitaria, la visita se lleva a cabo del mismo modo que si se tratara de cualquier cliente que reside en domicilio propio. Sin embargo, con frecuencia es el personal o posiblemente otros residentes del albergue quienes brindan al cliente su apoyo más que la familia o los amigos. Cuando toda una familia convive en el mismo albergue, los miembros pueden ofrecer su respaldo al cliente. No obstante, la vida en el albergue puede ser estresante y puede comprometer la capacidad de la familia para satisfacer las necesidades del cliente.

El apoyo a las necesidades del cliente a menudo depende de un gran número de variables, como el tamaño y tipo de albergue. Algunos albergues permiten a los residentes y las familias estancias a largo plazo con objeto de brindarles la oportunidad de encontrar un empleo o una vivienda que puedan costear. Otros ofrecen permanencias limitadas a 30 días. Aunque algunas de las personas indigentes en los albergues están desempleadas y muchas otras tienen empleo, sencillamente son incapaces de pagar una vivienda. Algunas han experimentado un desastre que destruyó su hogar (por ejemplo, un incendio o inundación). Otros albergues sólo proporcionan servicios a corto plazo. Estos pueden incluir un lugar en el cual residir mientras se supera el desastre natural o simplemente ser alojamientos de emergencia para dormir una o dos noches.

Un gran reto para la enfermera de salud comunitaria es la atención del cliente que vive en la calle. Si el cliente permanece en un área específica, la enfermera puede llevar los implementos necesarios (por ejemplo, para cambiar un vendaje) y atender al cliente en la calle. Dado que las visitas callejeras no son reembolsables, su factibilidad depende de los criterios de la agencia local de la salud comunitaria. La mayoría de agencias exigen una dirección específica para aceptar una remisión y otras sienten que la visita callejera es insegura y no aceptan atender a tales clientes. Estas políticas excluyen al cliente del sistema de atención de salud.

RESUMEN

En este capítulo se revisaron los componentes de una visita domiciliaria, incluyendo la planeación, ejecución y el registro de la visita. Otros aspectos discutidos incluyen el desplazamiento, las consideraciones de la seguridad, la comunicación, las metas, las prioridades, los procedimientos posteriores a la visita y la documentación. También se describen las precauciones universales, el lavado de las manos y los implementos necesarios tales como el maletín de enfermería y su contenido. Se revisó la supervisión de los AAD y otro personal domiciliario no licenciado, y se discutió la prestación de la atención para los indigentes.

PALABRAS CLAVE

Planeación de la visita

Equipo de enfermería para las visitas domiciliarias

Responsabilidades posteriores a la visita

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas.

1. La enfermera de salud comunitaria llama al señor Smith antes de realizar una visita domiciliaria. El señor Smith comenta, "Todavía tengo este dolor en el pecho después de tres dosis de nitroglicerina". La enfermera debe indicarle al señor Smith lo siguiente:
 - A. Llamar a su médico.
 - B. Telefonar al 911 para obtener atención de urgencia.
 - C. Tomar otra dosis de nitroglicerina.
 - D. Acostarse y esperar la visita de la enfermera.

2. La primera persona que debe visitar la enfermera en la mañana es:
 - A. La señora Handl, una paciente diabética insulino-dependiente quien está aprendiendo la técnica de la inyección.
 - B. El señor Gerale, un hombre ciego y solitario que tiene cáncer.
 - C. El bebé Front, un niño con peso normal que según su madre no está comiendo suficientemente.
 - D. La señorita O'Mally, una desertora escolar, soltera y embarazada.
3. ¿Cuál de los siguientes clientes necesita una remisión a la unidad de salud mental?
 - A. La señorita Galy, quien se encuentra triste por haber perdido su trabajo debido a una prolongada hospitalización.
 - B. El señor Smeet, que está hablando de poner fin a su vida.
 - C. El señor Cammero, que está disgustado porque la cirugía de su esposa no tuvo éxito.
 - D. La señorita Larop, que se encuentra ansiosa respecto a la fisioterapia.
4. La enfermera de salud comunitaria visita en su séptimo mes de embarazo a una adolescente que ha realizado una insuficiente preparación para el nacimiento de su hijo. ¿Cuál de los siguientes comentarios de la enfermera sería el más apropiado?
 - A. "¿Por qué te embarazaste si no querías tener un bebé?"
 - B. "Tendrás tiempo suficiente para prepararte para la llegada de tu bebé si comienzas ahora".
 - C. "¿Cómo se preparó tu madre para tu nacimiento?"
 - D. "Dime lo que piensas respecto a estar embarazada".
5. La enfermera de salud comunitaria realiza una vista domiciliaria a un cliente a quien le acaban de diagnosticar diabetes. El cliente vive con su esposa y tres hijos adultos y tiene dificultades para seguir una dieta apropiada. La enfermera y el cliente planean que la próxima visita sea efectuada en la noche porque:
 - A. Toda la familia estará presente y pueden discutir la dificultad del cliente para seguir su dieta.
 - B. El hogar del cliente queda camino a casa de la enfermera y será su última visita en el día.
 - C. La enfermera podrá reunirse con los miembros de la familia para valorar sus necesidades.
 - D. La enfermera desea educar a la familia respecto a la diabetes y la dieta apropiada.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es B.* La persistencia del dolor torácico requiere atención inmediata.
2. *La respuesta es A.* Las dosis rutinarias de insulina se administran en la mañana.
3. *La respuesta es B.* Las ideas suicidas requieren intervención inmediata.
4. *La respuesta es D.* Una pregunta abierta permite que el cliente exprese cómo se siente.
5. *La respuesta es D.* Trabajar con toda la familia ofrece un máximo respaldo al cliente.

REFERENCIAS COMENTADAS

American Nurses Association. (1995). *The ANA basic guide to safe delegation*. Washington, DC: Autor.

Las pautas para la delegación por parte de la enfermera son presentadas desde el punto de vista de esta asociación profesional.

Bates, B., Bickley, L. S., & Hoekelman, R. A. (1995). *A packet guide to physical examination and history taking*. (2ª ed.). Filadelfia: J. B. Lippincott.

En este texto se revisan los aspectos esenciales del examen físico.

Community Health Accreditation Program. (1996). *Benchmarks for excellence in home care*. Nueva York: Autor.

Los resultados de la excelencia de las agendas de atención domiciliaria son identificados para rastrear las continuas mejoras así como para su comparación con otras agencias.

Zang, S. A., & Bailey, N. C. (1997). *Home care manual. Making the transition*. Filadelfia: J. B. Lippincott.

Este manual de bolsillo constituye una excelente referencia para las enfermeras que se inician en la práctica de la atención domiciliaria.



VALORACIÓN DE LA SALUD FAMILIAR

DEFINICIÓN DE LA FAMILIA

La salud de la familia se refleja en la salud de la comunidad; familias sanas significan comunidades sanas. Al promover y proteger la salud familiar, la enfermera de salud comunitaria mejora y preserva la salud de la comunidad. La familia es entonces un cliente importante de esta enfermera profesional.

La familia es una estructura social vital en toda comunidad. Las definiciones de la familia tienden a referirse a las relaciones de consanguinidad y un sistema compartido de valores, pero las familias son tan diversas como los individuos que las componen. Una familia puede estar constituida por una persona soltera o estar compuesta por una mujer anciana y sus seis perros y gatos. Otras familias pueden consistir en redes multigeneracionales de personas o incluir compañeros o amigos que no tienen lazos de consanguinidad. Algunos utilizan el término "parentesco" para referirse a la familia biológica, es decir, a los parientes por sangre o ancestro y "vínculo" para referirse a las amistades, conocidos y asociados. En estos términos, la familia por vínculo es la familia que uno escoge y la familia de parentesco es en la cual uno nace; uno puede pertenecer simultáneamente a las dos.

La familia es un sistema social viviente, fuente tanto de gran tensión como de recursos de apoyo. "La familia es el principal y más poderoso sistema emocional al cual pertenecen los seres humanos y ...constituye el mayor recurso potencial así como la mayor fuente de estrés" (Fogarty, correspondencia personal, 1997; Fogarty, 1976; Fogarty, 1975). Los lazos emocionales entre los miembros de las familias se encuentran entre los más iniciales y poderosos lazos experimentados, conectando entre sí a los miembros de la familia a lo largo de sus vidas y aun después de su muerte, trascendiendo el tiempo, la distancia y los conflictos. Esta conexión emocional es una característica básica de la familia.

Con frecuencia es fácil valorar los patrones extraviados y disfuncionales de una familia; los problemas de muchos de sus miembros resultan obvios para la enfermera de salud comunitaria. Dilucidar las fortalezas de una familia puede ser más difícil. Sin embargo, es importante considerar a la familia como una fuente de fortalezas reales y potenciales que le otorgan el poder para afrontar sus problemas y desafíos. Las fortalezas de la familia son los recursos internos que pueden ser traducidos en formas concretas mediante las cuales la familia nutre, protege y orienta a sus miembros. Por otra parte, la familia también es una fuente de estrés. De hecho, el estrés es un suceso natural y necesario en la vida familiar.

El estrés motiva a la familia a enfrentar sus desafíos y movilizar sus recursos utilizando su propio estilo de afrontamiento. Naturalmente, si las fortalezas y los recursos internos están agotados y el estrés está fuera de control, los miembros de las familias recurrirán al comportamiento defensivo en un esfuerzo por protegerse a sí mismos. Generalmente, sin embargo, la familia será capaz de afrontar su estrés confiando en las fortalezas que ya posee o desarrolla en su esfuerzo por hacer frente a las tareas de la vida diaria.

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

Definición de la familia

La familia como cliente

Patrones familiares funcionales y disfuncionales

Resumen

*L*A FAMILIA COMO CLIENTE

La enfermera de salud comunitaria atiende a los miembros individuales de la familia, a la familia como unidad y a la familia en el contexto de la comunidad (Bomar, 1996; Friedman, 1992; Kirschling, Gillis, Krentz, Camburn, Clough, Duncan, Hendricks, Howard, Roberts, Smith-Young, Tice y Young, 1994; Wegner y Alexander, 1993). La salud de la comunidad depende de la salud de sus miembros todos los cuales, por cierta definición, son miembros de familias. Por tanto, la enfermera de salud comunitaria debe identificar las necesidades comunes entre las familias de la comunidad para ser capaz de manejar sus inquietudes relacionadas con la salud familiar.

Subsistemas dentro de las familias

La familia es un sistema compuesto por miembros individuales que establecen distintas agrupaciones entre sí. Dos miembros en interacción forman lo que se conoce como una **dupleta**. Tres miembros en interacción forman una **triada**. Las agrupaciones interactuantes de miembros que abarcan las distintas generaciones se conocen como **jerarquías generacionales**. Estas distintas configuraciones, además de los miembros individuales, constituyen los subsistemas del sistema familiar.

La posición que un miembro ocupa en las configuraciones diádica, triádica o jerárquica es dinámica; es decir, los miembros de estas agrupaciones fluyen constantemente. De este modo, las relaciones familiares están caracterizadas por un cambio dinámico; las posiciones en la familia cambian continuamente. Tanto las relaciones cercanas como las periféricas pueden cambiar. Las transacciones entre los miembros de la familia son evidenciadas por la enfermera de salud comunitaria que valora la función y los patrones de comunicación de la familia. La enfermera descifra la red de relaciones familiares para comprender cómo los miembros se relacionan entre sí, cómo la familia funciona como unidad y finalmente, cómo la familia se relaciona con la comunidad general.

Subsistemas dentro de las familias

Dupleta - dos personas en interacción

Triada - tres personas en interacción

Jerarquías generacionales - interacciones entre las generaciones

La familia como un sistema abierto

Un *sistema abierto* funcional -tal como la familia sana-, está abierto a su ambiente, el cual está rodeado por límites semipermeables que definen sus confines mientras permiten el intercambio con el ambiente general a través de las entradas y las salidas. La *entrada* es la información que ingresa a un sistema proveniente del ambiente general y la *salida* es la información aportada por el sistema al ambiente general. El recambio es el procesamiento de la información dentro del sistema. Tal intercambio es característico de los sistemas abiertos. La familia funcional es un sistema abierto; existe en un ambiente con el cual interactúa, del cual deriva la entrada y al cual le aporta su salida. Esta apertura es necesaria para la supervivencia y el crecimiento del sistema. La familia actúa como un amortiguador, filtrando la información que ingresa y egresa hacia los sistemas más generales. Por tanto, cada familia debe ser considerada en el contexto de su ambiente general.

Las familias y la orientación en las metas

Los sistemas humanos funcionales avanzan intencionalmente hacia las metas. Cada familia tiene el potencial para definir sus propias metas significativas y escoger los

pasos que dará para lograrlas. El sentido del propósito y la dirección de una familia le brinda el combustible necesario para mantenerse a sí misma; la orientación en las metas puede brindarle a una familia una esencia de orden en momentos por lo demás estresantes y caóticos.

Las metas que las familias se esfuerzan por alcanzar varían con el tiempo y de una familia a otra. Para algunas familias que viven en la pobreza o agobiadas por la tensión económica, la meta de la supervivencia misma adquiere precedencia mientras las demás metas, aunque reconocidas como deseables, son inalcanzables. Las metas de algunas familias pueden incluir la educación, el empleo, los planes recreacionales, la reubicación geográfica, una nueva vivienda y la salud. El avance hacia las metas permite a la familia tornarse más compleja y diversa, características que indican la capacidad de la familia para funcionar en forma más efectiva. No obstante, el enfoque en las metas es definido por cada familia y la consecución de las mismas corresponde a un proceso continuo. Este proceso de definición y logro de las metas es replanteado por las familias a medida que éstas cambian con el transcurso del tiempo.

Funcionamiento integral de las familias

La familia funciona integralmente, o sea, si un miembro está enfermo entonces todo el sistema familiar experimenta un *malestar* o desequilibrio. De este modo, la experiencia de un individuo afecta a la familia en su totalidad.

Los miembros están conectados entre sí mediante lazos de relación (Minuchin, 1974). Si un miembro está agotado o angustiado, entonces toda la familia experimenta en cierto grado el agotamiento y la angustia. La enfermera enfoca su atención en los miembros individuales particularmente necesitados, pero sin dejar de atender a toda la familia. La familia es una *unidad* y la enfermera de salud comunitaria la trata como tal; más que considerar a un miembro individual de la familia como el cliente de su interés y a los miembros restantes como una red de apoyo, la enfermera de salud comunitaria considera a toda la familia como su cliente. El *malestar* familiar requiere una intervención enfocada en la familia. La enfermera emplea sus habilidades en la dinámica de grupo para trabajar con la familia como conglomerado (Clark, 1994).

Proceso familiar

Las familias funcionan por medio de acciones y transacciones. Estas acciones y transacciones se denominan proceso familiar, que incluye el particular estilo que cada familia tiene para interactuar consigo misma y cumplir sus funciones. La enfermera de salud comunitaria puede discernir el proceso familiar observando cómo la familia se relaciona y cuida a sus miembros, negocia con la enfermera y la comunidad general y satisface sus propias necesidades.

Frecuentemente el proceso familiar es automático. En realidad, la enfermera de salud comunitaria puede ser testigo de patrones familiares que se han repetido durante generaciones. Sin embargo, los nuevos problemas enfrentados por cada generación requieren que cada agrupación familiar intente encontrar sus propias soluciones; es decir, las familias no están destinadas a repetir patrones que pueden ser limitadores o agobiantes. Cada familia tiene la capacidad de ser diferente y establecer sus propios patrones: capacidad de distinguirse. El cambio siempre es posible. Las familias sanas tienen la capacidad de cambiar y transformarse a sí mismas.

ATRONES FAMILIARES FUNCIONALES Y DISFUNCIONALES

Observar cómo funcionan las familias ayuda a la enfermera de salud comunitaria a definir los parámetros para valorar el bienestar familiar. La enfermera es experta en la valoración tanto de los patrones funcionales de las familias que están bien como de los patrones disfuncionales resultantes cuando las familias desarrollan defensas para manejar un estrés intolerable. Al responder al estrés, todas las familias desarrollan defensas para proteger su integridad; sin embargo, cuando las defensas se convierten en patrones continuos más que en respuestas a episodios específicos, entonces puede producirse un patrón de disfunción familiar. La enfermera sabe que las interacciones de enfermería con una familia representan únicamente los intercambios familiares en un punto particular del tiempo, en forma muy similar a como una fotografía capta un momento de acción. Es importante que la enfermera determine si este intercambio es indicativo de un patrón continuo de disfunción en la dinámica familiar o si el intercambio está relacionado con una nueva situación en el interior de la misma. Las familias se defienden a sí mismas con objeto de proteger a sus miembros y su capacidad para funcionar. Los patrones disfuncionales se desarrollan cuando las habilidades para el afrontamiento se agotan o ya no resultan efectivas, y las defensas son utilizadas de manera repetida y no episódicamente, convirtiéndose en la forma habitual de interacción de la familia. La enfermera de salud comunitaria está interesada no sólo en la dinámica y los aspectos de cada familia como una entidad única, sino también en los patrones que enlazan a las familias entre sí y que señalan los problemas y las preocupaciones compartidas por las familias de la comunidad. La enfermera de salud comunitaria se interesa por cada familia a medida que ésta crece y maneja las inquietudes de la atención de salud y de la adversidad, y se preocupa además por los problemas y aspectos compartidos por las familias tales como las fortalezas, los riesgos y los problemas comunes. La identificación de las inquietudes comunes entre las familias permite a la enfermera desarrollar una agenda para la salud familiar basada en la comunidad.

Patrones funcionales de la dinámica familiar

La enfermera de salud comunitaria desarrolla su conocimiento y habilidad en la valoración familiar para prestar una atención basada en la familia, identificando las inquietudes familiares de la salud que requieren soluciones familiares. Ella busca impartir el conocimiento y las habilidades que permitan a la familia cuidar de sí misma y afrontar y solucionar sus propios problemas. La enfermera trabaja como un socio compartiendo su conocimiento y habilidades, que la familia puede entonces integrar a su propia práctica. Para que la enfermera identifique las inquietudes respecto a la salud, debe realizar una completa valoración de la salud familiar. Las categorías de la valoración que deben ser examinadas por la enfermera de salud comunitaria se encuentran identificadas en la Family Wellness Assessment Guide. Esta guía puede ser utilizada para recolectar los datos de la valoración (figura 12-1).

Patrones de la vida diaria. La valoración de los patrones de la vida diaria ofrece a la enfermera de salud comunitaria indicios sobre la capacidad de la familia para desempeñar las funciones rutinarias comunes a todas las familias. Esta categoría de valoración puede incluir las preferencias nutricionales de los miembros, sus ciclos de sueño/vigilia/reposo, su capacidad para el trabajo y las actividades recreativas, la práctica de ejercicio, las expresiones de la sexualidad y los logros

Patrones funcionales de la dinámica familiar

Patrones de la vida diaria
Transmisión multigeneracional
Límites y diferenciación
Papeles familiares
Patrones de comunicación
Normas y valores
Toma de decisiones
Poder
Conflicto y estrés
Energía
Cambio
Ambiente
Propio cuidado

Patrones de la vida diaria

Nutrición
Sueño/vigilia/reposo
Trabajo/ocio
Actividad física
Sexualidad
Educación

FIGURA 12-1

Guía para la valoración del bienestar de la familia

Familia _____ Domicilio _____
I. CONSTELACIÓN FAMILIAR A. Genograma B. Miembros que residen en el hogar -nombre, fecha de nacimiento, sexo, ocupación C. Miembros que no residen en el hogar -nombre, fecha de nacimiento, sexo, ocupación, domicilio II. PATRONES COTIDIANOS A. Nutrición -valoración del estado nutricional de los miembros, preparación de las comidas, aspectos económicos, oportunidades de socialización B. Sueño/Vigilia/Reposo -patrón del ciclo de sueño-vigilia, conveniencia del espacio para dormir, seguridad C. Trabajo/Esparcimiento -balance entre el trabajo y la recreación, suficiencia del apoyo financiero de la familia, fuentes de sostén económico, recursos para las actividades lúdicas D. Actividad y acondicionamiento físico -patrón de ejercicio, tipos de actividad física, motivación E. Sexualidad -satisfacción, expresión sexual, protección F. Educación -nivel educativo y metas de los miembros III. DINÁMICA INTRAFAMILIAR A. Patrones de comunicación 1. Relaciones entre cada dupla 2. Relaciones de la familia como unidad 3. Relaciones extrafamiliares -amigos, vecinos, organizaciones, actividades sociales B. Funciones 1. Funciones adoptadas por cada miembro 2. Naturaleza de las funciones -flexible, complementaria, recíproca 3. Funciones identificadas no desempeñadas C. Patrones relacionados con la toma de decisiones -por consenso, acomodación, de hecho, unilateral, indecisión D. Normas y valores -cultura, religión, tradiciones espirituales, prioridad otorgada a la salud E. Distribución del poder entre los miembros -poder personal y compartido F. Patrones de manejo de los conflictos -aspectos importantes y fuentes de estrés, solución G. Energía para lograr las tareas y metas -patrones de flujo, bloqueos, fuentes de agotamiento y recuperación H. Capacidad de la familia para cambiar y crecer con el tiempo-identificación de las metas y los recursos para alcanzar las metas

IV. AMBIENTE

- A. Vivienda -tipo, condición, contexto en la comunidad
- B. Recursos disponibles -baño, cocina, refrigeración, suministro de agua, calefacción
- C. Seguridad -peligros
- D. Uso de los recursos comunitarios

V. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD SOBRE LA FAMILIA -qué sucede cuando la familia se ve afectada por una enfermedad y cuando la enfermedad es crónica o terminal**VI. ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN FAMILIAR**

- A. Riesgos de la salud familiar
- B. Problemas de la salud familiar
- C. Fortalezas de la salud familiar

VII. AUTOVALORACIÓN DE LA FAMILIA -capacidad para su propio cuidado**FIGURA 12-1 (continuación)**

Guía para la valoración del bienestar de la familia

educativos. Cada uno de estos patrones aporta un nutrimento básico al sistema familiar y le permite crecer y desarrollarse, cumplir sus funciones y alcanzar sus metas. La frustración de estas necesidades básicas da como resultado el debilitamiento del sistema familiar.

El *estado nutricional* de la familia puede investigarse mejor, por medio de un recuento de la ingesta dietética durante 24 horas (o más). Las variaciones correspondientes a los miembros individuales deben ser tenidas en cuenta dado que no todos los miembros de la familia consumen las distintas comidas juntos. Además del análisis de la ingesta dietética, la enfermera de salud comunitaria considera el significado que la alimentación tiene para la familia y cómo se utilizan las comidas para la socialización e interacción familiar. Algunas familias pueden optar por ver televisión juntas mientras comen, otras pondrán la mesa y desconectarán el teléfono para evitar las interrupciones durante las comidas y otras esperarán que los miembros individuales preparen su propia comida o la tomen de una olla común.

La apreciación de los patrones culturales de alimentación también es crítica para la valoración del estado nutricional realizada por la enfermera, puesto que el alimento tiene distintos significados en las diferentes culturas. La enfermera de salud comunitaria debe familiarizarse con el significado de la comida para cada familia particular. Otras consideraciones incluyen quién compra los alimentos, quién prepara las comidas y quién lava los utensilios después de éstas. Además, la enfermera debe considerar la capacidad económica de la familia para atender sus necesidades nutricionales. Con frecuencia las enfermeras enseñan a las familias a adquirir alimentos más nutritivos, dadas sus restricciones económicas. También ofrecen orientación respecto a la relación de la dieta de la familia y los patrones establecidos tales como la pirámide alimenticia.

Los *ciclos de sueño/vigilia/reposo* son ciclos circadianos que proveen la energía para desarrollar las actividades diarias. La enfermera de salud comunitaria se interesa en la capacidad de cada miembro de la familia para obtener el sueño y descanso necesarios que le permitan sentirse dispuesto para las actividades cotidianas, y está igualmente interesada en las necesidades de los miembros de la familia de contar con un espacio privado, tranquilo y adecuado para dormir y descansar. El espacio puede ser un producto muy costoso y la inconveniencia de

las viviendas constituye un serio problema de salud pública. Muchas familias carecen de hogar o viven en viviendas impropias. Los problemas relacionados con la calefacción, la ventilación, los roedores y la insuficiencia de espacio o camas son comunes en la vida de muchas familias. Otra consideración corresponde a los sitios designados por la familia para dormir. En este punto la cultura constituye claramente un aspecto para tener en cuenta, ya que algunos miembros pueden estar acostumbrados a dormir en el suelo o juntos en una habitación. Es dentro del contexto cultural que el desarrollo psicosexual y la necesidad de privacidad deben ser juzgados. La enfermera debe sopesar los aspectos familiares y culturales frente a la posibilidad de un impedimento para el crecimiento y la seguridad personal. El abuso sexual es frecuente y la enfermera debe estar alerta a los signos que indiquen los posibles casos.

El *equilibrio entre el trabajo y el esparcimiento* de la familia es otro patrón de la vida diaria. El trabajo generalmente proporciona cierta clase de actividad voluntaria que permite que el miembro adulto de la familia contribuya a su estabilidad económica. La capacidad de un miembro para trabajar puede estar muy influida por su estado de salud. La enfermera de salud comunitaria debe optimar la condición personal de salud de cada integrante apoyándolo en su búsqueda de trabajo remunerado, trabajo voluntario y actividades de esparcimiento que sean personalmente significativas. Si el cliente lo desea, la enfermera puede hacer remisiones para el entrenamiento laboral familiarizándose con los recursos de entrenamiento laboral disponibles en la comunidad y con el mecanismo de remisión. El esparcimiento es a menudo desatendido por las familias, aunque éste brinda un equilibrio al trabajo y ayuda a manejar las tensiones de la vida diaria. La enfermera de salud comunitaria debe enterarse sobre las instalaciones recreativas existentes en la comunidad incluyendo parques, centros comunales, programas especiales para padres, centros para adolescentes, grupos de scouts y otras oportunidades para la diversión que la familia puede disfrutar.

La *actividad física* contribuye al gozo y la satisfacción personal con la vida. Además, el acondicionamiento está correlacionado con la salud como una estrategia para reducir el riesgo de diversas condiciones patológicas. El ejercicio con un fin determinado constituye, por tanto, una importante consideración de salud para todos los miembros de la familia. La enfermera de salud comunitaria determina la proporción en la cual los miembros tienen tiempo para la actividad física y la conveniencia de las distintas actividades según su estado de salud. La enfermera evalúa los tipos de ejercicio escogidos por los miembros y los orienta respecto a la seguridad y la prevención de los accidentes. La motivación es a menudo un factor limitador en este aspecto de la vida diaria; la enfermera puede discutir los riesgos de la salud individuales asociados con la escasez o ausencia de actividad física y puede ofrecer a los miembros estrategias para incorporar la actividad física a sus vidas. Algunos integrantes se beneficiarán con las pautas recomendadas respecto a los regímenes de actividad física diaria, mientras otros necesitarán indicaciones para realizar los ejercicios en la silla o la actividad física progresiva luego de una hospitalización por una condición que diezmaba su salud.

La *sexualidad* hace parte de un patrón de la vida diaria. Se trata de una parte sana y natural de la vida. Toda valoración de la salud debería incluir una valoración de la sexualidad. La sexualidad no se limita a la práctica de las actividades sexuales; ésta comprende las actitudes, las creencias y los valores que son determinados por las familias y la cultura así como por la función del individuo, su identidad, sus pensamientos y sentimientos sobre las relaciones. La enfermera de salud comunitaria se interesa por la satisfacción de las necesidades sexuales de los miembros individuales, el grado en el cual ellos se sienten complacidos consigo mismos y con sus vidas sexuales, y por la calidad y naturaleza de sus relaciones.

Los proveedores de atención de salud a menudo se sienten incómodos y están mal preparados para considerar la historia sexual como parte de la valoración de salud, aunque se trata de un aspecto fundamental. La enfermera de salud comunitaria incluye la evaluación de la sexualidad como parte de tal valoración. La evaluación de la satisfacción con la propia vida sexual y la capacidad de encontrar la expresión sexual son componentes importantes de la valoración. La enfermera es imparcial al aceptar las preferencias y experiencias de los miembros de la familia y es particularmente consciente de aceptar las diferencias individuales en la orientación sexual. Finalmente, la enfermera está interesada en la seguridad de las distintas prácticas sexuales (por ejemplo, el correcto uso de los preservativos). La salud sexual corresponde a un área importante de la educación y orientación de la salud.

Las *metas educativas* de los miembros de la familia también son clave para la salud y su valoración. La enfermera de salud comunitaria debe estar alerta a las oportunidades educativas de cada miembro de la familia y, en particular, de los integrantes más jóvenes. La comunicación con la enfermera escolar consiste en una forma importante de colaboración de enfermera a enfermera para consultar respecto al estado educativo y la condición de salud de los niños. El desempeño escolar a menudo se ve afectado cuando la salud se encuentra comprometida y la enfermera puede ser un instrumento para la temprana solución de los problemas de salud al realizar la detección de los mismos y su valoración.

La enfermera de salud comunitaria puede encontrar niños que no asisten al colegio por distintas razones. Las familias en albergues transitorios pueden considerar que es más traumático ingresar y salir frecuentemente de los diferentes planteles que permanecer fuera de éstos. En ocasiones, los miembros más jóvenes permanecen en el hogar para ayudar a un progenitor enfermo o a quien está encargado de la atención. Las guarderías y los programas preescolares también son importantes para los padres trabajadores y los niños que tienen un riesgo de retardo en el desarrollo o en quienes éste ya ha sido identificado. Generalmente, la enfermera se preocupa por conectar los recursos educativos de la comunidad con los miembros de la familia cualquiera que sea su edad o circunstancia. La educación constituye a menudo una manera para que los integrantes superen las expectativas de la familia; la educación puede ofrecerles la forma de sobresalir y otorgarse a sí mismos poder como miembros de la familia y la comunidad. Las instituciones educativas también brindan oportunidades para la socialización y la identificación de las inquietudes y los problemas del aprendizaje y la salud.

Los patrones funcionales de la vida cotidiana corresponden a necesidades básicas de la vida familiar. La enfermera de salud comunitaria con frecuencia se cruzará con familias que tienen una limitada o debilitada capacidad para suplir estas necesidades lo cual, a su vez, afecta la salud de la familia. La enfermera de salud comunitaria se dedica a ayudar a las familias a satisfacer las exigencias de la vida diaria a través del restablecimiento y la conservación de estos patrones de la salud.

Transmisión multigeneracional. El hecho de que los patrones y las prácticas de la salud puedan ser transmitidos de una generación a otra, da lugar al concepto de la transmisión multigeneracional (Bowen, 1978). Los patrones y las prácticas de la salud pueden ser transmitidos a través de las generaciones mediante la predisposición genética, el aprendizaje del estilo de vida o ambos. Al analizar los patrones multigeneracionales de salud de una familia, la enfermera de salud comunitaria recolecta los datos de la valoración que revelan los problemas de la salud, las predisposiciones y los riesgos no solamente de la generación actual sino también de las generaciones futuras. Este conocimiento advierte a los miembros sobre los riesgos de su propia salud y la importancia que tiene la reducción de los mismos para sus descendientes.

El **genograma** es un diagrama representativo de las relaciones familiares; un árbol genealógico de la familia.

El mejor instrumento para revelar los patrones familiares intergeneracionales de la salud es el **genograma** de la familia. El genograma consiste en una representación de las relaciones familiares que incluye los datos esenciales correspondientes a la edad, el sexo, la cultura, la ocupación, las conexiones emocionales, la ubicación geográfica y los datos relacionados con la salud incluyendo las enfermedades padecidas y las causas de muerte.

Para elaborar el genograma, se comienza ensamblando la información referente a la familia y organizándola en un diagrama. Observe los símbolos para la realización del genograma y luego examine el genograma del ejemplo (figura 12-2). Se trata de un genograma de tres generaciones. "Se requieren por lo menos tres generaciones en la familia para obtener una visión general mínima del sistema emocional (familiar) y su clima" (Fogarty, 1973-1978, p. 60).

El genograma constituye un excelente instrumento para representar la composición de los datos familiares en un documento conciso y legible. Los datos pueden ser agregados a medida que son recolectados. El análisis del genograma también sirve para identificar a aquellos miembros de la familia sobre los cuales se conoce poco y para advertir a la enfermera que la valoración de la salud familiar puede no ser completa. Un genograma es una especie de mapa de carreteras; puede ser leído con exactitud si sus símbolos son utilizados en forma correcta y coherente.

Ejemplo de genograma familiar

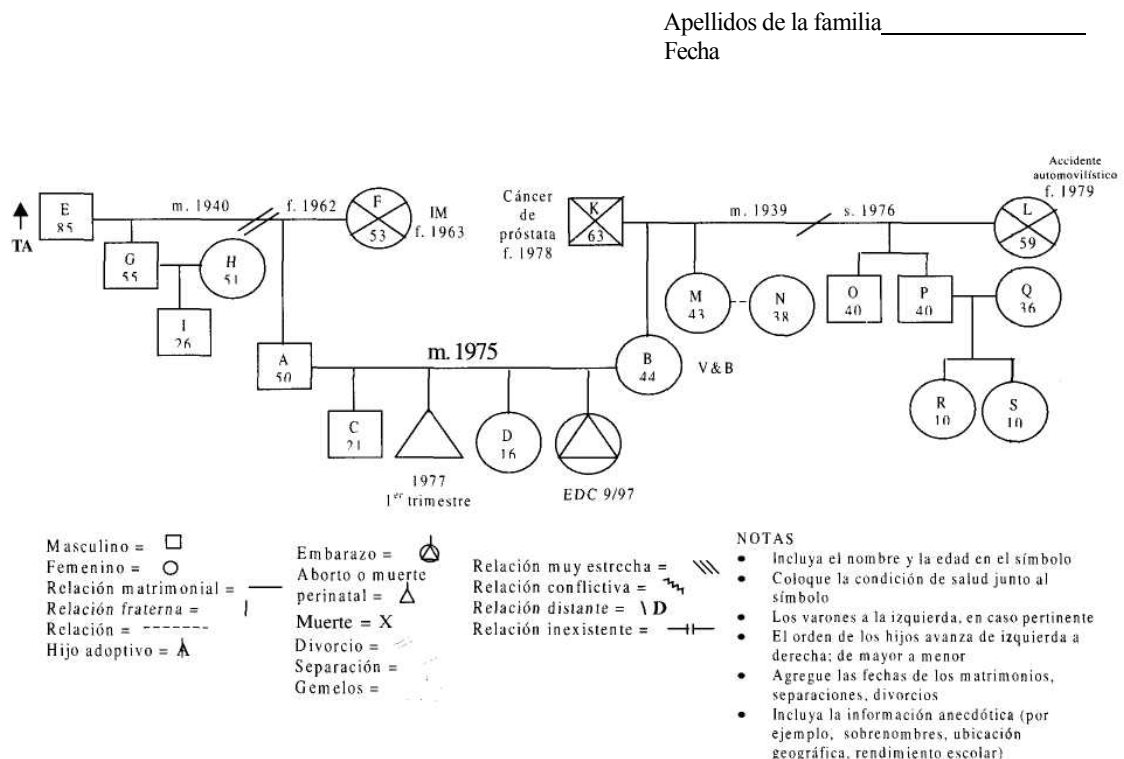


FIGURA 12-2 Ejemplo de genograma familiar [NOTA: Los símbolos han sido adaptados de "A Guide to the Genogram" de E.G. Pendagast & C.O. Sherman, 1973-1978, *The Family. Compendium I. The Best of the Family* (p.102), Washington, DC: Centro Familiar de la Universidad de Georgetown].

El símbolo de los varones es un cuadrado y el de las mujeres es un círculo. Observe que el nombre y la edad de cada individuo están contenidos dentro del símbolo. La información anecdótica, especialmente concerniente a la salud, puede anotarse junto al símbolo. Como regla, los hombres son colocados a la izquierda excepto en el caso de las relaciones homosexuales o cuando el orden de los hijos coloca a las mujeres de ese lado. El orden de los hermanos se designa siempre representando al mayor a la izquierda y al menor a la derecha, avanzando en orden descendente. Los miembros de la familia que no tienen un lazo de consanguinidad pueden ser agregados al genograma y simplemente se colocan cerca de la relación correspondiente. Si se desea, las mascotas también pueden ser incluidas en el genograma mediante la utilización de símbolos creativos.

El genograma del ejemplo indica que A y B contrajeron matrimonio en 1975 (figura 12-3). Su primer hijo, C, es un varón. Cierta tiempo después del nacimiento de C, A y B experimentaron un aborto durante el primer trimestre. Después del aborto, nació una hija, D. A y B están esperando un hijo (figura 12-4). La fecha probable de parto (FPP) puede ser consignada en el genograma.

Aparentemente B está "viva y bien" (V & B) y existe el espacio disponible para incluir la condición de la salud de A y los hijos de A y B. Observe que A y B están colocados horizontalmente sobre la misma línea generacional y sus embarazos e hijos están sobre otra línea generacional. La claridad al diagramar las líneas generacionales facilita la lectura del genograma y da como resultado la representación exacta de las relaciones generacionales.

Al volver una generación atrás hasta las familias de origen de A y B, se evidencian sus respectivos padres (sobre otra línea generacional) y hermanos (ver figura 12-2). En este genograma, A y B fueron representados por debajo de sus respectivos hermanos con objeto de enfocar la familia que ellos han creado por medio de su matrimonio. El padre de A es E, que sufre de hipertensión. La madre de A es F, que murió en 1963 por un infarto de miocardio (QM). E y F contrajeron matrimonio en 1940 y se divorciaron en 1962. Antes de que naciera A, nació un hermano, G, que fue el primogénito de E y F. G desposó a H con quien tiene un hijo, I.

La familia de origen de B está compuesta por su padre K, que falleció en 1978 debido a un cáncer de próstata. La madre de B, L, murió en 1979 en un accidente automovilístico. K y L contrajeron matrimonio en 1939 y se separaron en 1976. K y L tuvieron cuatro hijos. B y M fueron su primer y segundo hijos respectivamente. M ha establecido una relación homosexual con N. Cierta tiempo después del nacimiento de M, K y L tuvieron gemelos varones, O y P. Este último contrajo matrimonio con Q y tiene hijas gemelas, R y S.

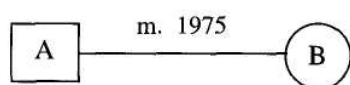


FIGURA 12-3

Representación genográfica del matrimonio. (El establecimiento de una sociedad no conyugal estaría representado por una línea interrumpida).



FIGURA 12-4

Representación genográfica de la descendencia de una pareja.

Este ejemplo de genograma advierte a la enfermera de salud comunitaria la importancia que tiene para A la detección y la reducción del riesgo cardiovascular y para B la educación general para la prevención del cáncer y su detección. A y B pueden aprender la importancia de la reducción del riesgo y la educación de sus hijos respecto a la enfermedad cardiovascular y el cáncer, e igualmente la importancia de la prevención de los accidentes y otras actitudes paternales. A y B también podrían beneficiarse por la consejería relacionada con los embarazos en mujeres mayores de 40 años. Las remisiones pueden estar indicadas.

Las conexiones emocionales pueden ser representadas una vez que se ha construido la estructura básica del genograma (figura 12-5). Por ejemplo, una relación conflictiva entre A y E podría ser simbolizada conectándolos con una línea en zigzag, símbolo del conflicto. En forma similar, si B y E experimentan una relación emocionalmente intensa o muy estrecha, ellos estarían conectados por una línea triple, símbolo de la intensidad de la relación. A y B pueden estar emocionalmente distantes uno del otro; esta relación podría estar indicada por una única línea marcada con una D, simbolizando el distanciamiento emocional. Observe que cuando se representan las relaciones emocionales, se hace evidente la interconexión de los miembros entre sí. Posteriormente en este capítulo se cubrirá el concepto de la *triangulación*. La figura 12-5 permite aclarar las conexiones disfuncionales entre A, B y E.

La importancia del genograma consiste en advertir a la enfermera de salud comunitaria sobre el impacto de los patrones multigeneracionales de la enfermedad y los elevados riesgos de problemas emocionales y de salud. El genograma constituye una referencia rápida de la historia de la salud familiar, sus riesgos y patrones, y aporta una gran cantidad de información por medio de un vistazo. La enfermera de salud comunitaria puede valorar rápidamente los patrones que se repiten en una familia, prestando especial atención a los patrones de la enfermedad y las causas de muerte. El genograma puede ser enriquecido con información adicional obtenida durante cada contacto con la familia. A medida que se agrega la información, la familia es capaz de unirse a la enfermera para la identificación de sus fortalezas, riesgos y problemas, y la enfermera de salud comunitaria debe percatarse de las brechas en la información referente a los miembros individuales que de otro modo habría podido pasar inadvertida. En ocasiones un integrante aportará información valiosa sobre cada miembro de la familia, pero la enfermera advierte que se conoce poco sobre ese miembro en particular. La enfermera está atenta para observar lo que sabe cada quien y qué información no ha sido mencionada (ha sido suprimida) por los miembros.

El genograma también ofrece a la familia una ayuda para reflexionar respecto a su propia dinámica, asuntos y problemas intergeneracionales. La enfermera de salud comunitaria puede construir con la familia el genograma como una manera para estimular la reflexión familiar y los miembros pueden ayudarla a llenar las brechas existentes en la información. A menudo, los ancianos de la familia son

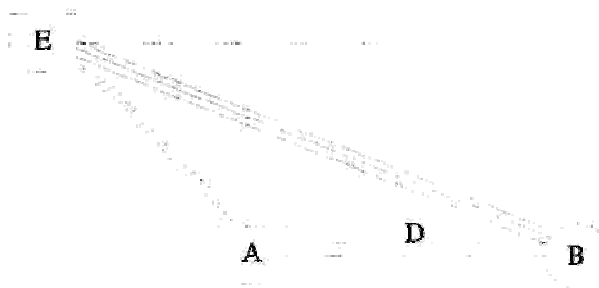


FIGURA 12-5

Representación genográfica de las relaciones sentimentales. Observe que A y B están conectados por una única línea sólida que indica matrimonio y por el símbolo correspondiente al distanciamiento emocional.

grandes historiadores y son capaces de revelar importantes datos sobre la familia ampliada. El genograma puede convertirse en un árbol genealógico, una fuente de información familiar que puede ser transmitida a las futuras generaciones.

Límites y diferenciación. Los **límites** identifican y definen a la familia, dando cuenta de la integridad del sistema familiar. La familia funciona como un sistema abierto si sus límites conservan la integridad de la familia como unidad mientras permanece semipermeable a las entradas y salidas, o sea, permite ingresar y salir selectivamente del sistema familiar.

Los límites familiares constituyen probablemente el medio más crucial con que cuentan las familias para facilitar la adaptación a las exigencias ambientales (externas) y a las necesidades familiares (internas). La familia puede estrechar sus límites cuando siente que necesita defender su integridad y puede relajarlos cuando confía en su ambiente y busca mayor afluencia. Cuando afrontan la enfermedad o la muerte, por ejemplo, las familias tienen respuestas variables. Por una parte, no es infrecuente que una familia estreche sus límites al afrontar la enfermedad o la muerte de uno de sus miembros. La familia se vuelca sobre sí misma para conservar sus recursos y manejar el estrés de la enfermedad y el dolor de la pérdida. De este modo, la propia confianza (una importante habilidad familiar) a menudo es propiciada por el estrechamiento de los límites familiares en un momento de necesidad. Por otra parte, cuando la enfermedad o la muerte golpean a una familia, sus miembros pueden aflojar los límites familiares para admitir a las personas que puedan ayudar. Por ejemplo, la familia puede reunirse con una enfermera de salud comunitaria y adoptar las estrategias sugeridas para hacer frente a la enfermedad y al dolor. La familia puede asistir a sesiones de consejería con una enfermera especialista en aislamiento y buscar la colaboración del clero luego de la muerte de un miembro de la familia, abriendo el sistema familiar a los profesionales que pueden ayudarlos en el momento necesario.

Los límites familiares pueden cambiar a medida que cambia la agrupación familiar. Si se añade un nuevo miembro a la familia, sus límites pueden crecer y cambiar para permitir que el nuevo integrante funcione como un miembro de la unidad familiar. También es posible que la familia sea incapaz o no desee aceptar a un nuevo miembro. En este caso, la incapacidad para abrirse y crecer implicará consecuencias para este nuevo integrante y todo el sistema familiar.

No sólo pueden agregarse miembros nuevos sino que también algunos integrantes fallecen y su recuerdo prevalece como parte de la unidad familiar. Los miembros pueden marcharse temporalmente y volver a reunirse con la familia o las familias pueden dividirse por la separación y el divorcio (mezclando y constituyendo otras familias). Las familias mezcladas o reconstituidas son creadas a medida que los miembros se unen a los integrantes de otra para formar un nuevo sistema familiar. No es infrecuente observar familias reconstituidas creadas mediante un nuevo matrimonio en el cual cada cónyuge aporta los hijos de un matrimonio previo que terminó en divorcio.

La **diferenciación** puede ser considerada como un sentimiento de individualidad e independencia entre los miembros familiares (Bowen, 1978). Diferenciarse significa "ser distinto, bien definido y crecer en una entidad especial que es propia, una persona. Significa que sé dónde comienzo y termino y dónde tienen los demás sus propios límites. Ésta reconoce que siempre existe un espacio entre el yo y el otro" (Fogarty, 1985, p. 18). Cada miembro de la familia está conectado con el sistema familiar, aunque es característicamente individual e independiente. Los miembros son por tanto subsistemas del sistema familiar. Cada subsistema es diferente y está separado por un límite personal que promueve y protege su integridad.

Los límites identifican y definen a la familia.

La **diferenciación** permite individualizar y separar a los miembros de la familia.

De este modo, la diferenciación individual puede ser descrita como "la cantidad de madurez emocional de un individuo dentro del sistema familiar" (Wegner y Alexander, 1993, p. 360). La diferenciación es necesaria para que cada persona sea independiente y para que la familia esté definida por las líneas claras de la interrelación. La enfermera de salud comunitaria está alerta a los indicadores de la diferenciación, los cuales incluyen el sentimiento de autonomía de los miembros, la tolerancia e incluso el fomento de los distintos puntos de vista y la promoción de la madurez emocional. La meta consiste en establecer una separación entre los procesos del pensamiento y los sentimientos de modo que los miembros sean capaces de resolver los problemas y sugerir soluciones a las inquietudes.

Papeles familiares. Los papeles son conductas asignadas o asumidas en la familia. Los *papeles asumidos* son conductas que un miembro adopta voluntariamente mientras los *papeles asignados* son conductas que pueden corresponder a un cargo (por ejemplo, madre o padre) o son otorgadas a un miembro. Los papeles permiten las interacciones sociales ordenadas y las transacciones entre los miembros de la familia, ayudando a proporcionar un equilibrio y una sensación de estabilidad. La conducta de cada miembro se convierte en algo esperado, facilitando así el funcionamiento familiar.

Incluso en las familias funcionales, la enfermera de salud comunitaria puede observar miembros que experimentan conflicto, sobrecarga y confusión de papeles. La enfermera puede ayudar a los integrantes a comprender que frecuentemente se produce un esfuerzo sano en el momento de asumir y asignar los papeles familiares. Considere la dinámica implícita cuando un miembro se convierte en padre: el nuevo padre puede experimentar un conflicto de papeles, preguntándose cómo equilibrar su trabajo y las responsabilidades de la paternidad, la sobrecarga del papel cuando las exigencias y las responsabilidades de la paternidad se tornan agobiantes, y la confusión del papel cuando está inseguro sobre cómo ejercer la paternidad y cuidar al recién nacido.

En las familias funcionales existe la tendencia a que los papeles sean complementarios, recíprocos y flexibles. Cuando los papeles se complementan entre sí, significa que los miembros pueden suplir lo que le falta a otro; los papeles complementarios constituyen una totalidad. De este modo, si en una familia dada los papeles son complementarios, entonces las labores cotidianas se realizan con mayor facilidad. La preparación de las comidas, el lavado de la ropa y las restantes labores domésticas que cada miembro espera de los demás se llevan a cabo en conjunto. Los miembros de la familia son capaces de ejecutar todas las funciones que les han sido asignadas (o que ellos han asumido) e igualmente de respaldar el funcionamiento de los miembros individuales y de la familia como unidad.

Cuando las funciones son recíprocas —esto quiere decir que son mutuas—, las conductas asignadas o asumidas son mutuamente benéficas para los miembros. En la mayoría de los casos los miembros de la familia están satisfechos con el acuerdo de las funciones. En algunos casos, ellos incluso disfrutan sus funciones recíprocas y rehusan compartirlas dado que les brindan una sensación de orgullo, experiencia y posesión.

Cuando los papeles son flexibles, las conductas asignadas o asumidas no son rígidas. La flexibilidad implica que los papeles pueden ser cedidos y otorgados. Los miembros de la familia pueden asumir las funciones de otros en momentos de estrés, por ejemplo, durante una enfermedad o cuando los miembros se encuentran interesados en otro desafío y son incapaces de cumplir sus tareas. El deseo de emprender y asumir las responsabilidades de otro miembro por el bien de toda la familia es una señal de flexibilidad. La asignación equitativa de las funciones puede parecer democrática pero con frecuencia es un signo de rigidez. Si los papeles

son flexibles, esto permite que las conductas cambien asimétricamente de modo que la familia pueda desempeñar sus quehaceres. Por tanto, la enfermera de salud comunitaria debe tener en mente que en las familias funcionales, durante los tiempos de enfermedad o agotamiento de la salud de cualquier miembro, los papeles cambiarán para ejecutar las tareas y responsabilidades del miembro enfermo.

La enfermera de salud comunitaria busca los signos de complementación, reciprocidad y flexibilidad en las funciones familiares. Ella también ayuda a los miembros a afrontar el conflicto, la sobrecarga y la confusión de los papeles.

Patrones de comunicación. Los seres humanos están siempre comunicándose (Watzlawick, 1978). La comunicación se produce aunque no se digan palabras; las personas pueden comunicarse por medio de la voz, el contacto visual, el movimiento corporal, las señales y el silencio.

El objetivo de la comunicación efectiva es que el receptor reciba el mismo mensaje enviado por el emisor. Idealmente la comunicación es sincrónica, es decir, la palabra hablada y todas las formas de comunicación no verbal están en sincronía; existe armonía y coherencia entre todas estas formas. La comunicación funcional puede ser desintegrada en las partes que describen el proceso de la comunicación. El emisor expone su asunto; el receptor y el emisor pueden esclarecer y calificar el mensaje; el emisor solicita una respuesta; el emisor está abierto y receptivo a la respuesta y ambos son responsables de sus propios pensamientos, sentimientos y acciones. Idealmente, la comunicación efectiva es descrita como un intercambio dinámico que da como resultado una aclaración. La clarificación no significa que el emisor y el receptor estén necesariamente de acuerdo sino que el mensaje recibido corresponda al mensaje emitido.

Con el tiempo, los miembros de la familia desarrollan patrones de comunicación. Por ejemplo, los miembros se comunican en dupletas, en tríadas, entre las generaciones y con la familia como un todo. Las valoraciones de la comunicación entre los miembros de la familia así como entre los integrantes y la totalidad de ésta, son aproximaciones importantes para comprender cómo se comunica. La manera más efectiva para analizar la comunicación dentro de la familia, consiste en estudiar la interacción entre cada dupla familiar; por esta razón, la enfermera de salud comunitaria está interesada por el grado en el cual es efectiva la comunicación en las dupletas. En una familia tradicional de cuatro miembros, constituida por una madre, un padre, una hija y un hijo, existen seis dupletas posibles: madre-padre, madre-hija, madre-hijo, padre-hija, padre-hijo e hijo-hija. La valoración de los patrones de comunicación en las dupletas informa a la enfermera respecto a cómo fluye la comunicación en la familia y sobre los bloqueos potenciales en la comunicación.

La enfermera de salud comunitaria debe ser experta en la valoración de los patrones de comunicación familiar. Con frecuencia, en medio de una crisis precipitada por la enfermedad, los patrones de tal comunicación pueden romperse y tornarse caóticos dado que cada miembro se mueve en una dirección diferente mientras intenta afrontar la crisis. La enfermera de salud comunitaria puede propiciar una reunión familiar con objeto de ofrecer a los miembros una oportunidad para aclarar la situación, establecer metas mutuas y comunicar abiertamente las necesidades e inquietudes personales respecto a la familia y su capacidad para funcionar.

Puesto que la atención basada en la familia se enfoca en todo el núcleo familiar como una unidad interactuante, la enfermera de salud comunitaria puede actuar como catalizador para fortalecer los lazos entre los integrantes de la familia. La enfermera estimula a los miembros a comunicarse entre sí, aclara los temas e inquietudes y despeja las áreas de intensidad emocional de modo que se puedan enviar y recibir mensajes claros. La comunicación efectiva puede permitir a la familia identificar y alcanzar sus metas.

Normas y valores. Las normas son reglas que orientan y gobiernan a la familia y aportan las pautas según las cuales ésta se rige. Las normas establecen lo que los miembros deberían hacer. Cada familia tiene normas expresas y tácitas que guían sus interacciones y transacciones internas y que son influidas por la historia, la cultura, la religión y las elecciones del estilo de vida familiar. Las normas brindan una sensación de estabilidad puesto que los miembros saben lo que se espera de ellos y la extensión en la cual sus conductas son aceptables. Existen consecuencias cuando se rompen las reglas. Al atender a una familia, es importante que la enfermera aprecie sus normas y esté atenta a las consecuencias cuando éstas no son fielmente cumplidas. El conocimiento de las normas familiares brinda una base sólida para que la enfermera de salud comunitaria comprenda la conducta de la familia. La enfermera también debe reconocer las reglas familiares como una orientación para su conducta profesional; esto le ayudará a no infringir o ignorar tales reglas, arriesgando así la relación terapéutica con la familia.

Al valorar las normas familiares, la enfermera de salud comunitaria busca medir su flexibilidad. A medida que la familia crece y se desarrolla, se producen grandes cambios; la familia fluye. Dada la naturaleza dinámica de la vida familiar, las normas de la familia deben ser flexibles. Las normas también deberían ser humanas de modo que ningún miembro sea sometido a consecuencias crueles. La enfermera de salud comunitaria es consciente de la importancia que tiene proteger a cada miembro de la familia de las conductas no saludables o inadecuadas. Las normas que no se ajustan a la situación de la familia pueden impedir la unidad familiar e imponer un estrés indebido sobre los miembros. La clarificación de las reglas familiares es una estrategia importante de la enfermería para la salud comunitaria.

Los valores familiares están estrechamente relacionados con las normas. Los valores son convicciones interiores sobre lo que es correcto e incorrecto, bueno y malo, deseable e indeseable. Dichos valores revelan lo que la familia considera ético, moral y justo. La religión y la espiritualidad son fuerzas importantes para forjar los valores familiares. Con frecuencia las familias socializan con otras que comparten creencias similares, de modo que el sistema de valores familiares influye claramente sobre los patrones de socialización. Por ejemplo, los miembros de la familia pueden poseer valores que promueven el servicio humano y la dedicación a los demás; en este caso, los miembros pueden estar de acuerdo en que el servicio comunitario es importante y animarse entre sí a participar en proyectos de servicio que promuevan y protejan el bienestar de la comunidad. Otras familias pueden valorar la ética del trabajo y esperar que sus miembros ocupen desde temprana edad cargos de responsabilidad bien remunerados y que conserven ese patrón a lo largo de sus vidas. Los individuos pueden desear apartarse de los valores de sus familias si sus propias creencias sobre lo que es correcto e incorrecto difieren de las familiares. Por ejemplo, si el racismo es aceptable en una familia pero un miembro cree que todas las personas son iguales, entonces la desavenencia del individuo puede ser instructiva para la familia. De otro modo, surgirá un conflicto familiar. Si un miembro de la familia recurre al robo para sostener un hábito de drogadicción pero la familia encuentra intolerables estas conductas, quizás las creencias familiares puedan servir finalmente como una fuente de fortaleza para el miembro afectado.

Toma de decisiones. La meta de la toma efectiva de decisiones familiares es el acuerdo seguido por el compromiso con el curso de acción seleccionado. El convenio puede lograrse de diversas formas.

El *consenso* es una especie de toma de decisiones en la cual todos los miembros de la familia llegan a un acuerdo respecto a un curso de acción que ellos conside-

ran el mejor posible. El consenso toma tiempo y requiere la voluntad de todos los miembros para explorar los pros y los contras de todos los cursos posibles de acción. Además, el consenso requiere que todos los miembros se escuchen atentamente entre sí, especialmente cuando existen puntos de vista divergentes o diferencias de opinión. No se espera que los miembros se rindan o cedan ante los demás; más bien, el consenso usualmente se logra mediante prolongadas discusiones esclarecedoras que continúan hasta que cada miembro llega a creer que el curso seleccionado de acción es el mejor posible. El consenso puede requerir que los miembros cambien gustosamente sus perspectivas.

La *adaptación* es otra clase de toma de decisiones. Decidir mediante una adaptación significa que se logra una resolución familiar pero que algunos miembros, o incluso todos, han tenido que transigir. La adaptación puede implicar un sacrificio. Los integrantes de la familia pueden aceptar lo que otros prefieren en lugar de arriesgarse a la desunión o motivados por su ineptitud para manejar el conflicto; los miembros se adaptan entre sí animados por ser capaces de lograr una decisión familiar.

La *toma de decisiones de hecho* es un acuerdo logrado más por la ausencia de discordancia que por un consentimiento activo. En algunos casos, la función de un individuo en la toma de decisiones de hecho puede estar representada por un encogimiento de hombros. Una decisión de hecho es aquella en la cual los miembros dejan que las cosas se den en lugar de discrepar o invertir energía en alguna otra forma de tomar decisiones.

La *toma unilateral de decisiones* describe una situación en la cual un miembro de la familia decide por los demás. La consulta con los otros integrantes puede producirse o no. Quien toma la decisión asume la responsabilidad y generalmente rinde cuentas sólo a sí mismo.

La *indecisión* también puede caracterizar la toma de decisiones. Una familia puede enredarse en los detalles de la toma de decisiones o paralizarse por las consecuencias esperadas de sus posibles acciones. En una familia caracterizada por la indecisión, la necesidad de un acuerdo permanece desatendida. Las eventualidades se presentan pero la familia no las dirige.

Poder. El poder es la habilidad para llegar a un final o producir un resultado y cada miembro de una familia funcional posee cierto poder personal. Aprender respecto a la distribución del poder en una familia es acceder a la dinámica de su funcionamiento interno. El poder puede estar asociado con el potencial de un miembro para generar y controlar el ingreso familiar; también puede estar asociado con el sexo, la edad o las posesiones materiales. En muchas familias contemporáneas, incluso el individuo que maneja el control de la televisión puede ser temporalmente considerado como poseedor de una forma especial de poder. La identificación de las relaciones de poder es clave para revelar la estructura de la familia. Por tanto, es importante que la enfermera de salud comunitaria comprenda la posesión y utilización del poder en cada familia.

Algunas familias han sido identificadas como enfocadas en los niños; en éstas, los niños poseen una parte desproporcionada del poder en comparación con sus padres. Los niños mandan a los padres y los padres satisfacen sus exigencias. En las familias más autoritarias, el poder puede residir principalmente en un miembro adulto, a menudo quien aporta el sustento.

Dado que están predominando las familias constituidas por dos profesionales, la distribución del poder tiende a ser más equitativa. Las culturas tienden a asignar el poder en formas variables, por ejemplo a los miembros ancianos, o designando incluso a los ya fallecidos como responsables de velar por la familia extendida.

Conflicto y estrés. El conflicto es necesario para el crecimiento. En las familias, las situaciones conflictivas involucran "aspectos de poder, utilización de los recursos, necesidades de relación y sistemas opuestos de valores... cualquiera que sea la causa, el resultado usualmente es un mayor estrés hasta la resolución del conflicto" (Mealey, Richardson y Dimico, 1996, p. 236). La participación en las decisiones constituye una forma saludable de manejar el conflicto. El conflicto también puede promover otras formas de comunicación abiertas y sanas; sin conflicto, en las relaciones familiares no habría discordia. Sin discordia un miembro podría tornarse demasiado sumiso, cediendo ante otro o albergando sentimientos, heridas y desilusiones no compartidas. Cuando el conflicto es ignorado, éste no desaparece sino que es encubierto sólo para reaparecer en otras formas que pueden ocasionar una disfunción familiar. En una escala de conducta, el conflicto puede ser caracterizado como una discusión benigna pasando por una disputa hasta una agresión directa. La resolución del conflicto familiar requiere que cada miembro se adueñe de su propia parte del conflicto en lugar de culpar a los otros integrantes. Escuchar atentamente y ofrecer una comunicación terapéutica son claves para facilitar la discusión (e incluso las peleas no violentas) en caso de desacuerdo, porque los temas conflictivos subyacentes son sentimientos que necesitan ser manifestados y manejados. La confianza y la dedicación a la familia y su estructura son esenciales si los sentimientos elementales deben ser compartidos. Al manejar el conflicto, los miembros también aprenden habilidades para la negociación las cuales son fácilmente transferidas a las situaciones extrafamiliares y se convierten en actitudes vitales que propician las habilidades de cada individuo para participar en las decisiones que lo afectan.

La enfermera de salud comunitaria puede ayudar a la familia a comprender que el conflicto y el estrés hacen parte normal del crecimiento. Ella le puede enseñar a la familia respecto a las habilidades efectivas para la comunicación además de ayudar a examinar sus discordias internas. La enfermera también contribuye a identificar las fuentes de estrés y a definir las maneras saludables para manejarlo, que sean adecuadas y aceptables para la familia.

Energía. La energía familiar puede ser considerada como la actitud colectiva de la familia. La energía es necesaria para conservar la unidad y la integridad familiar. En una familia sana, la energía fluye y es canalizada en formas que respaldan a la familia y su capacidad para desempeñar sus funciones. Cuando surgen problemas o tensiones que consumen la energía del sistema familiar, la familia es capaz de reponerse utilizando la información o los recursos que pueden ayudarla, o reorganizándose para superar los desafíos que enfrenta. La energía agotada puede ser restablecida si las entradas y las salidas son efectivamente canalizadas.

Al ingresar a un hogar, la enfermera de salud comunitaria intenta percibir el nivel de energía de la familia; ésta puede parecer exánime y sus miembros ser incapaces de expresar sus necesidades o considerar las posibles soluciones porque carecen de la energía requerida para enfrascarse en la identificación de las necesidades y la solución de los problemas. Si la energía está bloqueada, la enfermera puede sentir una abundancia de energía sin dirección la cual no está siendo utilizada productivamente y podría ser canalizada en una forma más efectiva. Otras familias pueden parecer deprimidas y otras incluso caóticas. El uso productivo de la energía para preservar la unidad e integridad familiar es indicativo de una familia funcional.

La enfermedad y otras crisis familiares tienden a reducir la energía de la familia. Los miembros pueden colaborar en el proceso de reabastecimiento aportando sus actitudes positivas y constructivas, y su deseo de proteger las fortalezas de la familia. Evidentemente, si la familia consume la energía que tiene disponible sin

reabastecerse, puede agotarse y deprimirse, pero si existe un aprovisionamiento y una infusión constantes de energía la cual no es utilizada para el crecimiento familiar, la familia puede sufrir una sobrecarga y frustración. El uso y abastecimiento equilibrados de la energía mantienen la integridad de la familia y le otorgan a ésta el poder para responder a sus necesidades y evolucionar.

Cambio. Todos los sistemas humanos fluyen; el cambio es inherente a la condición humana. La familia también fluye continuamente. El cambio es, por tanto, un proceso continuo: la tendencia de la familia a ser diferente.

La enfermera de salud comunitaria es sensible a aquellas ganancias y pérdidas que caracterizan la capacidad de la familia para el cambio. Las ganancias y las pérdidas son celebradas y lamentadas con objeto de incorporar tales alteraciones a la vida familiar. La enfermera aprecia especialmente la dinámica del proceso de aflicción en cuanto se relaciona con el cambio familiar. Una gran variedad de emociones caracteriza a la tristeza humana incluyendo la conmoción, la incredulidad, la ira, la depresión, la confusión y los sentimientos de inutilidad. La familia puede estar lamentando las pérdidas pero no darse cuenta que lo está haciendo. La enfermera de salud comunitaria puede traducir estas expresiones de congoja en un proceso comprensible sufrido por la familia mientras afronta el cambio.

La muerte, la enfermedad, los traslados, la partida de los miembros del hogar, la llegada de nuevos integrantes, la separación conyugal, el divorcio, los cambios de empleo y los cambios de la condición económica hacen parte de la gran variedad de alteraciones posibles que se producen en la vida familiar. Los cambios pueden ser bienvenidos, inesperados o rechazados, pero pese a todo la familia crece y cambia, nunca está estática. La enfermera de salud comunitaria puede ayudar a la familia a legitimar los cambios inevitables y colocarlos en un contexto de desarrollo. Ella también puede permitir a la familia, visualizar el cambio en el contexto del proceso de aflicción y ayudar a sus miembros a comprender la naturaleza integral de la pena y el impacto que produce sobre cada miembro y sobre los patrones del funcionamiento familiar. La enfermera puede además apoyar a la familia que se encuentra agobiada por el cambio y carece de las habilidades para avanzar. Ayudar a desintegrar en labores más pequeñas y manejables la tarea que debe desempeñar, permite a la familia afrontar el cambio.

Ambiente. La enfermera de salud comunitaria conoce el impacto que el ambiente ejerce sobre la salud y el funcionamiento familiar. El ambiente de una familia corresponde a la totalidad del contexto en el cual reside: vivienda, comunidad inmediata y comunidad más general. Los factores ambientales son críticos para la salud y la seguridad de cada miembro de la familia así como de la familia como un todo. La enfermera de salud comunitaria valora las condiciones ambientales y el uso que la familia hace del ambiente y sus recursos.

Las condiciones de vivienda son muy importantes y aportan indicios sobre la capacidad de la familia para funcionar. En la primera inspección, la enfermera de salud comunitaria evalúa el estado de limpieza de la vivienda. El aseo del domicilio refleja la habilidad de los miembros para cuidar el hogar, es decir, para limpiarlo y conservar la seguridad del mismo efectuando pequeñas reparaciones y preservando su estructura física. El número y la calidad de los objetos en el hogar no son importantes; la funcionalidad es el interés principal. Por ejemplo, un bebé puede dormir con la misma comodidad y seguridad en un cajón tomado del tocador que en una costosa cuna. La apariencia de las paredes puede estar destacada por la pintura, pero lo que realmente importa es que éstas estén limpias.

La evaluación del ambiente y la inspección de la seguridad hacen parte de la valoración del hogar. La enfermera de salud comunitaria intenta ser diligente al evaluar el domicilio, reconociendo la importancia que la reducción de los riesgos

tiene para la seguridad así como la trascendencia de la elaboración de un plan para las emergencias caseras. La enfermera evalúa con la familia las condiciones del hogar, valoración que incluye el espacio disponible para que todos los miembros duerman y tengan cierto grado de privacidad, las condiciones de limpieza, iluminación suficiente, conveniencia de la ventilación, calefacción, servicios de baño y cocina, disponibilidad de agua fría y caliente, seguridad eléctrica, tratamiento de los insectos, ratones, ratas y otras formas de infestación, conciencia sobre los riesgos de incendio, precauciones de seguridad contra los mismos tales como detectores de humo y extintores, guardas y seguros para las ventanas, adecuada seguridad en el edificio y entradas de la vivienda, disponibilidad de un teléfono o un plan para las llamadas de emergencia y remoción de los tapetes y otros obstáculos que pudiesen ocasionar caídas.

La enfermera de salud comunitaria también está interesada en las condiciones de la comunidad inmediata ya que éstas favorecen o amenazan la salud individual y familiar. La presencia o ausencia de recursos comunitarios y el patrón familiar para la utilización de tales recursos son importantes en la valoración del ambiente inmediato. El interrogante de si la comunidad inmediata puede brindar a la familia los recursos que necesita para funcionar día a día debe ser respondido. Por tanto, la enfermera de salud comunitaria inspecciona la comunidad inmediata para determinar la disponibilidad de alimento, tiendas, farmacias y ventas de equipos, almacenes de ropa, departamentos de policía y bomberos, parques e instalaciones recreativas, colegios y guarderías, recursos de salud así como recursos religiosos y culturales para el apoyo espiritual. La enfermera utiliza el conocimiento derivado de una exhaustiva valoración comunitaria para conectar a la familia con los recursos de la comunidad y colaborar en la utilización de los mismos, dibujando círculos cada vez más amplios alrededor de la familia para valorar los recursos disponibles. Algunos recursos serán locales mientras el acceso a otros requerirá un desplazamiento. Tanto el ambiente domiciliario como el comunitario son importantes para el funcionamiento familiar.

Propio cuidado. La meta de la atención de salud basada en la familia es que cada familia cuide de sí misma hasta donde sea posible. La atención de enfermería para la salud comunitaria está dirigida a la identificación y el respaldo de las fortalezas y capacidades familiares de modo que la familia pueda cuidar de sí misma. Por tanto, la enfermera de salud comunitaria valora la habilidad de la familia para conservar su autonomía mediante la satisfacción de sus propias necesidades. La enfermera desea transferir a la familia el conocimiento y las habilidades que le permitan cuidar de sí misma, utilizar sus recursos y fortalezas interiores y acceder a los recursos comunitarios según sea necesario. Para tal efecto, la enfermera de salud comunitaria considera a la familia desde la perspectiva de sus fortalezas. Todas las familias tienen fortalezas, incluso las familias que se encuentran agobiadas y en dificultades.

La mejor manera de que dispone la enfermera de salud comunitaria para reconocer las fortalezas reales y potenciales de una familia, consiste en identificar las fortalezas de cada uno de sus integrantes, de las relaciones entre los miembros de la familia (es decir, entre dupletas y tríadas y las de la familia en su totalidad), del ambiente domiciliario y la comunidad circundante y de las conexiones entre la familia y esta última. Si un miembro de la familia se encuentra desempleado actualmente, la enfermera valora el patrón laboral del individuo; ella puede enterarse, por ejemplo, de que este integrante ha tenido un trabajo responsable durante los últimos 25 años pero fue despedido recientemente. Tal individuo es claramente un trabajador incansable y la enfermera de salud comunitaria puede ayudarlo a

realizar un inventario de sus características laborales y motivarlo a prepararse para otra forma de trabajo, mientras al mismo tiempo ayuda a la familia a obtener los derechos temporales durante este difícil periodo económico. La enfermera confía en que la familia y sus miembros serán capaces de cuidar de sí mismos negociando la asistencia necesaria durante tales periodos.

Patrones disfuncionales de la dinámica familiar

La familia es un *sistema emocional* (Bowen, 1978; Heiney, 1993). Las relaciones emocionales en una familia sana facilitan el crecimiento y el desarrollo personal de sus miembros, y la familia se ajusta al cambio exhibiendo su flexibilidad. En las familias que manifiestan patrones disfuncionales, las dificultades para el manejo de los conflictos y la solución de los problemas resultan reiteradamente evidentes. El conflicto y el estrés hacen parte inevitable de la vida familiar. Sin embargo, cuando una familia no puede afrontar los cambios que causan tensión, entonces la ansiedad y el conflicto aumentan y la familia puede ser incapaz de desempeñar sus funciones y desarrollar sus defensas. Todas las familias poseen defensas para proteger la integridad del sistema familiar. En las familias funcionales, la defensa es utilizada en forma esporádica y posteriormente abandonada cuando la familia confía en su habilidad para solucionar el problema y a medida que las situaciones cambian. Sin embargo, cuando las familias son incapaces de afrontar sus desafíos y sus defensas se convierten en patrones crónicos, éstos pueden convertirse entonces en patrones disfuncionales. De este modo, la familia puede llegar a confiar en los patrones disfuncionales que inhiben su crecimiento y desarrollo. Algunos de estos patrones disfuncionales serán presentados a continuación. El trabajo terapéutico con las familias cuyos patrones son disfuncionales pertenece al dominio de la enfermera de práctica avanzada; no obstante, un conocimiento introductorio de estos patrones ayuda a la enfermera de salud comunitaria a efectuar las remisiones a la enfermera de práctica avanzada u a otro terapeuta. La enfermera de salud comunitaria necesita comprender completamente los patrones del bienestar familiar y establecer, por medio de la valoración, si las defensas de la familia son episódicas o se han convertido en patrones disfuncionales crónicos. Cuando ella comprenda los patrones funcionales de la vida familiar será capaz de ayudar a la familia a encontrar formas más sanas de afrontamiento. Es posible pasar de los patrones disfuncionales a los funcionales.

Límites familiares cerrados. Los límites familiares cerrados son aquellos que impiden que los extraños vean lo que ocurre dentro de la familia. El cerramiento de los límites constituye una manera para mantener a los propios (o sea, a los integrantes de la familia) en el interior y evitar el ingreso de los extraños. Por tanto, los límites cerrados son utilizados como un muro de defensa. Sin embargo, cuando los límites son ajustados, ellos restringen la entrada y la salida. Finalmente, un sistema con límites excesivamente comprimidos sufre la falta de intercambio con su ambiente y avanza hacia el desorden y el colapso. La familia necesita el intercambio de energía para vivir y crecer; con el tiempo, los límites cerrados impiden ese libre intercambio.

Límites familiares abiertos. Los límites que son excesivamente relajados significan una pérdida de la integridad del sistema familiar. Tales límites indican que la familia sufre una disgregación y que los miembros están emocionalmente desprendidos unos de otros; la familia está emocionalmente dispersa, no unida. Los límites debilitados pueden ser ilustrados por una familia en la cual los hijos adultos

Patrones disfuncionales de la dinámica familiar

- Límites familiares cerrados
- Límites familiares abiertos
- Alianzas defensivas
- Chivo expiatorio
- Sanador familiar
- Supresión del afecto
- Liberación temporal
- Compromiso negativo
- Doble ciego
- Pseudomutualidad
- Silencio
- Desorientación
- Violencia

sólo efectúan visitas rituales e infrecuentes, y no existen lazos emocionales fuertes para mantenerlos unidos. Los mismos Límites también pueden ser representados por medio del distanciamiento emocional.

En algunas situaciones, la familia puede sufrir una sobrecarga del sistema ya que admite indiscriminadamente a otras personas para ayudarla con sus problemas. La familia puede contar con una enfermera de salud comunitaria, una trabajadora social, un empleado de bienestar, un médico de atención ambulatoria y un sacerdote (todos ellos comprometidos con los problemas familiares), pero no utilizar productivamente estos recursos. La duplicación de los servicios, la ausencia de comunicación entre los colaboradores y la confusión pueden ser la consecuencia, ya que la familia ha cedido el control de sus problemas a todas y cada una de las personas que ingresan al sistema familiar. Tal familia carece de la capacidad para descartar en forma selectiva los ofrecimientos de ayuda. En lugar de ello, la entrada fluye a través de unos límites estrechamente conectados.

Alianzas defensivas. Las alianzas defensivas se presentan en distintas formas pero en todos los casos, los miembros de la familia se unen para formar uno o más subgrupos que debilitan la unidad familiar.

Una forma de alianza defensiva es el *distanciamiento*. Éste consiste sencillamente en una división de la familia. Por ejemplo, el distanciamiento se produce cuando una madre y su hijo no se comunican entre sí. Otros miembros de la familia también pueden apartarse, aliándose algunos con el hijo y otros con la madre.

La *coalición* es otra clase de alianza defensiva; ésta ocurre cuando varios miembros se agrupan contra un integrante de la familia. Si las tres hijas y la madre de una familia nuclear tradicional se agrupan contra el padre, las mujeres de la familia habrán formado una coalición contra éste. En esta situación, la patología subyacente puede ser consecuencia del desacuerdo en la relación entre la madre y el padre, y en respuesta a la cual la madre establece una alianza con sus hijas para aislar aún más al padre. En esencia, las hijas son manipuladas por la madre que está creando una desunión entre ellas y su padre para fortalecer su posición contra su esposo.

La *triangulación* es otra forma de alianza defensiva (ver la figura 12-5) (Bowen, 1978; Fogarty, 1975, 1976). La triangulación puede convertirse en un patrón de interacción emocional entre los miembros de la familia, conformado en respuesta al estrés, en el cual dos personas están emocionalmente muy cercanas y un tercer miembro se encuentra emocionalmente muy distante. Cuando dos integrantes de la familia están comprometidos en una relación dual inestable, ellos pueden incluir a un tercer miembro para estabilizar su relación. La dupla inestable puede utilizar al tercer miembro u objeto para relacionarse *a través de él*, dado que los miembros de la dupla son incapaces o no desean relacionarse apaciblemente entre sí. Tal triangulación puede ocurrir debido a los esfuerzos activos de parte de uno o ambos integrantes de la dupla para involucrar a un tercer miembro, o porque éste se ve atrapado por la ansiedad de la dupla inestable e involucrado como un estabilizador en su proceso emocional. La enfermera de salud comunitaria no debe comprometerse o tomar partido en los conflictos de las dupletas porque se convertiría en el tercer punto de un triángulo. Infortunadamente para todas las personas participantes, la triangulación puede dar origen a un subsistema cerrado dentro de la familia. Su aspecto disfuncional e indeseable es el que impide que el proceso emocional de la dupla sea elaborado.

La clave de todas estas alianzas defensivas disfuncionales —el distanciamiento, la coalición y la triangulación— es la dupla, la unidad básica de la familia. Cada

dupleta es una relación importante y debe asumir la responsabilidad de manejar sus propios problemas. La enfermera de salud comunitaria puede combatir mejor las alianzas defensivas al no respaldarlas y al estimular a las dupletas para trabajar en sus propios problemas de relación. Una dupleta puede o no trabajar en sus asuntos, pero la enfermera de salud comunitaria debe cumplir su responsabilidad no participando en el conflicto y no respaldando la continuación de las alianzas defensivas.

Chivo expiatorio. Designar un chivo expiatorio consiste en depositar o proyectar toda la responsabilidad de un problema en una persona. Un miembro de la familia puede ser escogido como chivo expiatorio como una forma para manejar un problema familiar; es decir, los miembros restantes de la familia proyectan la responsabilidad sobre ese miembro de modo que ellos no tengan que soportar la molestia de dar cuenta de su comportamiento en un problema familiar. Por ejemplo, los niños pueden ser el blanco de la ira de sus padres que no han trabajado sus sentimientos de enojo entre ellos mismos.

Usualmente, un miembro es elegido como chivo expiatorio como una expresión de la confusión, disgusto o sensación de inseguridad de la familia misma. Si todos los miembros asumen la responsabilidad de sus propias funciones, el chivo expiatorio no es necesario.

Sanador familiar. Igual que el chivo expiatorio, el papel de sanador familiar es asignado sólo voluntariamente (aunque esto usualmente no se hace en forma consciente). En este caso, la familia deposita la responsabilidad de sus problemas en un miembro que asume la función de encargado de la atención. Al confiar solo en uno de sus miembros para tratar sus problemas, la familia renuncia a la responsabilidad compartida para la solución de los mismos y limita su capacidad para proponer posibilidades creativas que podrían beneficiarla y estimular su crecimiento.

Dado que confían en el sanador familiar para resolver cada problema, los miembros restantes se comprometen menos, son menos capaces de solucionar los problemas y dependen más del sanador. Mientras tanto, el sanador familiar puede estar agobiado por el alcance y el número de problemas familiares que debe conciliar.

Con alguna frecuencia se puede encontrar enfermeras y otros profesionales de la salud ejerciendo o desempeñándose como sanadores familiares en sus familias de origen; por tanto, la prestación profesional de la atención puede tener sus raíces en la asignación del papel familiar. Asumir un papel profesional puede ser una respuesta automática fundamentada en la distribución de los papeles en la propia familia. Si este es el caso, el profesional colaborador podría exceder los límites de la intervención necesaria y hacer que la familia cliente dependa de la persona encargada de la atención. Sin embargo, la enfermera de salud comunitaria debe tratar de equilibrar las necesidades de la familia con las estrategias que propician la capacidad de ésta para cuidar de sí misma, en lugar de hacer que la familia dependa de otros.

Supresión del afecto. El cariño o afecto es necesario en la familia. Cuando el afecto es eliminado de ésta, la enfermera de salud comunitaria debe ayudar a la familia a recuperar su capacidad para responder adecuadamente a sus alegrías, pérdidas y otras experiencias.

Existen diferentes variedades de supresión del afecto. La *imperturbabilidad* está señalada por la infelicidad; los miembros de la familia pasan a través de sus experiencias pero lo hacen sin expresión, como si se tratase de robots. La *pasividad* es

manifestada por la exhibición de poca o de ninguna respuesta a las experiencias; permanecer en calma constituye un esfuerzo por mantener las emociones bajo control y aparentar que la situación no merece inquietud o preocupación. La *negación* es la declaración de que la familia no experimenta problemas: "nosotros no". Cada una de estas defensas familiares corresponde a un medio para la supresión del afecto y el manejo de las experiencias emocionales mediante la remoción de su emotividad. En las familias que se defienden por tales medios, la emoción no es auténtica o adecuada.

Liberación temporal. La liberación temporal es el patrón consistente en desecher impulsivamente un problema o un miembro familiar problemático. Se puede suponer que la puerta principal del hogar de una familia que practica la liberación temporal es una puerta giratoria. Cuando el problema ocurre, la familia lo envía fuera del sistema familiar a través de esta puerta; pero aquél tiende a regresar de inmediato. El problema se elimina, pero el alivio es temporal; la familia no está resolviendo nada en forma efectiva.

Sin embargo, a fin de preservar la integridad familiar puede ser necesario solicitar a un miembro de la familia que se marche. En una familia funcional que afronta problemas intratables, la decisión final de excluir a un integrante puede ser salvadora. Considere a una familia que ha sido robada y manipulada por un miembro con una drogadicción seria. Los años de esfuerzo para apoyarlo y salvarlo han sido infructuosos. Después de un verdadero esfuerzo, los miembros restantes llegan a considerar que este integrante ya no debe continuar destruyendo a la familia, de modo que le solicitan que se marche y regrese cuando su drogadicción haya sido exitosamente tratada. En este caso, la remoción de un miembro constituye un episodio particular más que un patrón de liberación temporal.

Compromiso negativo. El compromiso negativo es una distorsión del poder en la familia. Cuando un miembro se impone, otro integrante renuncia a sus derechos o los cede a aquél. Esto da como resultado que un miembro gane poder mientras otro lo pierde. Esta subyugación a otro es a menudo una experiencia amedrentadora e irritante para la persona que ha cedido el poder. La impotencia agota la sensación de integridad personal del individuo y puede producir depresión, anomia, hostilidad reprimida y otros riesgos emocionales. Cada persona necesita el poder para sentir que puede alterar el curso de su propia vida y para ejercer una influencia en el funcionamiento familiar.

Doble ciego. El doble ciego se refiere al conflicto en la entrega de un mensaje dentro de la familia. El contenido obvio del mensaje está acompañado por un mensaje no verbal conflictivo; el componente verbal de la comunicación está en conflicto con el componente no verbal. Esta comunicación antagónica deja al receptor confuso e incapaz de descifrar el mensaje intencionado, haciendo que la respuesta sea imposible puesto que el mensaje no es claro. El receptor de un mensaje doble ciego experimenta confusión, ansiedad y desconfianza produciendo sentimientos conjurados por una situación de no-ganancia.

Pseudomutualidad. La pseudomutualidad es una falsa unión. Al practicar la pseudomutualidad, los miembros de la familia se unen basados en las falsas suposiciones de que todos los integrantes aparentemente aprueban el respaldo. Los miembros se unen entre sí a costa de la diferenciación. Las familias se refugian en la pseudomutualidad cuando los integrantes temen el conflicto con la familia y buscan evitarlo estableciendo una fachada de armonía (Simón, 1985). El *modus operandi* de una familia pseudomutualista consiste en considerar las diferencias como una amenaza; cada miembro conserva la relación cualquiera que sea el costo para su identidad personal.

La enfermera de salud comunitaria refleja el significado del proceso de desarrollo, admitiendo que el crecimiento humano avanza desde la dependencia a la independencia y a la interdependencia. En la familia pseudomutualista se mantiene una excesiva dependencia mutua y la diferenciación se considera una amenaza.

Silencio. El silencio puede limitar la comunicación efectiva. Éste crea un bloqueo en la comunicación cuando es utilizado como una defensa familiar. El silencio puede significar que existen temas que no pueden ser discutidos o una historia que no ha sido revelada. Por supuesto, el silencio es en sí mismo una forma de comunicación, puesto que es imposible no comunicarse (Watzlawick, 1978). La utilización del silencio durante un intercambio puede ser especialmente reveladora. El silencio de un miembro puede permitir a otro reunir sus pensamientos y explorar sus sentimientos. Sin embargo, cuando es utilizado en forma defensiva, el silencio impide la participación del otro, creando un bloqueo en el patrón de comunicación. El silencio impide el acceso a un área que los miembros de la familia no permitirán que sea explorada. El silencio puede hacer que algunos miembros de la familia se sientan aislados y apartados, ya que la comunicación es vital en la familia.

Desorientación. Hablar mucho sin esclarecer un asunto es una táctica para desorientar o apartar a los miembros de los temas de importancia. Las preguntas pueden ser formuladas pero las respuestas nunca se expresan en forma clara o completa. Las respuestas son desviadas como en una comunicación agitada, y a menudo son contradictorias o no están relacionadas, consumiendo espacio y tiempo. En contraste, la comunicación funcional tiene como propósito permitir el intercambio. La desorientación ocasiona confusión al reservar información que no va a ser revelada porque está siendo ocultada a la familia. Mantener la confusión cubre cierta necesidad familiar insatisfecha y suple la necesidad de la familia de no aclarar los asuntos.

Violencia. La violencia, ya se trate de una amenaza o de algo real, es intolerable aunque es frecuente. La violencia en la familia está usualmente precedida por una historia familiar de violencia; ésta es probablemente aprendida y transmitida de una generación a otra. La agresión puede ser física, emocional, mental o sexual. Sin embargo, las familias pueden escapar de la violencia. Es importante reportar los casos.

Paradójicamente, la violencia tiene a menudo una motivación auto-protectora. Las emociones subyacentes con frecuencia están profundamente ocultas pero pueden incluir un hondo sentimiento de impotencia o ineptitud, sentimientos que pueden ser aliviados por el poder obtenido a través de la subyugación del otro.

RESUMEN

Cada familia constituye tanto un sistema humano como una unidad significativa para la atención de la enfermera de salud comunitaria. Los aspectos clave de la atención familiar son el reconocimiento de las fortalezas y capacidades de la familia; la comprensión de sus problemas e inquietudes lo mismo que de la habilidad de ésta para movilizar sus fortalezas a fin de tratar sus problemas, y la apreciación de su particular relación con la comunidad de la cual es un subsistema. La familia también debe ser considerada desde las perspectivas de sus miembros individuales, que son subsistemas del sistema familiar.

La enfermera de salud comunitaria participa en la valoración de la salud familiar y determina los patrones funcionales de la familia, con objeto de evaluar la capacidad de ésta para hacerse cargo de su propio cuidado y utilizar la comunidad y sus recursos, los cuales pueden ayudarla a afrontar sus retos.

Los patrones familiares funcionales indican la presencia de fortalezas particulares en la familia. Los patrones disfuncionales defensivos se desarrollan en las familias sometidas a un estrés exagerado o que son incapaces de afrontar el cambio y los conflictos inherentes a la vida familiar.

La enfermera de salud comunitaria es un proveedor de la atención basada en la familia y atiende a los individuos en el contexto de su familia y de la comunidad circundante. La enfermera también atiende a la familia como un todo; la familia es el cliente. Es fundamental apreciar la interrelación de los miembros de la familia entre sí y con la familia como unidad, así como la interrelación de la familia con la comunidad más general. La enfermera de salud comunitaria desarrolla su conocimiento y habilidades en la dinámica familiar para implementar un plan de atención basado en la familia.

PALABRAS CLAVE

Dupleta	Ambiente
Patrones de la vida diaria	Propio cuidado
Genograma	Disfunción
Límites	Distanciamiento, coalición, triangulación
Diferenciación	Chivo expiatorio
Papeles	Sanador familiar
Normas	Supresión del afecto
Valores	Liberación temporal
Toma de decisiones	Compromiso negativo
Poder	Doble ciego
Conflicto	Pseudomutualidad
Estrés	Silencio
Energía	Desorientación
Cambio	Violencia

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas.

1. ¿Cuál de las siguientes agrupaciones familiares puede ser representada en un genograma?
 - A. Familia mezclada.
 - B. Pareja homosexual.
 - C. Familia con un único progenitor.
 - D. Todas las anteriores.
2. ¿Cuál de las siguientes características corresponde a las familias funcionales?
 - A. Operan sin conflictos ni desacuerdo.
 - B. Definen los límites de conducta y se adhieren a ellos.
 - C. Eliminan las discordias para mantener la armonía en la familia.
 - D. Se enfocan en un miembro a la vez.

3. La familia es un importante sistema de cliente en la atención de las comunidades. ¿Cuál de los siguientes enunciados señala el motivo por el cual la familia es un cliente de las enfermeras de salud comunitaria?
- A. La salud puede ser conceptualizada a lo largo de una continuidad.
 - B. La salud es la ausencia de enfermedad o dolencia.
 - C. La salud significa adaptación y confrontación efectiva.
 - D. La salud de las familias determina la salud de las comunidades.
4. Al ingresar a un hogar desempeñando el papel de enfermera de salud comunitaria y rechazar la tasa de té brindada por una familia que considera que uno debería aceptar tal ofrecimiento, podría estar violando en la familia un importante:
- A. Límite.
 - B. Norma.
 - C. Regla.
 - D. Tema.
5. Los miembros de la familia M consideran que su hija de siete años es difícil de manejar. Al socializar le dicen a un amigo: "Nos encantaría cenar fuera contigo, pero no podemos porque nuestra hija hace un berrinche cuando la dejamos". ¿Qué tipo de defensa familiar están practicando?
- A. Chivo expiatorio.
 - B. Doble ciego.
 - C. Imperturbabilidad.
 - D. Desorientación.
6. De acuerdo con la teoría de los sistemas familiares, una familia con un hijo severamente discapacitado estaría funcionando como un sistema abierto si los padres:
- A. Rehusaran reconocer que sucede algo malo con el niño.
 - B. Protegieran a este niño de los contactos negativos con los niños vecinos.
 - C. Buscaran ayuda para comprender mejor las necesidades de su hijo.
 - D. Enfocaran gran parte de su tiempo y atención en la satisfacción de las necesidades de su hijo.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es D.* Todas las agrupaciones familiares pueden ser representadas en un genograma.
2. *La respuesta es B.* Las familias funcionales definen los límites que ofrecen integridad al sistema.
3. *La respuesta es D.* Las enfermeras de salud comunitaria pueden mejorar la salud de la comunidad mejorando la salud de las familias de la comunidad.
4. *La respuesta es B.* Las normas son las reglas que orientan las interacciones familiares.
5. *La respuesta es A.* Escoger un chivo expiatorio es depositar en un miembro la responsabilidad de un problema familiar.
6. *La respuesta es C.* Permitir un intercambio más allá de los límites, significa buscar fuera del sistema familiar ayuda para comprender las necesidades del niño.

REFERENCIAS COMENTADAS

Bomar, P. J. (Ed.). (1996). *Nurses and family health promotion: Concepts, assessment, and interventions* (2ª ed.). Filadelfia: W. B. Saunders.

Un sobresaliente texto sobre enfermería de salud familiar, esta colección incluye unidades sobre la enfermería y la promoción de la salud familiar; los conceptos y los marcos para la práctica de la enfermería de la salud familiar; y el proceso de enfermería de la salud familiar.

Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Nueva York: Jason Aronson.

Esta introducción clásica a la teoría familiar de Bowen está basada en sus trabajos iniciales referentes a las familias afectadas por la esquizofrenia y su tratamiento. Se trata de una colección de documentos escritos entre 1957 y 1977, los cuales desarrollan sus conceptos de la triangulación, el conflicto intergeneracional, la regresión social y la diferenciación del yo en la propia familia de origen.

Clark, C. C. (1994). *The nurse as group leader* (3ª ed.). Nueva York: Springer Publishing.

Este texto sirve como una valiosa guía para el trabajo de grupo, incluyendo el proceso y los conceptos básicos del grupo. Contiene el trabajo con los ancianos y con grupos dirigidos de distintos agregados, incluyendo personas con trastornos de la alimentación, depresión y codependencia, víctimas de la violación, ofensores domésticos violentos y padres de familia.

Fogarty, T. F. (1985). On Stress. *The family*, 12 (2), 15-19.

El artículo describe el estrés como una fuerza (o grupo de fuerzas) significativa que impone una tensión excesiva sobre el individuo, afectando su vida personal y sus interacciones dentro de la familia y el grupo.

Fogarty, T. F. (1976). System concepts and the dimensions of self. In P. J. Guerin (Ed.), *Family therapy: Theory and practice*. Nueva York: Gardner Press, pp. 144-153.

Este capítulo explora la teoría de los sistemas en cuanto ésta se relaciona con la familia como una unidad y con la persona individual como un miembro de la familia. Discute la intimidad, la fusión y la triangulación así como las fuerzas de la proximidad y la individualidad. -La teoría de los sistemas brinda el modelo para comprender el funcionamiento familiar; qué se requiere para tener una familia funcional y qué se requiere para ser una persona funcional en tal familia.

Fogarty, T. F. (1975). The family emotional self system. *Family Therapy*, 2 (1), 79-97.

En este artículo se esclarece el significado, la definición y las implicaciones prácticas de los "sistemas" relacionados con la comprensión de los problemas emocionales dentro de la familia. Define tres tipos de sistemas en su interior: el sistema pensante, el sistema emocional o del sentimiento y el sistema operante. Expone los conceptos de la fusión y la triangulación, incluyendo sus consecuencias emocionales.

Fogarty, T. F. (1973-1978). Emotional climate in the family and therapy. *The Family. Compendium I: The Best of the Family 1973-1978*. Washington, DC: Georgetown University Family Center, pp. 60-69.

Artículo que describe los sistemas emocionales de la familia. Los elementos del clima emocional funcional, incluyendo el espacio, el optimismo, la retroalimentación positiva y negativa, el respeto por la posición del "yo" la corrección de las sobrecargas emocionales, las expectativas y los papeles; la creación de puentes para conservar la conexión, la identificación, la diferenciación y la conexión continua; las posiciones reales contra las verbales, el humor y otros elementos.

Friedman, M. M. (1992). *Family nursing. Theory and practice*. (3ª ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Este reconocido texto familiar cubre los conceptos y procesos introductorios de la familia; los fundamentos teóricos; la práctica de la enfermería familiar (teoría, valoración, diagnóstico e intervención); las intervenciones generales de enfermería familiar y las diferencias culturales entre las familias.

Heiney, S. P. (1993). Assessing and intervening with dysfunctional families. En G. D. Wegner & R. J. Alexander (Eds.). *Readings in family nursing*. Filadelfia: J. B. Lippincott, pp. 357-367.

Heiney utiliza la teoría de Bowen sobre el funcionamiento familiar para ayudar a la enfermera de oncología pediátrica a diferenciar las familias que tienen la psicopatología significativa de las familias que experimentan el estrés situacional relacionado con el impacto de la enfermedad. Este capítulo ofrece una revisión útil del marco de trabajo de Bowen, incluyendo a la familia como un sistema emocional, la diferenciación y la triangulación. Las tablas que establecen la diferenciación entre las características de la familia funcional y disfuncional resultan particularmente útiles.

Kirschiling, J. M., Gillis, C. L., Krentz, L., Camburn, C. D., Clough, R. S., Duncan, M. T., Hendricks, J., Howard, J. K. H., Roberts, C., Smith-Young, J., Tice, K. S., & Young, T. (1994). "Success" in family nursing: Experts describe phenomena. *Nursing & Health Care*, 15 (4), 186-189.

Patrocinado por una beca del U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services, Division of Nursing, este grupo estudió los puntos de vista de las enfermeras familiares respecto a su práctica. Su objetivo consistía en clasificar los resultados exitosos obtenidos con las intervenciones de enfermería, con objeto de servir como base para el desarrollo de una tipología de atención en la enfermería familiar.

Mealey, A. R., Richardson, H., & Dimico, G. (1996). Family stress management. In P. J. Bomar (Ed.), *Nurses and family health promotion: concepts, assessment, and interventions* (2ª ed.). Filadelfia: W. B. Saunders, pp. 227-244.

Mealey y colaboradores reconocen que el estrés es inevitable pero se puede superar. Ellos definen el estrés familiar, la adaptación y el afrontamiento del mismo; discuten el papel de la enfermera en el afrontamiento familiar, cómo la familia enfrenta el estrés y la utilización del proceso de enfermería para desarrollar diagnósticos de enfermería relacionados con el estrés familiar y su afrontamiento, y concluyen sugiriendo las estrategias para la adaptación y el afrontamiento del mismo.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Texto clásico sobre terapia familiar que combina ejemplos clínicos reales, detalles específicos de la técnica y perspectivas sensatas tanto para las familias que funcionan efectivamente como para aquellas que solicitan la terapia.

Pendagast, E. G., & Sherman, C. O. (1973-1978). A guide to the genogram. *The family. Compendium. I: The Best of the Family 1973-1978*. Washington, DC: Georgetown University Family Center, pp. 101-112.

Este artículo ofrece una guía completa para el desarrollo del genograma. El genograma es el marco estructural que permite diagramar en concreto y comprender fácilmente los términos generales y la compleja información referente a una familia.

Simon, F. B., Stierlin, H., & Wynne, L. C. (1985). *The language of family therapy: A systematic vocabulary and sourcebook*. Nueva York: Family Process Press.

Manual del lenguaje y la terminología de la psicoterapia familiar, traducido del alemán.

Watzlawick, P. (1978). *The language of change: Elements of therapeutic communication*. Nueva York: Basic Books.

Este libro escrito por una autoridad mundial sobre la comunicación humana y la terapia de la comunicación, ayuda a los terapeutas a comprender la esencia del especial lenguaje del inconsciente y a utilizarlo para el beneficio de los pacientes.

Wegner, G. D., & Alexander, R. J. (Eds.). (1993). *Readings in family nursing*. Filadelfia: J. B. Lippincott.

Este texto familiar cubre ampliamente el desarrollo de la teoría de la enfermería para la salud familiar, la investigación de la enfermería de salud familiar, la práctica clínica y la educación de la misma.



LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS CLIENTES EN UNA ERA TECNOLÓGICA

Las enfermeras prestan su atención a las personas de la comunidad de distintas maneras; la atención de enfermería puede ser brindada tanto a los individuos como a los conglomerados de personas en familias o grupos. La atención suministrada a los individuos, los grupos o las familias de la comunidad es proporcionada por muchas enfermeras, incluyendo enfermeras de salud comunitaria, enfermeras de atención domiciliaria y enfermeras escolares. Algunas de ellas tienen responsabilidades generales mientras otras son más especializadas. El título "enfermera de salud comunitaria" se aplica a la enfermera educada para ofrecer a la comunidad servicios integrales.

Las enfermeras de salud comunitaria cumplen el proceso de enfermería cuando prestan su atención a los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en general. Las enfermeras de atención domiciliaria de avanzada tecnología y las enfermeras escolares tienen responsabilidades más limitadas; cada una de ellas atiende a un subgrupo específico de la población. Las enfermeras de atención domiciliaria se enfocan en las necesidades de atención aguda en el hogar mientras las enfermeras escolares se enfocan en las necesidades de los grupos de niños estudiantes. Se espera que ambas trabajen con la enfermera de salud comunitaria con objeto de satisfacer las necesidades de sus clientes; la enfermera de salud comunitaria es la practicante general, la cual se ocupa de toda la comunidad.

Este capítulo analiza los ejemplos de la atención de enfermería proporcionada a las familias y los grupos, y la identificación de los resultados efectivos de tal atención. Las intervenciones de enfermería se definen como de avanzada o atrasada tecnología y pueden ser suministradas por las enfermeras en los diferentes papeles. La atención de la comunidad como un todo se discute en los capítulos 7 a 10.

La atención de avanzada tecnología comprende la utilización de equipos complejos tales como las bombas de infusión intravenosa y la estimulación nerviosa electrónica transcutánea (TENS) para el control del dolor. La atención de enfermería de avanzada tecnología con frecuencia está asociada con técnicas invasoras tales como la administración intravenosa de quimioterapia, antibióticos o nutrición parenteral total (NPT). Esta atención es criticada por algunos porque la avanzada tecnología puede requerir mayor atención y parecer más importante que el cliente.

En contraste, la **atención de atrasada tecnología** es suministrada por la enfermera sin necesidad de equipo especial. Algunos ejemplos de ésta incluyen inspeccionar el color de la piel, comunicar las instrucciones para cambiar la dosis de un medicamento y meditar o sentarse en silencio junto a un cliente que sufre un dolor espiritual. La atención de atrasada tecnología también incluye tareas manuales tales

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

Atención prestada a los individuos
Atención suministrada a las familias y los grupos
Delegación de la atención Tarjetas de reporte de la agencia Resumen

Atención de atrasada tecnología.

La atención de atrasada tecnología es la esencia de la enfermería, debido al lazo físico y emocional que ésta establece entre el cliente y la enfermera.

como el cambio de los apósitos, el manejo de la colostomía y la inserción de un catéter de Foley. Las actividades para la promoción de la salud, las cuales constituyen el pilar de la salud pública, también son intervenciones de atrasada tecnología.

El nivel de una tecnología (avanzado o atrasado) no es sinónimo del nivel de habilidad de una intervención. Ciertas intervenciones de atrasada tecnología, tales como la comunicación terapéutica, precisan una gran habilidad. Muchos aspectos del cuidado físico, aunque simples en su naturaleza, requieren habilidad para ser llevados a cabo en forma correcta. Por ejemplo, un baño en la cama efectuado en un momento particular puede brindar comodidad al cliente pero en otro momento puede tener poco valor terapéutico. La práctica de los distintos papeles y responsabilidades de la enfermera probablemente demandará habilidades en intervenciones de atrasada y avanzada tecnología.

Con frecuencia las enfermeras deben decidir qué nivel de atención es el más adecuado para las necesidades del cliente. Trabajar estrechamente con el equipo interdisciplinario garantiza que los cambios en el plan de atención indicados por el médico del cliente, reflejen la experiencia de todo el equipo. La valoración continua confirma a la enfermera y los demás miembros que sus intervenciones son adecuadas.

Se puede considerar que la atención de avanzada y atrasada tecnología tienen igual importancia pero ésta es diferente. Las necesidades de los clientes son las señales que deberían orientar la clase de atención prestada por la enfermera. Por ejemplo, con un diagnóstico de cáncer avanzado, algunos clientes optan por la cirugía mientras otros rehusan el tratamiento y eligen los servicios del hospicio. Las necesidades y los deseos del cliente deben ser respetados al planear y ofrecer la atención.

ATENCIÓN PRESTADA A LOS INDIVIDUOS

En la actualidad los clientes pueden trabajar, jugar y convalecer en su hogar con oxigenoterapia continua, infusiones intravenosas, respiradores mecánicos y equipos de diálisis haciendo parte de sus vidas. Las enfermeras controlan los complejos regímenes de medicamentos, administran insulina y cambian vendajes mientras enseñan, cuidan y consuelan a las personas de la comunidad. La tabla 13-1 ofrece ejemplos que aclaran la diferenciación entre la atención de avanzada y atrasada tecnología.

En la tabla 13-1, las intervenciones de avanzada y atrasada tecnología están clasificadas como preventivas, curativas o restaurativas. Esta clasificación intenta

*

TABLA 13-1

CATEGORÍAS DE ATENCIÓN DE AVANZADA Y ATRASADA TECNOLOGÍA

Categorías	Atención de avanzada tecnología	Atención de atrasada tecnología
Preventiva	Instrucción interactiva asistida por computadora.	Revisión verbal de las instrucciones.
Curativa	Quimioterapia a través de una línea de acceso intravenoso.	Masaje para reducir el dolor.
Restaurativa	Estimulación mecánica del nervio para aumentar la amplitud del movimiento.	Consejería para superar el dolor de una pérdida.

diferenciar los distintos niveles de atención que las enfermeras pueden prestar en la comunidad. Las enfermeras pueden ofrecer más de un nivel de atención al mismo tiempo. Por ejemplo, mientras enseña los aspectos más esenciales de una dieta baja en grasas (atención preventiva), la enfermera también puede demostrar los ejercicios para la movilización posmastectomía (atención restaurativa).

A menudo las intervenciones de enfermería de avanzada y atrasada tecnología se suministran simultáneamente. La enfermera puede seguir la respuesta del paciente al analgésico administrado por medio de una bomba de infusión (atención de avanzada tecnología) mientras alivia a la persona con un masaje y una conversación tranquilizante (atención de atrasada tecnología). Se espera que las enfermeras controlen los signos vitales y realicen una valoración neurológica (atención de atrasada tecnología) mientras ajustan el flujo del oxígeno en un respirador en el domicilio del paciente (atención de avanzada tecnología). A continuación se discuten más detalladamente las intervenciones de avanzada y atrasada tecnología.

Atención de enfermería de avanzada tecnología

El volumen de los casos de avanzada tecnología remitidos para la atención domiciliaria aumenta a medida que el hogar se convierte en el sitio preferido para la atención en muchas situaciones. Muchos proveedores consideran que si es posible brindar la atención en el domicilio, ésta debería ofrecerse allí. La atención domiciliaria se considera atractiva en parte porque en ocasiones es menos costosa que la atención institucionalizada. El hospital llegará a ser un sitio para la prestación de la atención sólo para las personas críticamente enfermas o para aquellas que carecen de una vivienda adecuada para recibir tal atención.

La atención cada vez más compleja puede ser administrada en el hogar mientras se cuente con servicios especializados de soporte. Sin embargo, un inconveniente de la atención domiciliaria de avanzada tecnología es el estrés que genera en las personas encargadas de la atención del paciente, tales como parientes y amigos (Ruppert, 1996). La preocupación respecto a la carga emocional y económica que implica para la familia y los amigos el hacerse cargo de la atención, está en aumento. Muchos de los aspectos técnicos de la atención domiciliaria son fáciles de asumir porque están relacionados con intervenciones o tareas discretas, pero los costos inherentes al cuidado de una persona amada para la familia y los amigos que carecen de un respaldo adecuado no pueden ser cuantificados. Tales costos incluyen la pérdida del trabajo, una menor productividad y el agotamiento emocional.

Existen otras barreras para la atención domiciliaria. Algunos miembros de la familia y amigos no desean o no son capaces de brindar una atención segura. Algunos asistentes encargados de la atención no se sienten cómodos con las crecientes responsabilidades que los profesionales los animan a asumir. En ocasiones, los hogares no son físicamente adecuados para la atención del cliente debido a la falta de electricidad, calefacción o agua. Algunos espacios no son suficientemente grandes para permitir la colocación y movilización del equipo.

La ausencia de personas para hacer los reemplazos también dificulta el encargarse de la responsabilidad de la atención. Algunos miembros de la familia y amigos temen que una vez que ellos asuman la atención de la persona amada, ya no serán capaces de delegar la responsabilidad en los profesionales encargados de la atención. Incluso aunque la contención de los costos se convierta en un tema crítico, los miembros de las familias y sus amistades están revaluando su deseo de brindar la atención primaria.

Atención de enfermería de atrasada tecnología

La atención de atrasada tecnología, incluyendo la educación y la consejería, es continuamente suministrada por las enfermeras de salud comunitaria y atención domiciliaria, aunque tal atención es rara vez remunerada como un servicio aislado a menos que se encuentre específicamente relacionada con un diagnóstico médico. Pese a que siempre se requiere cierto nivel de atención de atrasada tecnología, el Gobierno y los sistemas de reembolso a terceros no parecen interesados en pagar por ella. El sistema de atención de salud de Estados Unidos prefiere financiar procedimientos o labores de avanzada o atrasada tecnología médica tales como el cuidado de las heridas o la administración de antibióticos por vía intravenosa, antes que financiar las actividades para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Muchas personas consideran que la atención de atrasada tecnología relacionada con el apoyo emocional, la enseñanza y la consejería constituye un servicio adicional no fundamental. Las familias esperan recibir de parte de la enfermera la instrucción sobre las interacciones de los medicamentos, pero no esperan pagar separadamente por esto. Por tanto, la creatividad de la enfermera de salud comunitaria es esencial en la práctica contemporánea para satisfacer las necesidades de enfermería del cliente ciñéndose a las limitaciones del reembolso. Las enfermeras de salud comunitaria podrían participar en las reuniones municipales o las discusiones en grupo para ayudar a las personas que pueden necesitar servicios en el futuro (por ejemplo, los ancianos débiles) y conocer las restricciones del sistema de reembolso. Las enfermeras de salud comunitaria podrían ayudar a organizar grupos para explorar los cambios en los reembolsos y los programas de pago por los servicios.

Medición de los resultados obtenidos con las intervenciones de la atención

Las enfermeras de salud comunitaria tienen la responsabilidad de identificar los resultados esperados de la atención en colaboración con sus clientes con objeto de satisfacer sus necesidades globales. Un resultado esperado es el indicador con el cual se mide el progreso de la curación. En las siguientes situaciones de clientes se revisan las necesidades relacionadas con la salud y se identifican importantes resultados evidentes. Los resultados conseguidos sugieren que la atención suministrada es adecuada para el cliente. Los mismos deben ser evaluados continuamente dado que los clientes pueden experimentar cambios neurológicos, perder destreza y experimentar variaciones en sus redes de apoyo así como en la capacidad de cuidar de sí mismos.

La maestría en la planeación de los resultados esperados permite que la enfermera observe cambios imprevistos que pueden ser, o no, benignos en el caso atendido. Los resultados cambian a medida que el cliente recupera su salud o desarrolla problemas adicionales.

***E*STUDIO DE CASO. RESULTADO: PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN**

Melissa Bran es una niña de ocho años, cliente de atención domiciliaria desde hace mucho tiempo. A ella le fue practicada una traqueotomía a los siete meses de edad debido a la parálisis bilateral de las cuerdas vocales. Melissa ha sido atendida en su hogar por una agencia de atención domiciliaria que le presta atención de enfermería durante las 24 horas. La familia de Melissa, incluyendo a sus dos hermanos mayores, participa en el cuidado de su traqueotomía. En varias ocasiones se ha observado que uno de

los hermanos mayores utiliza una técnica inadecuada al succionar la traqueotomía de Melissa.

La enfermera de salud comunitaria que trabaja con la familia de la niña decide revisar con todos sus miembros el manejo y succionamiento de la traqueotomía. En este caso, la persona que necesita una reevaluación de la técnica brinda a la enfermera la oportunidad de evaluar esta habilidad con todas las personas encargadas de la atención. La meta consiste en mejorar el nivel de habilidad de la familia, utilizando la técnica aséptica para prevenir la infección. El *resultado* óptimo para Melissa es *permanecer libre de infección*.

Para conseguir este resultado, la enfermera y la familia acuerdan participar en un proyecto de enseñanza que requiere: (1) el lavado de las manos antes y después de realizar la succión; (2) la conservación del catéter de succión en una funda estéril hasta justo antes de la succión; (3) efectuar succiones breves e intermitentes con la oxigenoterapia adyuvante, y (4) recordar a otros integrantes de la familia el procedimiento correcto, para evitar complicaciones en caso de que no practiquen la técnica aséptica.

La enfermera y la familia están trabajando conjuntamente para conservar sana a Melissa. Este es el pilar de todas las intervenciones de enfermería. A medida que Melissa mejora, se pueden añadir al plan otras actividades con objeto de preservar el resultado consistente en evitar la infección. Con el tiempo, algunas intervenciones pueden ser eliminadas del plan de atención cuando ya no sean necesarias.

ESTUDIO DE CASO. RESULTADO: PREVENCIÓN DE LA LACERACIÓN DE LA PIEL Y LAS CONTRACTURAS DE LAS EXTREMIDADES

Kim Zen es una cliente domiciliaria de nueve años de edad, quien depende de un ventilador desde hace mucho tiempo. A los cuatro años le diagnosticaron enfermedad de Parkinson de aparición temprana. Debido a la naturaleza de esta rara enfermedad infantil, ella se encuentra inmóvil y limitada a la silla de ruedas. Los cambios de posición, el cuidado de la piel y los ejercicios de movilización pasiva son indispensables para evitar las contracturas severas y la ulceración de la piel.

La enfermera de atención domiciliaria debe servir de instrumento para lograr los resultados deseados consistentes en *evitar la laceración de la piel y prevenir las contracturas de las extremidades* en esta cliente. La enfermera revisa la adecuada ejecución de los cambios de posición y los ejercicios en compañía de los ayudantes de salud domiciliaria y los miembros de la familia que participan en la atención de Kim.

En esta situación, los componentes requeridos por el plan para la consecución de los resultados de la atención incluyen: (1) cambios de posición cada dos horas; (2) observar las prominencias óseas donde es probable que ocurran lesiones de la piel; (3) lubricar y humedecer estas áreas dos veces al día; (4) realizar baño diario, y (5) tres veces al día efectuar ejercicios de movilización pasiva tanto de miembros superiores como de miembros inferiores con objeto de minimizar o evitar las contracturas.

Es importante recordar que las intervenciones de enfermería varían de un cliente a otro. Algunos clientes necesitan el baño en días alternos. Otros clientes precisan que las áreas de su piel sean inspeccionadas y también masajes con mayor o menor frecuencia. La clave del éxito de las intervenciones es la indivi-

dualización del plan de atención. Los aspectos comunes de éste incluyen la necesidad universal de la inspección, la limpieza, el masaje y el ejercicio para evitar lesiones de la piel y las contracturas. Como se mencionó previamente, los resultados deseados cambian para reflejar las conductas que se esperan del cliente las cuales son equiparadas con niveles adecuados de desarrollo humano y capacidad funcional.

*E*STUDIO DE CASO, RESULTADO: TOLERANCIA DE LA QUIMIOTERAPIA DOMICILIARIA CON EFECTOS COLATERALES MÍNIMOS

Nicholas Corte es un niño de doce años a quien le han diagnosticado leucemia linfocítica aguda (LLA). Después de una fase de inducción (es decir, la fase inicial) de quimioterapia en el hospital, el cliente fue dado de alta. Nicholas y su familia viven en una población rural a 120 kilómetros de distancia del centro médico más cercano, lo cual hace que las visitas diarias al hospital para recibir quimioterapia sean inconvenientes y difíciles.

La atención domiciliaria de Nicholas fue planeada con objeto de suministrar la quimioterapia en su hogar mientras se favorece su adaptación a esta enfermedad crónica. Nicholas porta un catéter de Broviac de doble luz para facilitar la administración de la quimioterapia.

Como parte del protocolo de tratamiento, Nicholas recibirá una infusión de ciclofosfamida (Cytosan) con la administración coadyuvante de un antiemético. El resultado final consiste en *tolerar la quimioterapia con efectos colaterales mínimos*.

Las intervenciones de enfermería utilizadas para conseguir el resultado en este ejemplo incluyen: (1) administrar una terapia antiemética y de hidratación una a dos horas antes de la quimioterapia; (2) mantener un gasto urinario normal y una baja gravedad específica de la orina; (3) administrar un goteo intravenoso de Cytosan en un período de dos horas; (4) permanecer libre de náuseas y vómito; (5) negatividad de sangre en la orina, y (6) ausencia de infección en el sitio de inserción del catéter de Broviac.

Nicholas (y su familia) también tendrán resultados relacionados con *afrontar el cáncer*. Nicholas tendrá necesidades concernientes a su seguridad y protección, así como también la necesidad de recuperar su integridad fisiológica.

La enfermera de salud comunitaria revisa con los individuos, las familias y los grupos las inquietudes referentes al crecimiento y desarrollo si es el caso. Se deben fijar los resultados con objeto de reflejar las conductas que se esperan del cliente.

En esta situación, la enfermera podría esperar que el "afrontamiento del cáncer" se tradujera en la expresión de los temores relacionados con los tratamientos o los efectos colaterales. Los clientes que ingresan a la adolescencia tienen inquietudes sobre la influencia de los grupos de compañeros y las oportunidades para el romance. Nicholas identificará con la enfermera de salud comunitaria otros resultados a medida que aprenda cómo afrontar las experiencias de la enfermedad, sus temores respecto a la muerte y su esperanza de vivir tanto como sea posible.

ESTUDIO DE CASO. RESULTADO: AUSENCIA DE ACCIDENTES EN EL DOMICILIO

Albert Nicoelli, de 55 años de edad, se está recuperando en su domicilio de una enfermedad cerebrovascular (ECV). Él está experimentando una hemiparesia derecha y tiene problemas para hablar claramente. Sus antecedentes clínicos incluyen el tratamiento con medicamentos y terapia de grupo para el manejo de la depresión y las ideas suicidas.

La valoración de la enfermera de salud comunitaria establece como resultado de la intervención *la ausencia de accidentes en el hogar*.

En esta situación, la enfermera desea que el señor Nicoelli sea capaz de: (1) marcar personalmente el número 911 para movilizar al equipo de urgencias médicas; (2) abrir los frascos de los medicamentos y tomarse los medicamentos correctamente; (3) deambular con seguridad en su hogar utilizando un caminador o bastón, y (4) expresar los cambios de su estado de ánimo y los sentimientos negativos respecto a sí mismo.

La enfermera de salud comunitaria revisa periódicamente el plan para la seguridad personal en el domicilio puesto que esta necesidad está siempre presente en clientes como el señor Nicoelli. Otros resultados incluirían las conductas relacionadas con las actividades de la vida diaria (AVD) y la comunicación, dado que estas habilidades están comprometidas luego de una enfermedad cerebro-vascular.

ATENCIÓN SUMINISTRADA A LAS FAMILIAS Y LOS GRUPOS

La atención suministrada a las familias y los grupos también puede ser clasificada como de avanzada o atrasada tecnología. Las intervenciones de enfermería son proporcionadas a la familia o grupo como un todo, o suministradas a un miembro individual para mantener a la familia o grupo funcionando adecuadamente. Por ejemplo, dictar una clase sobre nutrición dirigida a las parejas que esperan un bebé es una intervención ofrecida a la totalidad del grupo, aunque cada individuo percibirá la clase en una forma particular.

Una intervención individual (por ejemplo, las técnicas de relajación) puede ser ofrecida a un padre del grupo que está experimentando ansiedad durante las reuniones grupales. La intervención disminuye su ansiedad, permitiendo que el padre regrese al grupo semanalmente. En esta situación, la intervención individual también beneficia al grupo de padres como un todo al mantenerlo intacto y permitir que el padre ansioso participe en el funcionamiento del mismo.

Atención de enfermería de avanzada tecnología

Las familias pueden toparse con avanzada tecnología en la atención prestada a sus miembros. Por ejemplo, las pruebas sanguíneas para la detección de los trastornos genéticos son realizadas individualmente, pero se pueden considerar como una intervención familiar porque sus resultados afectan el funcionamiento normal de toda la familia.

La administración de inmunoglobulina a los contactos de un residente de una residencia estudiantil luego del diagnóstico de hepatitis, puede ser considerada como una intervención de grupo. Esto se debe a los esfuerzos realizados para evitar o disminuir la severidad de la enfermedad entre los estudiantes que viven en la residencia, la cual constituye una colectividad social.

Atención de enfermería de atrasada tecnología

Las actividades para la intervención de las crisis, aplicadas a las familias y grupos disfuncionales, son intervenciones comunes de atrasada tecnología. Tales intervenciones pueden ser utilizadas con una familia que tiene antecedentes de enfermedad mental o con un grupo de víctimas de abuso infantil. Otro ejemplo corresponde a la fijación de límites en una discusión de grupo en la cual la ira y la frustración están en aumento. Esta intervención tiene el propósito de mantener al grupo o familia funcionando en una forma saludable. Las intervenciones de atrasada tecnología como las mencionadas, requieren una gran habilidad. La intervención de las crisis constituye una de tales intervenciones de atrasada tecnología que exigen gran habilidad.

La asesoría familiar relacionada con el control de la natalidad o las enfermedades genéticas, se brinda para apoyar las decisiones de la familia respecto a la planificación familiar, lo cual ayuda a este grupo a funcionar como unidad. La consejería y la instrucción son ofrecidas a las familias y los grupos de modo que los individuos puedan verse a sí mismos como parte de una agrupación mayor. Las instrucciones y consejos adecuados, que brindan información útil y exacta, pueden ser transmitidos de una generación a otra.

Medición de los resultados de las intervenciones de la atención

Las familias y los grupos son los receptores de la atención de enfermería cuando la enfermera de salud comunitaria interviene simultáneamente con más de una persona. El resultado consistiría en una mejora del funcionamiento del grupo.

*E*STUDIO DE CASO. RESULTADO: REDUCCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE AMIGOS

Se está considerando la admisión de Ed Smith y tres de sus amigos en la Clínica de Salud Mental de Atención Ambulatoria para recibir terapia de grupo. El consejero piensa que esto puede ayudar a reducir la depresión crónica en este grupo, la cual está relacionada con la muerte de un compañero universitario.

Ed se culpa a sí mismo por la muerte de su amigo porque sus compañeros abandonaron su casa "algo bebidos". Ed dice que si les hubiese solicitado no conducir "su compañero estaría vivo y los demás no habrían resultado heridos". Ed y sus amigos han mostrado signos de una depresión más severa a medida que se aproxima el aniversario de la muerte de su compañero.

La intervención de enfermería para Ed y sus amigos incluiría el apoyo de los miembros cuando éstos ingresen a la consejería individual y de grupo. *El resultado esperado con este grupo es la reducción de la depresión.*

El progreso de la salud en este grupo de amigos puede evidenciarse mediante: (1) la expresión de un menor número de episodios de tristeza y llanto; (2) una mayor participación en las actividades extra académicas; (3) la colaboración en una campaña contra la conducción en estado de embriaguez, y (4) la capacidad para pensar en el compañero fallecido sin que esto desencadene sentimientos de tristeza o depresión.

Los resultados de los grupos no siempre son tan específicos como los resultados individuales, pero la enfermera y el grupo pueden identificar aquellas conductas que señalarán un paso hacia la salud. En la situación referida, la enfermera, Ed y sus amigos identifican juntos los resultados deseados los cuales reflejan un progreso hacia la salud.

En la siguiente situación, el cliente es una familia completa; cada miembro está intentando adaptarse al diagnóstico de diabetes de otro de los integrantes de la familia.

ESTUDIO DE CASO. RESULTADO: RESPUESTA REALISTA A LA ENFERMEDAD

Tony Samone es un cliente de 18 años de edad que es atendido por el personal de la Clínica de Diabetes. Él ha faltado a sus últimas cuatro citas en la clínica. Durante la valoración de enfermería, Tony expresa su inquietud respecto a "los cambios corporales que me harán lucir como un fenómeno". Él no le ha comentado a su novia su diagnóstico y está muy preocupado porque no va a obtener una beca deportiva si "no se apresura y supera esta enfermedad". La madre de Tony no se siente cómoda hablando sobre la diabetes porque teme que ella pueda desarrollarla.

La enfermera de salud comunitaria decide que una reunión familiar podría ayudar a Tony, su novia y su madre a enfocarse como una unidad familiar en el resultado de *considerar las limitaciones de la diabetes de un modo más realista*.

La enfermera de salud comunitaria puede ayudar a la familia a comprender mejor la enfermedad así como a afrontarla individualmente y como unidad familiar. Las conductas de la familia deberían incluir: (1) la descripción del cuerpo de un modo que refleje una imagen corporal sana; (2) la discusión de los futuros planes de participación en el propio cuidado y el manejo de la enfermedad; (3) la explicación del adecuado cuidado de los pies y de las heridas, y (4) la descripción exacta de la evolución potencial de la diabetes. Aunque los individuos serían responsables de las conductas reales, la prestación de apoyo y control adecuados, y la aceptación de la responsabilidad colectiva para cumplir el plan elaborado por la familia y la enfermera corresponden a resultados familiares.

ESTUDIO DE CASO. RESULTADO: PREPARACIÓN PARA EL PARTO

Mary Cathine está embarazada por primera vez y muy preocupada sobre cómo prepararse para el nacimiento de su hijo. Ella tiene siete meses y medio de gestación y ha hecho muy pocas reformas en su apartamento para la llegada del bebé.

La señorita Cathine, una madre soltera, no ha recibido atención prenatal y fue remitida a la enfermera por su empleador. Durante la primera cita de la enfermera visitante, Mary ve la televisión y responde a la enfermera con pocas palabras. Ella dice, "¡Estoy ansiosa porque nazca mi bebé! ¡Espero que no sea mucho problema! ¡Quiero ser una buena madre!"

La enfermera de salud comunitaria puede intervenir en la unidad familiar que se está originando, ayudando a Mary a enfocarse en los resultados de *aceptar su embarazo y prepararse para el nacimiento*.

Para Mary, las conductas que sugieren su progreso respecto a los resultados incluyen: (1) elaborar una lista de los objetos que necesitará para prepararse para el parto; (2) hablar sobre la experiencia del parto con un miembro conocedor de la familia o una amiga; (3) asistir semanalmente a las consultas de atención prenatal; (4) acudir a las clases de preparación para el parto, y (5) discutir cada semana los desafíos de la maternidad en un grupo de apoyo o una clase para padres.

En ocasiones la enfermera de salud comunitaria cuenta con mayor tiempo para prevenir los problemas particulares o por lo menos explorarlos con más detalle. El tiempo que antecede al parto con frecuencia es utilizado para respaldar a la familia que experimenta la gestación, mientras la remisión sea efectuada tempranamente en el embarazo. En estas situaciones, la enfermera de salud comunitaria se enfoca en los resultados de la *aceptación del nuevo miembro por parte de la familia y la adaptación a las nuevas exigencias del recién nacido*.

La enfermera platica con el cliente para identificar resultados que sean tanto deseables como factibles. Ella puede sugerir algunos resultados de los cuales el cliente no se ha percatado, mientras el cliente puede explicarle que algunos resultados no son realistas desde su perspectiva. Los patrones de los resultados exitosos pueden ser utilizados para mostrar de qué manera las enfermeras y otros proveedores satisfacen las necesidades de los clientes.

DELEGACIÓN DE LA ATENCIÓN

Las enfermeras de salud comunitaria no proveen toda la atención necesaria en la comunidad. Los acompañantes domiciliarios, los empleados de la atención personal, los auxiliares de enfermería de salud domiciliaria y las personas que carecen de entrenamiento formal pueden colaborar con la atención en el hogar. La delegación de las labores de la enfermera a otras personas requiere la confirmación de la seguridad para hacerlo. Los clientes estables que no se encuentran en condiciones precarias de salud son candidatos para que alguien con escasa o ninguna educación formal relacionada con la salud [por ejemplo, personal asistente no licenciado (PNL)] colabore con su atención.

Cuando la enfermera delega la atención, debe efectuar un seguimiento para confirmar que la delegación de la responsabilidad procede sin inconvenientes. Cada enfermera debe consultar la Nurse Practice Act con la cual ella ejerce; existe una amplia variación en lo que constituye la "delegación" en los diferentes estados y territorios. Sin embargo, los cinco criterios esenciales para la delegación son los mismos en cada situación. Estos criterios son: (1) la tarea correcta, (2) las circunstancias correctas, (3) la persona correcta, (4) la comunicación o instrucción correcta y (5) la supervisión correcta (National Council of State Boards of Nursing, 1995). Cada enfermera de salud comunitaria que cumple estos cinco criterios para la delegación aumenta la probabilidad de delegar con seguridad.

La delegación, cuando se utiliza en forma adecuada, permite que las personas asistentes y aquellas que tienen un mínimo entrenamiento suministren una atención de soporte segura. Los beneficios de la delegación son especialmente obvios en la atención de los clientes estables, físicamente discapacitados. Por ejemplo, a un técnico como persona no licenciada que trabaja en la comunidad, se le pueden delegar las tareas de realizar una cateterización y un succionamiento traqueal asépticos luego del debido entrenamiento y con la correspondiente supervisión. La política de la agencia regula la frecuencia de la supervisión del PNL que trabaja en el ámbito comunitario.

Delegación de la atención. Las enfermeras pueden delegar únicamente las actividades de la atención que el PNL pueda realizar en forma segura. La enfermera nunca puede delegar la supervisión de un PNL a otro, siendo responsable de la valoración regular con objeto de verificar que el PNL esté suministrando la atención de modo confiable.

TARJETAS DE REPORTE DE LA AGENCIA

La efectividad de las distintas intervenciones efectuadas por las enfermeras y otros profesionales se debe evaluar rutinariamente. Los resultados de tal evaluación pueden ser utilizados, por ejemplo, para informar al público respecto a la calidad de los servicios. Las variables calificadas en una tarjeta de reporte pueden influir las decisiones para la autorización de una agencia gubernamental o las decisiones financieras de una organización privada. Algunos patrocinadores desean saber quién es elegible para la atención, qué tan eficiente es la agencia candidata y qué piensan los proveedores sobre la atención de salud de la agencia antes de respaldar sus programas.

No resulta sorprendente que una organización haga públicas únicamente las variables que la colocan en una perspectiva favorable. Sin embargo, una amplia lista de variables debería estar disponible para obtener la confianza del público en la prestación de los servicios de parte de una organización para la atención de salud. La acreditación voluntaria, que se discute en el capítulo 16, requiere la autovaloración de las siguientes áreas: (1) estructura y función para apoyar una filosofía orientada hacia el consumidor; (2) constancia de la alta calidad de los servicios; (3) recursos humanos, económicos y físicos adecuados para realizar el trabajo de la organización, y (4) el posicionamiento para una permanencia a largo plazo (Community Health Accreditation Program, 1993).

También pueden desarrollarse variables que reflejen los temas de interés comunitario. Una comunidad podría preguntar por la duración del servicio para los ancianos, mientras otra podría estar más interesada en cuánto tiempo debe esperar una nueva madre para recibir una visita domiciliaria posparto. Es posible que un grupo interesado desee conocer la proporción entre las enfermeras y los clientes y el recambio del personal; otros podrían desear conocer la información relacionada con la satisfacción de los clientes.

Algunos consumidores pueden desear en las tarjetas de reporte mediciones de categorías que no son evaluadas rutinariamente. Los consumidores podrían preguntar: ¿Qué porcentaje de clientes diabéticos se inyecta la insulina correctamente luego de dos visitas domiciliarias? ¿Cuántas enfermeras que laboran en una comunidad latina hablan español? ¿Qué porcentaje de clientes reclusos en sus hogares han desarrollado úlceras de decúbito después de la hospitalización? A medida que la influencia de los consumidores continúa expandiéndose en el campo de la atención domiciliaria, se solicitará a las enfermeras controlar indicadores cada vez más complejos de la atención de calidad.

Las enfermeras de salud comunitaria tienen una gran oportunidad para identificar los indicadores de calidad que son importantes en la práctica de la enfermería para la salud comunitaria. Estas enfermeras deberían tener cabida en los comités de verificación de la calidad dentro de las agencias y entre las mismas con objeto de que sus voces sean escuchadas mientras se establecen los programas de evaluación.

Tarjeta de reporte de la agencia.

Las tarjetas de reporte de la agencia están constituidas por los indicadores de la calidad que reflejan en forma ideal la imagen exacta de los servicios ofrecidos por la agencia.

RESUMEN

Los aspectos técnicos de la prestación de la atención de enfermería varían, del mismo modo que varía la intensidad de la atención. La atención generalmente es de avanzada o atrasada tecnología en su naturaleza y las enfermeras ofrecen a los individuos, las familias y los grupos una mezcla de ambos tipos de atención.

Los resultados de los clientes son la clave para medir el éxito de las intervenciones de enfermería (y otras intervenciones profesionales). Al establecer equipos

interdisciplinarios de atención la meta consiste en descubrir cuál proveedor es el más adecuado para brindar los servicios al cliente. En ocasiones las enfermeras delegan la atención, pero deben hacerlo esforzándose en garantizar la seguridad del cliente. Las enfermeras tienen la responsabilidad de delegar la atención a otros únicamente en situaciones estables donde el respaldo y la supervisión estén prontamente disponibles.

Los consumidores están aumentando su influencia en el control de calidad de los servicios de la atención domiciliaria, mientras las agencias y los proveedores de los servicios desarrollan tarjetas de reporte para garantizar al público que éste recibe servicios de calidad. Las enfermeras de salud comunitaria deben participar de lleno en el establecimiento de los indicadores de calidad de modo que el público y el personal administrativo continúen apreciando los servicios de enfermería para la salud comunitaria.

PALABRAS CLAVE

Delegación de la atención
Tarjeta de reporte de la agencia
Resultados evaluables

Atención de avanzada tecnología
Atención de atrasada tecnología

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas.

1. Un ejemplo de intervención de enfermería de avanzada tecnología en la comunidad correspondería a:
 - A. Facilitar la consejería de grupo para las crisis.
 - B. Regular la quimioterapia con bomba intravenosa.
 - C. Realizar una terapia terapéutica táctil.
 - D. Enseñar el contenido del equilibrio ácido-base.
2. El siguiente sería un ejemplo de un resultado evaluable relacionado con el plan de atención:
 - A. El cliente demuestra una adecuada técnica para el cuidado de la herida.
 - B. La enfermera finaliza un curso de certificación.
 - C. El hospital establece el horario de atención durante las noches y los fines de semana.
 - D. La legislatura financia un programa para el desarrollo infantil.
3. ¿Cuál de los siguientes hallazgos refleja más claramente la ausencia de infección?
 - A. Temperatura corporal de 37 °C.
 - B. Sensibilidad en el sitio de la herida.
 - C. Diaforesis periódica.
 - D. Disminución del rango de movimiento cerca de la herida.
4. Un ejemplo de un resultado basado en la familia sería:
 - A. Cada miembro explica individualmente las restricciones de la dieta.
 - B. El 75 por ciento de los miembros de la familia realiza correctamente una tarea.
 - C. Las intervenciones de la enfermera se mantienen en secreto para algunos miembros.
 - D. Los miembros dedican tiempo para una reunión familiar con objeto de discutir juntos sus problemas.

5. Los resultados de un grupo son mediciones que indican qué tan bien está trabajando éste. ¿Cuál de las siguientes conductas debería ser propiciada por la enfermera de salud comunitaria en un grupo?
 - A. Las mujeres del grupo sólo hablan con las mujeres.
 - B. Los miembros del grupo a menudo se quedan hasta más tarde para la reunión de un subgrupo.
 - C. Los miembros coordinan sus aportes de modo que cada integrante del grupo pueda participar.
 - D. La hora de inicio de la reunión varía debido a los distintos horarios laborales.
6. ¿Cuál de las siguientes características probablemente no estaría incluida en una tarjeta de reporte generada por la agencia?
 - A. Las personas que no pueden costear la totalidad de las clases dirigidas a los nuevos padres utilizan una escala descendente para el pago.
 - B. Los clientes refieren que el 90 por ciento de las nuevas madres están satisfechas con la atención que reciben.
 - C. La agencia fue incapaz de cumplir los criterios de acreditación en todas las áreas requeridas.
 - D. La clínica ortopédica permanece abierta durante las noches y los fines de semana.
7. ¿Cuál de los siguientes clientes sería un candidato para la delegación?
 - A. Un hombre de 84 años de edad que no ha manifestado cambio en su estado de salud durante cinco años.
 - B. Un recién nacido con un nivel elevado de bilirrubina.
 - C. Una mujer de 35 años a quien recientemente le diagnosticaron diabetes.
 - D. Un individuo ligeramente desorientado con quejas y síntomas indefinidos.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es B.* La quimioterapia con bomba intravenosa en el domicilio es una intervención de avanzada tecnología.
2. *La respuesta es A.* Los resultados evaluables en el plan de atención se refieren a las acciones del cliente.
3. *La respuesta es A.* La temperatura corporal normal refleja la ausencia de infección.
4. *La respuesta es D.* Dedicar tiempo a una reunión familiar sugiere que la familia está trabajando como una unidad.
5. *La respuesta es C.* Los miembros individuales que están interesados por otros integrantes del mismo muestran respeto por el trabajo del grupo.
6. *La respuesta es C.* Las tarjetas de reporte generadas por la agencia tienden a informar únicamente los aspectos positivos.
7. *La respuesta es A.* Aunque es mayor, el hombre de 84 años es el cliente más estable y, por tanto, elegible para ser atendido por alguien con escaso o ningún entrenamiento formal.

REFERENCIAS COMENTADAS

Community Health Accreditation Program. (1996). *Benchmarks for excellence in home care: User's guide*. Nueva York: Autor.

Este programa de computadora permite la recolección de los datos con objeto de crear un proyecto para el mejoramiento continuo de la calidad. Los parámetros se enfocan en el manejo del consumidor, clínico, organizador, económico y del riesgo.

Community Health Accreditation Program. (1993). *Standards of excellence for home care organizations*. Nueva York: Autor.

Estos criterios, los cuales se encuentran en continuo desarrollo desde 1965, están divididos en las siguientes categorías: central, profesional, paraprofesional, hospicio, terapia de infusión, equipo médico domiciliario y farmacia. "Los principales temas del programa de acreditación son la calidad, los derechos de los consumidores, la viabilidad de los servicios a largo plazo y la integración de los servicios basados en la comunidad en la suma total de los servicios para la atención de salud. (Para obtener mayor información sobre la acreditación llame al teléfono 800-669-9656).

National Council of State Boards of Nursing. (1995). *Delegation: Concepts and decision-making process*. Chicago: Autor.

Las normas para la delegación en la toma de decisiones son revisadas a fin de facilitar la prestación de atención de salud de calidad por parte de las personas convenientes en todos los ambientes para la atención de salud.

Ruppert, R. A. (1996). Caring for the lay caregiver. *American Journal of Nursing*, 96(3), 40-46.

Los problemas experimentados por las personas asistentes encargadas del cuidado son cubiertos detalladamente en este artículo de educación continuada.

Stanhope, M., & Knollmueller, R. N. (1996). *Handbook of community and home health nursing*. (2ª ed.). St. Louis, MO: C.V. Mosby.

Este pequeño texto proporciona ejemplos de muchas herramientas para la valoración, intervención y educación que la enfermera de salud comunitaria podría utilizar en la atención de las personas a lo largo de sus vidas.

P A R T E

4

*C*ONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: TENTATIVAS PARA MANEJAR LA ATENCIÓN EN FORMA INTEGRAL

*

INCONVENIENTES PARA OFRECER CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN EN UN SISTEMA DE SALUD CON MÚLTIPLES FRENTES

Las consignas para la supervivencia en el siempre cambiante sistema de prestación de atención en salud, son la continuidad de la atención y el manejo de los casos. Las enfermeras y otros proveedores, quienes continuamente manejan la atención mientras al mismo tiempo conservan los recursos, son actores en la toma de decisiones para la atención de la salud actual y futura (Cohén, 1996; Cohén y Cesta, 1993). Las enfermeras que no deseen aceptar el reto de crear sistemas innovadores de atención ya no serán consideradas profesionales productivas.

La realidad económica de los distintos sistemas de atención está obligando a todos los proveedores de salud a demostrar cierto nivel de destreza para los negocios y competitividad en la satisfacción del cliente (Hicks, Stallmeyer y Coleman, 1993; Newell, 1996). Los compradores de los servicios de enfermería (los clientes) han pasado del papel de participantes pasivos en la toma de decisiones relacionadas con la atención de salud al papel de consumidores comprometidos con la atención de ésta.

La industria de los seguros y los comités para la utilización de los recursos supervisan estrechamente la forma cómo es suministrada la atención y cuánto cuesta (Landers, 1995). Los aspectos más fundamentales en la continuidad de la atención requieren que las enfermeras tengan en cuenta sus responsabilidades con los clientes a lo largo de las 24 horas. Como miembros del equipo de manejo interdisciplinario de la atención, se espera que las enfermeras asuman toda la responsabilidad de una parte de la carga total de clientes.

Cada miembro del equipo tiene la responsabilidad específica de vigilar una parte de la satisfacción cabal de las necesidades de los clientes. Por ejemplo, una enfermera administradora de casos en un hospital puede supervisar la atención de una unidad particular mientras la enfermera de salud comunitaria supervisa la atención en un área geográfica determinada. Las enfermeras miembros del equipo de manejo de los casos no son empleadas de turno cuyo día finaliza a las 7 a.m., 3 p.m. u 11 p.m. Sus responsabilidades son tan continuas como la atención que ellas brindan.

ADJUDICACIÓN DE LOS RECURSOS

Las enfermeras deben responder ante sus clientes y sus colegas por el bienestar de un número de clientes a un nivel micro y de todos los clientes a un nivel macro más general. Por ejemplo, en la comunidad las enfermeras son responsables de

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

Adjudicación de los recursos

Qué es la continuidad de la atención

Continuidad de la atención y conflictos
de campo entre los proveedores

Resumen

enseñar los procedimientos técnicos a un cliente diabético (micronivel) así como de participar en la planeación de la salud con toda la comunidad (macronivel). Las asignaciones laborales cotidianas de la enfermera pueden enfocarse en la atención de las nuevas madres, padres y recién nacidos (micronivel) e igualmente en la educación de la comunidad que necesita atención prenatal (macronivel).

En la comunidad, las enfermeras tienen una oportunidad única para desarrollar relaciones especiales con otros proveedores de atención de salud así como con distintos grupos de consumidores para crear nuevos sistemas de atención. La figura 14-1 identifica ejemplos en el marco de las intervenciones terapéuticas, los cuales pueden ser utilizados por las enfermeras a nivel micro y macro para mejorar el suministro de la atención a los individuos, las familias, los grupos y la comunidad como un todo.

La atención integral de enfermería requiere la prestación de servicios a los individuos y las familias o grupos en un micronivel y a los agregados y las comunidades en un macronivel. La enfermera tiene una responsabilidad simultánea con el cliente individual y la sociedad colectiva. Las enfermeras tienen la responsabilidad ética de ayudar a los clientes a obtener la atención que ellos necesitan (Woodstock Theological Center, 1995).

A fin de ofrecer gestión de la atención durante 24 horas y establecer relaciones adecuadas para satisfacer las necesidades de atención de salud del público, las enfermeras profesionales deben ser capaces de realizar múltiples y variadas tareas. Con tal objeto, en este capítulo el lector identificará: (1) los inconvenientes que tiene el suministro de la continuidad de la atención en un sistema de atención de salud que cuenta con múltiples frentes; y (2) definirá el concepto de los conflictos de campo de los proveedores de la atención, así mismo describirá la manera como las enfermeras pueden trabajar para resolverlos.

FIGURA 14-1

Intervenciones terapéuticas de enfermería a nivel micro y macro

NIVEL MACRO: Enfoque en la población

- Hacer activismo político
- Solicitar un ambiente más seguro
- Votar
- Redactar cartas de apoyo solicitando servicios para la atención de salud en un vecindario
- Dictar una clase sobre • inadecuadamente atendido
- atención infantil Dirigir un
- grupo de supervivientes •
- de cáncer
- Cambiar los vendajes y •
- suministrar antibióticos
- Administrar insulina y •
- medir la glicemia

Enfoque en los individuos y las familias/Grupos: NIVEL MICRO

QUÉ ES LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

La continuidad de la atención requiere la prestación continua, ininterrumpida de los servicios. En la actualidad, la idea de la gestión integral de la atención es un mito. La imagen de tal sistema continuo de atención no es realista. Excepto en situaciones tales como la atención crónica, a largo plazo; la continuidad de la atención consiste en realidad en una prestación de servicios intermitentes que varían en intensidad. La continuidad de la atención permite la conservación de los recursos porque la reevaluación del cliente se suma a la base de datos existente; no la elabora de nuevo.

Los servicios de atención de salud y de enfermería deben ser cuidadosamente desarrollados para responder a las necesidades de los clientes. Un aspecto clave del concepto de la continuidad de la atención es el papel del seguimiento. Esta función es necesaria para modular la intensidad de los servicios ofrecidos por distintos proveedores. La siguiente historia refleja el papel del seguimiento en la continuidad de la atención.

ESTUDIO DE CASO: EL SEÑOR SMEET PRECISA CAMBIOS FRECUENTES EN SU NIVEL DE ATENCIÓN

El señor Smeet fue recientemente trasladado de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a la sala médico-quirúrgica luego de la estabilización de los ataques isquémicos transitorios (TIA). Después de cinco días adicionales de hospitalización, el señor Smeet regresó a su casa donde una enfermera visitante realizaba diariamente consultas de valoración. Al cabo de una semana de tales visitas, la enfermera administradora del caso y la enfermera de atención domiciliaria primaria elaboraron un programa de tres visitas semanales.

Después de un mes, la enfermera estaba visitándolo sólo una vez cada dos semanas pero telefoneaba al cliente en las semanas alternas. Durante una de tales llamadas, la enfermera notó que el señor Smeet estaba arrastrando sus palabras. Ella no podía efectuar una visita de urgencia, de modo que telefonó al 911, activando el sistema de respuesta de emergencia.

El señor Smeet fue ingresado en la Unidad de Deterioro Neurológico para ser observado debido a una posible enfermedad cerebrovascular. Fue dado de alta una semana después contando con una auxiliar de enfermería de salud domiciliaria durante cuatro horas al día, luego de una exhaustiva valoración por parte de la enfermera en su hogar. La enfermera visitante juzgó que era conveniente realizar visitas semanales para continuar la observación durante el siguiente mes.

En la situación descrita, el seguimiento permitió al personal de enfermería aumentar o reducir la intensidad de los servicios de acuerdo con las necesidades del cliente. La razón por la cual el señor Smeet logró conseguir la atención que necesitaba, fue porque la enfermera lo escuchó y no asumió que comprendía el significado de sus acciones. En ocasiones el seguimiento no da resultado porque el cliente es apartado de la conversación. Algunos profesionales sólo prestan la atención de la cual se encargan o adivinan las necesidades de sus clientes.

En el siguiente ejemplo, el cliente está disgustado porque el personal no lo ha incluido en el manejo de su propia atención.

*E*STUDIO DE CASO: EL SEÑOR ROBERTS ES INCAPAZ DE DOMINAR EL SISTEMA DE ATENCIÓN

"Fue devastador adquirir la enfermedad. No estoy hablando del cáncer ... esa fue la parte manejable. Las enfermeras y los médicos sencillamente no me escuchaban. Se mantenían diciendo haga esto... haga aquello, y cuando yo no hacía las cosas del modo que ellos habían sugerido, decían que yo no estaba cumpliendo. ¿Qué quiere decir eso? Yo lo estaba haciendo lo mejor que podía. Pensé que estaba buscando el apoyo y los servicios de personas que me escucharían. ¡El hecho de que las enfermeras y los médicos no me escucharan no era culpa mía! ¿Cómo puedo mejorar cuando desconozco lo que tengo que hacer?"

Es improbable que el señor Roberts llame a los médicos o las enfermeras cuando tenga preguntas relacionadas con su atención en el futuro. El señor Roberts se está excluyendo a sí mismo del lazo de comunicación que podría haber ayudado a la continuidad de la atención. En esta situación, los médicos y las enfermeras fueron los responsables de esta falla en la comunicación.

El significado de la continuidad de la atención varía de acuerdo con los tipos de clientes que necesitan atención. Los ejemplos de las clases de sistemas de atención que necesitan ser desarrollados incluyen: atención para las personas que viven en la pobreza y se encuentran deficientemente aseguradas; atención para las mujeres y los niños y atención para las personas portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se explorará el mito de que la continuidad de la atención existe para los hombres.

Es importante reflexionar respecto a la idea de que la cantidad de servicios disponibles para las personas es un problema diferente a la falta de continuidad de la atención. Los servicios adicionales, no coordinados, pueden no ser útiles para las poblaciones que tienen necesidades de atención de salud que no han sido satisfechas. Una comunidad podría requerir más una clínica odontológica adicional que un programa para la detección de la hipertensión arterial. Agregar servicios que la comunidad no precisa, constituye en realidad un impedimento para la continuidad de la atención. Los servicios innecesarios carecen de propósito en la comunidad.

Continuidad de la atención para las personas que viven en la pobreza y se encuentran deficientemente aseguradas

Las personas que viven en la pobreza se encuentran especialmente desfavorecidas en el proceso de experimentar la continuidad de la atención. Ellas pueden tener muchas necesidades básicas insatisfechas, las cuales pueden hacer que la búsqueda de atención preventiva de la salud o el tratamiento temprano constituyan una prioridad insignificante. Los servicios pueden ser inalcanzables debido a dificultades económicas, emocionales o prácticas (Center for Health Economics Research, 1993). Las personas no siempre pueden participar en la atención cuando están hambrientas, carecen de servicios de transporte o no están convenientemente programadas para los servicios.

Es imposible que los clientes participen en la atención cuando no pueden costear los pagos correspondientes o tienen una restringida selección de servicios para escoger. Si el pago de cinco dólares significa que los niños dejarán de ser alimentados, la atención probablemente sea pospuesta. Si el único servicio de mamografía disponible para una mujer no asegurada se encuentra en un sector peligroso de la ciudad, es probable que ella no acuda para una evaluación.

Continuidad de la atención para las mujeres y los niños

Las mujeres pueden no experimentar la continuidad de la atención porque están ocupadas asegurando la atención de salud de otros. Las expectativas sociales de los papeles de las mujeres sugieren que la atención de los niños y los cónyuges o compañeros puede tener prelación sobre su propia atención. Por esto, la sociedad necesita asumir la responsabilidad del pobremente desarrollado y fragmentado grado de atención que reciben las mujeres.

Hacer que los servicios de salud estén disponibles cuando las mujeres puedan obtenerlos es fundamental. Integrar los servicios de salud de las mujeres y los niños de modo que toda la familia pueda recibir la atención en un mismo sitio, constituye una adaptación necesaria para la planeación y la prestación de la atención de salud. Proporcionar servicios que sean sensibles a las necesidades de las madres solteras, por ejemplo, permitirá que estas madres cuiden de sí mismas y de sus hijos.

Algunas mujeres tienen dificultad para cuidar de sí mismas porque no pueden faltar al trabajo. Con frecuencia los servicios sociales no están disponibles en los momentos en los cuales se permite a las mujeres descansar de sus responsabilidades como encargadas de la atención si esto fuese necesario. Algunas mujeres se encuentran recibiendo la asistencia pública porque no pueden conseguir un horario laboral que se acomode a sus responsabilidades adicionales con la familia o las amistades que necesitan de ellas. Otras mujeres pueden encontrar que su ascenso en los sitios de trabajo está bloqueado por las ausencias no programadas debido a sus responsabilidades en la atención de sus hijos. La falta de ascenso se convierte en un problema económico, el cual puede hacer que el pago de la atención de salud sea imposible.

Las deficiencias en la atención de los niños ocasionadas por la falta de la continuidad de la atención se magnifican, por ejemplo, cuando las tasas de mortalidad, inmunización y abuso infantil son examinadas. El predominio de estos problemas sugiere que son más complejos que los asuntos que serían solucionados simplemente con mejores habilidades de parte de los padres. Toda la comunidad tiene la responsabilidad de velar por la seguridad de sus niños (Clinton, 1996).

Continuidad de la atención para las personas portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Dado que el VIH es el principal problema de salud pública en Estados Unidos, los aspectos relacionados con la continuidad de la atención y el VIH deben ser explorados. Los servicios de atención de la salud varían ampliamente para las personas portadoras del VIH según la localización geográfica, la progresión de la enfermedad y el sexo. Las personas portadoras del VIH en Estados Unidos reciben diferentes grados de asistencia médica gubernamental (de carácter estatal).

Pocos estados, si acaso alguno, brindan los mismos servicios ofrecidos por Medicaid a las personas infectadas por el VIH (Jefferys, Fornataro y Fornataro, 1995). Los clientes con la enfermedad avanzada utilizan mayores cantidades de recursos debido a las infecciones oportunistas recurrentes y más difíciles de tratar. Además, se conoce mucho más sobre la atención que los hombres deberían recibir; las mujeres aún son excluidas de algunos de los protocolos básicos de investigación que ayudarían a establecer la atención que ellas necesitan (Hall, 1995; Kelly, Holman, Rothenberg y Holzemer, 1995).

Además del temor general y la preocupación que las personas manifiestan ante cualquier enfermedad transmisible, la continuidad de la atención también se ve

afectada por el juicio del público sobre el modo de transmisión de una enfermedad particular. Los estadounidenses sienten especial aversión por las enfermedades que son transmitidas sexualmente y las que están relacionadas con la administración de drogas inyectadas. Algunas personas infectadas por el VIH no experimentan la continuidad de la atención debido a los juicios de valor negativos y a los sentimientos de temor de los proveedores de la salud. Estos proveedores podrían evitar la atención de las personas infectadas por el VIH.

Algunos proveedores de atención de salud no desean atender a las personas portadoras del VIH. Cuando se les asigna la atención de tales individuos, les brindan una atención inferior a la esperada o, en algunas situaciones, rehusan prestar la atención. La enfermera debe denunciar la atención defectuosa cuando ésta produce un impacto sobre la continuidad de la atención, ya que se trata de una clara violación del código de ética profesional de enfermería.

Continuidad de la atención para los hombres

Las exigencias respecto a la continuidad de la atención con frecuencia sugieren que las mujeres, las personas de color y otros individuos no reciben el mismo grado de atención de salud que el suministrado a los hombres. El desarrollo de distintos servicios de salud para las mujeres y de servicios de salud con un sólido énfasis cultural, sugiere que los hombres como grupo pueden lograr que sus necesidades de atención de salud sean satisfechas en forma más eficiente que las de otros grupos. Los servicios especiales para las mujeres y las personas pertenecientes a diferentes grupos culturales y raciales son establecidos porque los proveedores necesitan aprender cómo atenderlos en forma adecuada.

Aunque es difícil desconocer que muchos servicios de salud tales como la atención coronaria y la medicina deportiva fueron principalmente desarrollados para los hombres, ellos —como grupo— pueden no conseguir que sus necesidades de atención de salud sean mejor satisfechas que las de otras agrupaciones. Pueden existir más servicios diseñados para las necesidades de atención de salud de los hombres, pero los planos que representan la continuidad de la atención para ellos no son evidentes.

C CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y CONFLICTOS DE CAMPO ENTRE LOS PROVEEDORES

Conflictos de campo. Estos conflictos están relacionados con los desacuerdos entre los profesionales respecto a quién debería suministrar la atención. A menudo tienen una motivación económica.

Las profesiones le apuestan al campo de atención de salud para proteger su influencia y su papel en la toma de decisiones respecto a la misma. Cada grupo profesional tiene su interés puesto en la manera como se toman las decisiones relacionadas con la adjudicación de los recursos para la atención de salud. Los obstetras y las enfermeras parteras, por ejemplo, ven sus papeles y responsabilidades en forma diferente. Las enfermeras parteras se enfocan en la experiencia integral del parto natural, mientras los obstetras se enfocan más en los partos de alto riesgo.

Sin embargo, los profesionales de la salud deben trabajar unidos para tomar conjuntamente las decisiones centradas en el cliente. Las enfermeras, los médicos y los restantes proveedores de la atención en salud tienen una función importante para ayudar y respaldar la continuidad de la atención. Los profesionales deben tomarse el tiempo para conocer cómo otros profesionales enfocan y solucionan los problemas con objeto de trabajar con ellos.

El creciente movimiento de los consumidores está llevando a cuestionar el significado del control profesional sobre la toma de decisiones de atención de la salud. Los profesionales de la salud deben buscar a los consumidores para desarrollar servicios que sean significativos para el público. El papel del público consiste en validar que los servicios suministrados en la comunidad sean adecuados. La validación es necesaria para confirmar que la atención está cubriendo las expectativas del público y produciendo un impacto sobre su salud.

En ocasiones, los profesionales necesitan informar a la comunidad respecto a la importancia de ciertos servicios. Las campañas de concientización del público para aumentar las tasas de inmunización o disminuir el hábito del tabaquismo corresponden a algunas de tales prácticas. El público valida el servicio, por ejemplo, haciendo que los fondos estén disponibles para las vacunas y los grupos para abandonar el cigarrillo.

La siguiente discusión está enfocada en los conflictos de campo experimentados por los profesionales de la medicina, enfermería, servicio social, asistentes comunitarios y los clientes que participan en las decisiones para la utilización de los recursos. Las compañías de seguros también participan en los conflictos de campo y constituyen una fuerza creciente en los emergentes debates de atención de salud sobre cómo serán asignados los recursos para este fin.

El **campo** médico

Durante un tiempo, los médicos tomaron prácticamente todas las decisiones para la adjudicación de los recursos. Cualquier servicio que el médico deseara era suministrado en respuesta a su solicitud. Los administradores de los hospitales y otras agencias, comenzaron a compartir con la medicina la toma de decisiones a medida que la complejidad de la atención y de los sistemas prestacionales originó la necesidad de una mayor contribución a las decisiones.

Los proyectos para controlar los costos han acelerado el proceso de la descentralización en la toma de decisiones entre los profesionales. Los resultados relacionados con la salud, producto secundario de las intervenciones terapéuticas, constituyen una responsabilidad compartida por el equipo interdisciplinario. Los médicos son los directores de la atención médica mientras las enfermeras y otros proveedores de la atención orientan sus respectivas prácticas. Cada miembro del equipo tiene responsabilidades con su práctica e igualmente con el equipo.

El **campo** de la enfermería

Las enfermeras siempre han experimentado una exagerada lealtad para con el médico y el empleador (por ejemplo, el hospital) por una parte, y para con el cliente por otra. Con frecuencia, las enfermeras pasan la mayor parte del tiempo brindando atención directa a los clientes y en algunas situaciones ejercen una mínima influencia para decidir lo que los clientes deberían recibir. El creciente número de practicantes de enfermería y otras enfermeras de práctica avanzada está cambiando el papel de la enfermería respecto a la asignación de los recursos. Las enfermeras de práctica avanzada que cuentan con privilegios para la hospitalización y el alta hospitalaria, por ejemplo, tienen una influencia directa en las decisiones para la adjudicación de los recursos.

Las enfermeras especialistas clínicas, las enfermeras parteras certificadas, las enfermeras anestesiólogas y las practicantes de enfermería, en representación de la rama de la práctica avanzada de la enfermería, muchas veces se desempeñan

como proveedores de atención primaria. Es muy probable que estas practicantes tomen decisiones que influyan en la adjudicación de los recursos dado que ellas actúan como administradoras de los casos. La tabla 14-1 identifica las múltiples funciones de la enfermera especialista clínica/administradora de casos.

Cada día más, las enfermeras administradoras están orientando la atención de las personas tanto en el hospital como en la comunidad donde las personas reciben la atención, sea en sus hogares u otras instalaciones tales como las guarderías. Las enfermeras en distintos cargos utilizan como consultores a otras enfermeras así como a profesionales de otras disciplinas para la planeación de la atención en salud con objeto de prestar una atención integral de enfermería.

El campo del servicio social

La compleja relación entre los problemas concernientes a la salud de las personas y los sistemas sociales de apoyo ha aumentado la influencia del servicio social, identificando qué servicios necesitan las personas para mejorar o permanecer sanas. Los sistemas de servicio social han sido desarrollados para ayudar a las familias y a otros a respaldar las necesidades del cliente. Los profesionales de trabajo social evalúan las condiciones y situaciones sociales buscando signos de erosión e intervienen para mantener la integridad de las redes sociales. Los trabajadores sociales certificados (TSC) o los trabajadores sociales preparados con una maestría (TSM), están educados y acreditados para supervisar las complejas negociaciones familiares y los grupos de apoyo así como para utilizar cabalmente los recursos comunitarios.

Cada día más, los trabajadores sociales están creando la que podría ser considerada la familia virtual. Ellos establecen redes de atención que podrían incluir a familiares y amigos que viven geográficamente cerca o lejos del cliente. Hoy día,



TABLA 14-1

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO BASADA EN CRITERIOS

Componente clínico práctico

- Demuestra experiencia clínica a través de la participación en actividades de atención directa de una población seleccionada de clientes.
- Demuestra experiencia clínica mediante la coordinación de la atención gestionada de poblaciones blanco.
- Se comunica efectivamente con los miembros del equipo interdisciplinario para utilizar en forma efectiva las vías críticas.

Componente educativo

- Participa en la valoración, el desarrollo, la implementación y la evaluación de los programas educativos diseñados para destacar la prestación de los servicios de atención de enfermería por parte del personal.

Componente consultivo

- Actúa como consultante de todas las disciplinas sobre los temas relacionados con la atención de calidad del paciente.
- Actúa como consultante de todas las disciplinas sobre los temas específicos de atención gestionada/administración de los casos.

Componente investigativo

- Participa o conduce investigaciones de enfermería relacionadas con los aspectos de la atención de calidad de los pacientes.

NOTA: Esta evaluación del desempeño fue desarrollada por la División de Enfermería del Hospital Universitario de Long Island, para evaluar a la enfermera especialista clínica/administradora de casos.

citar a una familia extendida para reunirse en corto tiempo podría incluir una conferencia telefónica multilateral para conectar a los parientes residentes en distintas localidades. A menudo, los trabajadores sociales trabajan con miembros de la familia que nunca se han reunido cara a cara.

Se está desarrollando un fenómeno social en el cual los asistentes prestadores de la atención que también son extraños están convirtiéndose en muchas situaciones en la única persona encargada de la atención; no obstante, los extraños que ofrecen su ayuda durante cortos periodos difícilmente pueden ser considerados los principales encargados de la atención. Por ejemplo, cuando un cliente sobrevive a su familia y amigos o cuando se han producido muertes multigeneracionales como resultado del VIH, los clientes a menudo son auxiliados por individuos que les eran previamente desconocidos.

Muchas organizaciones de servicio social o basadas en la comunidad cuentan con programas voluntarios formales para ofrecer ayuda a domicilio. La supervisión es indispensable para que los voluntarios no presten en el hogar servicios expertos relacionados con la salud. La contratación de voluntarios para brindar servicios de soporte será discutida al final del capítulo.

El campo de los empleados asistentes de salud comunitaria

Las personas de la comunidad que no han recibido educación formal en un campo de atención de salud están llamadas a contribuir con la salud del público. Los papeles de asistencia extendida, asistente educador de la salud y acompañante están siendo desarrollados donde existe escasez de personal de atención de la salud y cuando el costo de la utilización de los profesionales en tales papeles es prohibitivo. No sorprende que los empleados asistentes tengan mayor aceptación cuando existen carencias de personal entrenado.

La profesión de enfermería se ha preocupado siempre por el aumento de los técnicos o del **personal de asistencia no licenciado (PNL)** que presta atención en salud. Parte de esta inquietud está relacionada con la cantidad y la calidad de la educación que ellos reciben para convertirse en técnicos. Tiene sentido comercial contar con empleados entrenados en muchas labores mientras su educación sea suficiente para evitar que los técnicos realicen actividades que se encuentran más allá de sus habilidades. Actualmente, la mayor parte del PNL está entrenado para los cargos hospitalarios de atención aguda.

La exitosa historia de la utilización del PNL como personal paramédico que hace parte del cuerpo del ejército estadounidense apoya la idea de que los técnicos pueden ser utilizados con seguridad en muchas situaciones. Las personas que desconfían de la contratación de los técnicos sugieren que la falta potencial de una adecuada supervisión hace que emplear PNL puede ser desastroso. Las enfermeras que laboran tanto en el ámbito comunitario como en la atención aguda, deberían confrontar activamente la contratación de PNL para la atención de la salud y supervisar sus asignaciones desde el punto de vista de su conveniencia y seguridad.

Al trabajar con el PNL, la enfermera de salud comunitaria debe tener la precaución de darle instrucciones precisas que puedan ser evaluadas fácilmente. La tabla 14-2 es un ejemplo del programa de actividades que el PNL podría realizar. El PNL registra la información indicada por la enfermera de salud comunitaria.

En este ejemplo las actividades que el PNL realizaría son las llamadas telefónicas a los clientes que necesitan seguimiento. Dependiendo de los resultados de las llamadas, la enfermera efectuará llamadas adicionales a algunos clientes.

Personal de asistencia no licenciado (PNL). Las inquietudes respecto a la contratación de PNL se refieren al hecho de que sin licencia y preceptos educativos, los no profesionales pueden no encontrarse adecuadamente preparados para las complejas labores en la prestación de la atención de salud.

*

TABLA 14-2

PLAN DE ACTIVIDADES PARA EL PERSONAL DE ASISTENCIA NO LICENCIADO (PNL)

Cliente	No. Teléfono/Fax	Actividad a verificar/ recordar
Llamadas a las 10 a.m. —Por favor llame a la enfermera de su equipo si tiene alguna pregunta. Llame al 911 en caso de emergencia.		
Terry Berry	567-3456	Pregúntele si fue al médico ayer. Llame a su hermana (123) 456-7891 si él no se encuentra en su casa.
Betty Ulrich	567-7654	Pregúntele por su medicación de las 10 a.m. ¿Ya tiene la cita en la clínica?
Faith Alpert	324-0989	¿Informó ella sobre el drenaje de su vendaje a la enfermera de la clínica? ¿Tiene algún inconveniente al tomar la insulina en la mañana? ¿Cada cuánto va a verla la enfermera visitante?
Llamadas a las 2 p.m. —Por favor llame a la enfermera de su equipo si tiene alguna pregunta. Llame al 911 en caso de emergencia		
Marie Stuler	555-1027	Tiene problemas auditivos. Pregúntele si almorzó y si siente algún dolor al caminar. ¿Solicitó otra cita con el quiropráctico?
Kevin Erbork	676-7878	Recuerde a Kevin la consulta médica de las 4 p.m. Recuérdale llevar los tiquetes para el bus de ida y regreso.

El naciente campo controlado por los clientes

Los consumidores se están involucrando cada vez más en la toma de decisiones para la atención de salud. Otorgar a los clientes el poder de identificar a sus apoderados para la atención en salud, por ejemplo, permite que la toma de decisiones continúe centrada en el cliente. Un apoderado para la atención en salud es una persona que cumple los deseos específicos de un cliente después de que éste ya no es competente para dirigir la atención de su propia salud. Tal apoderado actúa por el cliente como si éste aún pudiese decidir qué servicios relacionados con la salud desea recibir.

El papel legal de un apoderado garantiza que los deseos y las exigencias de la atención no serán ignorados cuando el cliente ya no pueda comunicarse con el equipo de atención de salud. Las enfermeras tienen la oportunidad especial de animar a sus clientes a designar un apoderado para la atención de la salud antes de desarrollar un problema fisiológico o psicológico que deteriore su capacidad para tomar decisiones.

El portador del seguro como pagador y jugador

En el pasado, las compañías de seguros fueron participantes bastante pasivos en la adjudicación de los recursos para la atención de salud. Con frecuencia, a las perso-

ñas enfermas se les negaba el seguro pues representaban riesgos obvios para el plan. Las personas sanas en el grupo de asegurados a menudo consiguieron que sus reclamaciones fuesen pagadas al demandar. La fijación de las tarifas para pagar cualquier servicio, prueba o procedimiento realizado, dio lugar a las crecientes restricciones sobre los servicios que serían cubiertos por el plan del seguro. Actualmente, los portadores de los seguros están controlando todas las decisiones que se refieren a la manera como las personas consiguen que sus necesidades de salud sean atendidas.

RESUMEN

Es difícil ofrecer continuidad en un sistema que cuenta con múltiples frentes de atención. Resulta problemático adjudicar los recursos cuando diferentes personas o grupos de personas tienen mayor éxito logrando que sus necesidades sean satisfechas. En este capítulo, los ejemplos de las personas que tienen problemas para obtener la atención que necesitan corresponden a los individuos que viven en la pobreza, los infectados por el VIH y aquellos que están deficientemente asegurados o carecen de un seguro. Aunque los hombres como grupo tienen más acceso a un mayor número de servicios de salud, no está claro si ellos experimentan un mejor grado de continuidad en la atención.

Ofrecer continuidad en la atención resulta más difícil debido a los conflictos que se presentan en el sistema de atención de salud en el campo profesional. Las enfermeras, los médicos, los trabajadores sociales, los asistentes para la atención de la salud, los clientes y las compañías de seguros están todos discutiendo sobre quién prestará la atención y, por tanto, adjudicará los recursos. Se requiere un espíritu de cooperación con objeto de que las necesidades de atención de la salud sean adecuada y éticamente atendidas (Woodstock Theological Center, 1995).

PALABRAS CLAVE

Conflictos de campo

Personal de asistencia no licenciado (PNL)

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas.

1. Al ofrecer continuidad de la atención muchos problemas están relacionados con el equilibrio entre el costo y:
 - A. La dificultad de las labores.
 - B. La calidad de los servicios.
 - C. La estabilidad económica.
 - D. La disponibilidad del proveedor de la atención.
2. El siguiente es un ejemplo de intervención terapéutica de macronivel:
 - A. Una inyección de vitamina K.
 - B. Un masaje en la espalda.
 - C. Un programa de radio relacionado con la salud.
 - D. Un lavado gástrico.

3. ¿Cuál de las siguientes declaraciones de un cliente sugiere la continuidad de la atención?
 - A. "En ocasiones no veo a mi fisioterapeuta durante meses, pero sé cómo contactarlo".
 - B. "Cada seis meses cambian el farmaceuta en mi droguería. Tengo que estar explicando los antecedentes de mi salud".
 - C. "Mi médica siempre está ocupada; ¡pasan tres días antes de que devuelva una llamada!".
 - D. "Mi enfermera favorita trabaja en diferentes áreas de la ciudad. Siempre espero para contarle mis síntomas la próxima vez que me visita".
4. En ocasiones las mujeres tienen dificultades para conseguir la atención que necesitan debido a:
 - A. Sus múltiples funciones como encargadas de la atención.
 - B. Sus complicados horarios de trabajo.
 - C. La necesidad de solicitar segundas opiniones.
 - D. Su renuencia a seguir instrucciones.
5. La validación de los servicios en cuanto a su aceptación y conveniencia cultural debería ser llevada cabo por:
 - A. Un psicólogo profesional.
 - B. El departamento de servicio social.
 - C. El cliente que utiliza el servicio.
 - D. El representante del servicio al cliente.
6. El principal aspecto del significado de los conflictos de campo entre las distintas profesiones a menudo está relacionado con:
 - A. La responsabilidad ética.
 - B. La legislación de la práctica.
 - C. La experiencia clínica.
 - D. La seguridad económica.
7. El cliente que habla incoherentemente sobre el suicidio debería ser remitido por la enfermera de salud comunitaria a:
 - A. El psiquiatra del cliente para una cita al día siguiente.
 - B. El trabajador social para una intervención de grupo.
 - C. El sistema de emergencia médica llamando al 911.
 - D. La enfermera administradora del Programa de visitas nocturnas.
8. ¿Cuál de los siguientes enunciados sobre la contratación de asistentes de la salud comunitaria es verdadero?
 - A. Ellos usualmente tienen un mayor conocimiento de las necesidades y los deseos de la comunidad.
 - B. Están involucrados en demandas por una práctica indebida.
 - C. Con el entrenamiento adecuado estas personas pueden desempeñarse como enfermeras.
 - D. Ellos nunca continúan la educación profesional formal.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es B.* La reducción de los costos con frecuencia sugiere una disminución en la calidad de los servicios.
2. *La respuesta es C.* Las intervenciones de macronivel están dirigidas a grupos o agregados de clientes.

3. *La respuesta es A.* La continuidad de la atención no significa que no haya variaciones en el patrón de la atención sino que ésta es custodiada en forma general.
4. *La respuesta es A.* Prácticamente en todas las culturas las mujeres cuidan a los miembros restantes de la familia o grupo.
5. *La respuesta es C.* Los clientes deberían validar los servicios. La suposición sobre lo que es apropiado para un grupo constituye un estereotipo.
6. *La respuesta es D.* La seguridad económica a menudo es subyacente a los conflictos sobre quién puede o no puede desempeñar ciertas funciones.
7. *La respuesta es C.* La naturaleza inmediata del problema (es decir, el suicidio) requiere una intervención de emergencia.
8. *La respuesta es A.* Los empleados asistentes son seleccionados debido a su conocimiento sobre la comunidad.

REFERENCIAS COMENTADAS

Center for Health Economics Research. (1993). *Access to health care: Key indicators for policy*. Princeton, NJ: Fundación Robert Wood Johnson.

Este documento explora tres barreras para acceder a la atención de la salud: las barreras económicas, las barreras de suministro y distribución, y las barreras socioculturales. En este importante documento tiene particular interés la conexión entre la pobreza y la falta de acceso a la atención en salud.

Clinton, H. R. (1996). *It takes a village: And other lessons children teach us*. Nueva York: Simon & Schuster.

Este libro revisa el concepto de la responsabilidad social de cuidar de los demás, especialmente a los niños.

Cohen, E. L. (1996). *Nurse case management in the 21 st century*. Filadelfia: C.V. Mosby.

Sumario de los muchos aspectos que enfrentan las enfermeras en el manejo de los casos. Pronostica los tipos de actividades en las cuales estarán involucradas las enfermeras en el futuro.

Cohen, E. L., & Cesta, T. G. (1993). *Nursing case management: From concept to evaluation*. Filadelfia: C.V. Mosby.

Este texto brinda una visión global básica pero comprensiva de las múltiples complejidades del manejo de los casos. Cada paso del establecimiento de un programa de calidad para el manejo de los casos es cubierto en forma detallada.

Jefferys, R., Fornataro, N., & Fornataro, K. (1995). *The accessproject*. Nueva York: AIDS Treatment Data Network.

Documento que explica la variedad de medicamentos que se encuentran disponibles a través de la asistencia médica estatal para las personas infectadas por el VTH.

Hall, J. K. (1995). Exclusion of pregnant women from research protocols: Unethical and illegal. *IRB: A Review of Human Subjects Research*, 17(2), 1-3.

Excluir a las mujeres de los protocolos de investigación produce un efecto sobre lo que se conoce respecto a la salud de éstas y a la manera como responden y se recuperan con los tratamientos.

Hicks, L. L., Stallmeyer, J. M., & Coleman, J. R. (1993). *Role of the nurse in managed care*. Washington, DC: American Nurses Association.

Algunos de los temas cubiertos en este texto incluyen la estructura de las organizaciones para la conservación de la salud (OCS), las características de los afiliados al plan, los incentivos económicos de la atención gestionada y las nacientes funciones desempeñadas por la enfermera en estos programas.

Kelly, P., Holman, S., Rothenberg, R., & Holzemer, S. P. (1995). *Primary care of women and children with HIV infection: A multidisciplinary approach*. Boston: Jones & Bartlett.

Este libro identifica el sin número de problemas que las mujeres y los niños infectados por VIH enfrentan para acceder a la atención de la salud y los servicios sociales.

Landers, T. (1995). Medicaid managed care: A brief analysis. *Journal of the New York State Nurses Association*, 26(3), 7-11.

En este artículo se discuten las múltiples inquietudes de la atención gestionada por Medicaid. Las áreas examinadas incluyen los incentivos fiscales, el papel de las fuerzas del mercado y la certificación de la calidad. Analiza los riesgos y los potenciales de la atención gestionada.

Newell, M. (1996). *Using nursing case management to improve health outcomes*. Gaithersburg, MD: Aspen Publications.

Este libro emplea muchos estudios de casos para examinar el negocio y los aspectos de la calidad de la atención relacionados con la gestión de la misma.

Woodstock Theological Center. (1995). *Ethical considerations in the business aspects of health care*. Washington, DC: Georgetown University Press.

El marco para la toma de decisiones éticas incluye: la compasión y el respeto por la dignidad humana, el compromiso con la competitividad profesional, la dedicación a un espíritu de servicio, la honestidad, la confidencialidad, una buena camaradería y un manejo cuidadoso.



INFRAESTRUCTURA PARA LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN Y FUNCIONES DE LA ENFERMERA DE SALUD COMUNITARIA

Este capítulo explora cómo la infraestructura del sistema para la prestación de la atención en salud está relacionada con el tipo de atención que se encuentra disponible para el público. Aprender respecto a los distintos sistemas para la atención en salud ofrece una visión de aquellos que necesitan mejoramiento o desarrollo. Además, este capítulo examina los papeles clave —tales como la prestación de la atención, educación, detección, defensoría, planeación, coordinación de la atención y supervisión del personal auxiliar— asumidos por las enfermeras en los sistemas de atención de salud.

Las enfermeras de la práctica basada en la comunidad frecuentemente asumen múltiples papeles; por tanto, ellas necesitan flexibilidad para asumir estas funciones y efectuar las remisiones cuando sean incapaces de satisfacer las necesidades de ciertos clientes. Pocas enfermeras de salud comunitaria, si acaso alguna, trabajan empleando una sola habilidad. Las destrezas necesarias para las enfermeras de salud comunitaria incluyen pensamiento crítico, conocimientos de computación, creatividad, facilidad para las interacciones en grupo y, especialmente, habilidades para la comunicación terapéutica. También es indispensable la apreciación del crecimiento y el desarrollo de los individuos, las familias, los grupos y las comunidades. El papel de la enfermera investigadora se discute en el capítulo 17.

FUNCIONES DE LA SALUD PÚBLICA

La función principal y esencial de la totalidad del complejo médico-industrial es proteger y promover la salud de la comunidad. Todas las intervenciones de enfermería preventivas, curativas y restaurativas deben estar relacionadas con las necesidades de la salud de toda la población. Desde el inicio de la atención de la salud organizada, la salud pública ha estado enfocada en las intervenciones a nivel de agregados, es decir, en servicios dirigidos a grupos de edad o poblaciones en riesgo. Las inmunizaciones, la detección de las enfermedades sexualmente transmisibles, el saneamiento, el control de las enfermedades contagiosas y los programas para la prevención de la violencia son todos ejemplos de las intervenciones de la salud pública. Estas intervenciones protegen, detectan la enfermedad y promueven la salud de la comunidad en general. Tradicionalmente, estos servicios han sido suministrados por las agencias oficiales o manejados por el Gobierno. El departamento de salud estatal, por ejemplo, tiene la obligación legal de cubrir las necesidades globales de salud pública de las personas que residen en ese estado.

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

- Funciones de la salud pública
- Función de los hospitales y los centros de atención aguda
- Funciones de las organizaciones basadas en la comunidad
- Cambio en la responsabilidad de la prestación de la atención por miembros de la familia, amigos, voluntarios y extraños
- Funciones contemporáneas de la enfermera en la comunidad
- Resumen

Principales funciones de la salud pública

- *Valorar* el estado de salud de la comunidad y los recursos disponibles.
- *Desarrollar políticas* que resulten en propuestas para respaldar y fomentar una mejor salud.
- *Verificar* que los servicios necesarios se encuentren disponibles.

Para satisfacer las necesidades de la salud pública en Estados Unidos, se ha logrado un consenso sobre las principales funciones de esta área en el país. Las tres **funciones principales de la salud pública** son: valoración, desarrollo de políticas y verificación de la disponibilidad de los servicios, que son globales, es decir, tienen el propósito de servir a toda la población de Estados Unidos (National Association of County Health Officials, 1993).

La *valoración* es crítica porque revela los problemas de la atención de salud y los recursos para solucionarlos. El *desarrollo de políticas* es crucial para garantizar que la promoción de la salud constituya una prioridad para la sociedad. La *verificación* de la disponibilidad de los servicios es necesaria para que los problemas relacionados con la salud puedan ser resueltos.

El pilar de la salud pública es la prevención de la enfermedad (Anderson y McFarlane, 1996; U.S. Department of Health and Human Services, 1994). Las intervenciones preventivas son realizadas a favor del público y son cualitativamente diferentes a la atención de la enfermedad. Por ejemplo, dictar clases para la promoción de una paternidad sana es una intervención de salud pública muy diferente a atender a los niños que han sido abusados por sus padres. La tabla 15-1 identifica diversas intervenciones preventivas y las enfermedades asociadas que podrían ser evitadas mediante su implementación.

Aunque nadie discute los beneficios de la prevención, existe un gran conflicto respecto a cuáles servicios deberían estar disponibles para el público. Los beneficios de los servicios preventivos tardan tiempo en manifestarse. Por ejemplo, las clases que enseñan a los niños a ingerir alimentos sanos pueden ayudar a prevenir la enfermedad cardíaca y la enfermedad cerebrovascular 40 años después de ser dictadas. En contraste, la cirugía del corazón a menudo prolonga la vida en una forma que puede ser inmediatamente evaluada debido a que la disminución progresiva de los síntomas cardíacos resulta obvia al cabo de unas pocas horas o días.

Dado que los resultados de los servicios preventivos no son tan inmediatos como los de las intervenciones curativas, aquellos son menos tangibles y, por

*

TABLA 15-1

ESFUERZOS PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD Y LA DISCAPACIDAD

Enfermedad/discapacidad/ condición evitada por la Acciones preventivas de enfermería	acción preventiva de enfermería
Enseñar la correcta utilización de los condones.	Enfermedades de transmisión sexual incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Embarazo incluyendo el embarazo no deseado de alto riesgo médico o emocional.
Dictar clases sobre seguridad infantil a los nuevos padres.	Accidentes, daño neurológico permanente o la muerte.
Revisar las normas del "Derecho a saber" para un ambiente laboral seguro.	Exposición a químicos tóxicos o radiación, los cuales podrían ocasionar defectos congénitos, esterilidad y neoplasias.
Aconsejar a los niños sobre cómo relacionarse con sus abuelos cuando éstos padecen enfermedad de Alzheimer.	Dinámica familiar disfuncional o visiones estereotipadas sobre el envejecimiento,

tanto, parecen menos importantes. Por esto, dado que las estrategias preventivas pueden tardar generaciones en demostrar los beneficios para la salud, éstas pueden ser postergadas por intervenciones que arrojan resultados más inmediatos. Una vida prolongada sin enfermedad o discapacidad no se aprecia sino hasta la vejez.

FUNCIÓN DE LOS HOSPITALES Y LOS CENTROS DE ATENCIÓN AGUDA

Los hospitales y los centros de atención aguda fueron desarrollados en parte para promover la centralización de los recursos y los costosos equipos, disminuir la duplicación de los servicios y ofrecer mayor comodidad a los proveedores de atención de la salud. La centralización también permitió que las enfermeras atendieran a un mayor número de pacientes al mismo tiempo.

La impresionante evolución de la tecnología en la atención de la salud aumentó el número de hospitales y centros de atención aguda. Los hospitales especializados en cirugía cardíaca, en tratamientos ortopédicos y el manejo del cáncer fueron instituidos debido a los desarrollos tecnológicos en la atención especializada.

Los procedimientos para tratar a los clientes superaron rápidamente las habilidades de los asistentes y de muchos profesionales generales de atención de la salud. Los clientes fueron trasladados a instituciones centrales en las cuales los profesionales contaban con las más novedosas habilidades de avanzada tecnología para su atención. El papel del especialista surgió a medida que el público exigía cada vez mayor atención de avanzada tecnología.

Mientras la atención de la salud ingresa en el siglo XXI, los hospitales y los centros de atención aguda están reduciendo drásticamente su tamaño y reorganizando en forma radical su enfoque para la prestación de la atención. La atención está siendo trasladada a sitios basados en la comunidad donde los profesionales anticipan que la atención de calidad puede ser ofrecida a menor costo, de una manera más integral y con menos trastornos para el estilo de vida del cliente. En el futuro, los recursos hospitalarios estarán disponibles sólo para los más agudamente enfermos que no puedan ser atendidos con seguridad en la comunidad.

FUNCIONES DE LAS ORGANIZACIONES BASADAS EN LA COMUNIDAD

La proliferación de organizaciones basadas en la comunidad (OBC), sitios para la atención no aguda, o a corto plazo, localizados donde residen los clientes, ha tenido un impacto importante para la descentralización de la atención en salud en muchas áreas del país. Un niño, por ejemplo, puede recibir sus inmunizaciones en un consultorio escolar, consejería emocional en una clínica de barrio y la sutura de una herida en un centro ambulatorio de emergencia local. En cada situación, el niño utiliza los servicios basados en la comunidad no los basados en el hospital.

Muchos de los servicios basados en la comunidad están asociados con enfermedades específicas o necesidades particulares de los clientes. Puede tratarse de organizaciones nacionales con capítulos locales (por ejemplo, la American Cancer Society) o de instituciones muy específicas para las necesidades de un agregado (por ejemplo, la Coalition for the Homeless en Washington, D.C.). Un beneficio de las organizaciones basadas en la comunidad es que idealmente ofrecen servicios que son adecuados para las necesidades de esa comunidad porque son desarrollados en ella y para ella.

CAMBIO EN LA RESPONSABILIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN POR MIEMBROS DE LA FAMILIA, AMIGOS, VOLUNTARIOS Y EXTRAÑOS

Cada día más, se solicita a los miembros de la familia intensificar sus responsabilidades de atención en el hogar y otras instalaciones para la atención de la salud. Con frecuencia, los integrantes de la familia brindan una atención muy compleja en estas situaciones. En eventos en los cuales los parientes están ausentes o no son útiles, la prestación de la atención se solicita a los amigos, voluntarios o extraños. Aunque las personas no profesionales encargadas de la atención tienen una limitada supervisión en el hogar, es difícil no contar con asistentes encargados de la atención cuando de otro modo ésta no sería suministrada. Una inquietud particular de la enfermera de salud comunitaria está relacionada con el número de asistentes que brindan una atención que va más allá de sus habilidades.

En Estados Unidos, el envejecimiento de la población y la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) ofrecen dos ejemplos en los cuales se crea la idea de la familia virtual. Los ancianos que sobreviven a sus familias pueden verse obligados a unirse a hogares para grupos de ancianos con objeto de proteger o supervisar su diario vivir. Las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pueden sobrevivir a sus sistemas de soporte y requerir convivir en grupo con personas que ellas no conocen.

Respaldo para los asistentes encargados de la atención

Las enfermeras de salud comunitaria enfrentan el desafío de establecer redes de apoyo para los asistentes encargados de la atención. Con frecuencia, los voluntarios están deseosos de asumir las funciones de asistencia; no obstante, a los miembros de la familia no se les otorga el lujo de ser voluntarios para el papel de encargados de la atención. La enfermera de salud comunitaria debe ser consciente de que aunque un cliente puede afrontar mejor su condición en el ambiente domiciliario, este mismo ambiente puede agobiar al encargado de su atención. Los asistentes encargados de la atención pueden oponerse a las crecientes responsabilidades porque carecen de sistemas de apoyo adecuados.

La enfermera puede respaldar a los asistentes encargados de la atención trabajando para anticipar los problemas y animando a tales personas a buscar apoyo a través de la asesoría o el trabajo de grupo. Los asistentes encargados de la atención a menudo trabajan jornadas de tiempo completo para su propia manutención mientras desempeñan un segundo "trabajo de tiempo completo" cuidando a una persona amada. La carga emocional y económica es un asunto que debe ser manejado por los profesionales para respaldar al asistente encargado de la atención.

Un punto de apoyo para estos asistentes consiste en brindarles educación, de modo que ellos puedan prestar con seguridad una atención que carece de preparación. Las clases sobre distintas actividades relacionadas con la salud pueden ayudar a estos asistentes a ofrecer la atención sin ingresar al campo del ejercicio profesional (Ripple y Holzemer, 1995). Tres áreas comunes en las cuales la educación impartida por los profesionales puede respaldar la función de los encargados de la atención son la **comunicación**, la **mecánica corporal** y las **precauciones universales para el control de la infección**.

Estas tres áreas de servicio son importantes porque representan aquellas en las cuales los voluntarios pueden tener problemas al brindar la atención. Los voluntarios necesitan información sobre la comunicación de modo que puedan ayudar a los clientes a lograr la satisfacción de sus necesidades. Ellos necesitan

Muestra de servicios voluntarios básicos

- *Comunicación*
Interpersonal.
Negociación con el equipo de atención de salud.
Confidencialidad.
- *Mecánica corporal*
Ayuda para levantarse.
Ayuda para los paseos.
Ayuda para el traslado a cama o silla.
- *Precauciones universales y control de la infección*
Primeros auxilios.
Preparación y almacenamiento básico de los alimentos.

información sobre la mecánica corporal para no lesionarse mientras ayudan a los demás en los paseos y los cambios de posición. Finalmente, los voluntarios necesitan información respecto a las precauciones universales y el control de la infección de modo que puedan sentirse cómodos al ofrecer su ayuda. Puede ser necesario facilitar a los voluntarios otros apoyos educativos según sus funciones y responsabilidades.

FUNCIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA ENFERMERA EN LA COMUNIDAD

Prestación de la atención

Las enfermeras prestan su atención en situaciones cada vez más complejas e innovadoras. El desempeño de funciones tradicionales basadas en la comunidad se encuentra en los colegios, los departamentos de atención domiciliaria, las asociaciones de enfermeras visitantes y las agencias de salud pública. Otras instituciones para la atención ofrecen a las enfermeras más oportunidades de empleo, incluyendo las instituciones para la investigación basada en la comunidad, las instituciones de enfermería parroquial, los sitios ocupacionales y de bienestar corporativo y los centros comunales de los vecindarios.

Las enfermeras empresarias desarrollan y manejan centros de enfermería comunitaria que suministran los niveles primario, secundario y terciario de la atención de enfermería. Las enfermeras de la práctica avanzada trabajan en todas las instituciones de atención tradicional y las que se encuentran en evolución. La habilidad más crítica de la atención es la valoración. Las continuas expectativas de todo el personal de atención en salud están relacionadas con el desarrollo de excelentes habilidades de valoración.

Los empleadores esperan que los proveedores de atención en salud efectúen rápidamente las valoraciones y solucionen los problemas conservando los recursos. También se espera que los nuevos empleados aporten estas habilidades en lugar de esperar que la agencia les ofrezca el entrenamiento respectivo. Aunque los recién graduados no tendrán las mismas habilidades que los practicantes experimentados, los empleadores esperan habilidades básicas sólidas para la evaluación.

Educación

Las enfermeras pueden educar a los clientes individuales o a las familias o grupos de clientes en diversas situaciones de salud y enfermedad. Las enfermeras también pueden actualizarse a través de los programas de educación continuada y de servicio interno con objeto de mantener la competitividad en la prestación de la atención. Las enfermeras desempeñan una función importante en la educación del público respecto al papel cambiante de la profesión de enfermería el cual puede potencialmente mejorar la salud del público. La educación incluye informarse uno mismo e informar a los demás sobre el potencial para el cambio que contribuya a mejorar los niveles de bienestar.

La educación relacionada con la salud y la enfermedad permite que los clientes mejoren su salud y acepten los límites de su condición física y emocional. Las enfermeras enseñan a los clientes cómo prepararse para la muerte y para lamentar la pérdida de la familia o los amigos, y también pueden desempeñar un papel para ayudar a las comunidades a afrontar o recuperarse de los desastres naturales y la intranquilidad civil mediante la consejería en las crisis.

Prestación de la atención. Las enfermeras están entre los múltiples proveedores de atención que constituyen el equipo interdisciplinario. La profesión de enfermería fija los estándares para suministrar la atención en una comunidad.

Educación. La enfermera de salud comunitaria educa a los clientes, a otras enfermeras y al público sobre los problemas relacionados con la salud descubiertos por ellas y sobre los papeles de las enfermeras que trabajan en la solución de estos problemas, mejorando así la salud.

Las enfermeras educan a otras enfermeras por medio de la educación continuada, la cual ofrece una actualización de las habilidades clínicas. La educación continuada puede incluir un seminario corto o un curso de actualización de una semana de duración sobre distintos temas que comprenden desde la atención domiciliar de avanzada tecnología hasta la intervención de la crisis en una familia. La enfermera educadora hace el diagnóstico de una deficiencia en el aprendizaje en un grupo de enfermeras y a continuación ofrece la capacitación que debería mejorar su práctica clínica. Con frecuencia la educación continuada es aprobada por las organizaciones de enfermería a nivel estatal, de modo que se puedan crear unidades de educación continuada (UEC).

La educación de servicio interno consiste en una intervención más dirigida; a menudo está enfocada en un único tema. Puede ser necesario que el personal de enfermería asista a lo largo del año a clases que refuerzan el material enseñado previamente. Las fuentes legislativas, de acreditación y financiación de los diferentes estados exigen educación de actualización en áreas tales como la seguridad en caso de incendio, la reanimación cardiopulmonar, las precauciones universales para el control de la infección y la confidencialidad de la información sobre el cliente. La educación también puede estar orientada a diversas políticas y procedimientos específicos de la agencia. Puede ser necesario repetir las instrucciones sobre cómo utilizar los nuevos formatos de registro y los cambios en la utilización del equipo para garantizar un estándar en la atención. Los participantes en los programas de educación de servicio interno generalmente no reciben UEC.

Las enfermeras también instruyen al público sobre los papeles cambiantes de la enfermería. El público está ampliando su visión y su apreciación de la enfermería profesional. Previamente limitadas al hospital y a las residencias para ancianos, las enfermeras están cada vez más asociadas con el papel de proveedor primario de la atención o vinculadas a los servicios de atención primaria.

Detección

Detección. Cuando se conoce la existencia de los problemas de salud, los proveedores de la atención pueden detectar en las poblaciones de riesgo las señales tempranas de alerta. Las enfermeras de salud comunitaria también observan los síntomas que podrían representar un problema de salud previamente desconocido.

Las enfermeras detectan en los individuos, las familias y los grupos (clientes) problemas tales como la falta de conocimiento, la inmunización inadecuada, el predominio de enfermedades sexualmente transmisibles y la desnutrición. Las enfermeras pueden detectar en las familias como clientes la presencia de violencia intrafamiliar, el abuso en los ancianos y observar cómo responden los integrantes de la familia al nacimiento de un nuevo miembro.

Las funciones de detección constituyen el centro de las actividades de prevención secundaria. La detección se utiliza para identificar tempranamente los problemas y aminorarlos. Esta es una función especial porque no incluye el tratamiento de los problemas obvios sino que más bien busca las señales de alerta de un problema. En la detección se asume que existen señales de advertencia sobre la presencia de un problema, por ejemplo, un marcador antigénico, una masa tisular o una disminución de la agudeza visual. La detección constituye el enlace entre una prevención exitosa y la enfermedad en toda su expresión; intenta evitar la extensión de los problemas físicos o emocionales antes de que se requieran más recursos para corregirlos.

Las enfermeras pueden detectar en los clientes individuales cuadros de gingivitis y odontología, los cuales sugieren caries dental. La remisión al odontólogo estaría indicada porque el problema requiere la experiencia de otro proveedor de la salud. Las enfermeras con experiencia en la atención de las familias con problemas emocionales detectarían en éstas los signos de una menor comunicación entre los miembros y los antecedentes de violencia física o emocional, lo cual sugiere

una disfunción. La enfermera podría tratar a estas familias si contara con las credenciales correspondientes.

La detección de las enfermedades previamente desconocidas no es posible dado que la enfermera u otro proveedor de la atención no pueden identificar el nuevo patrón de síntomas o las señales de advertencia relacionadas con tal enfermedad. No obstante, la enfermera de salud comunitaria está atenta a los patrones inusuales de síntomas generales que puedan revelar un problema emergente (y antes desconocido) o el resurgimiento de un problema previamente controlado.

Defensoría

La defensoría es un papel complejo que consiste en actuar por otra persona que no puede recorrer el sistema de atención de salud para conseguir que sus necesidades sean satisfechas. Las personas necesitan defensores cuando no pueden conseguir los servicios debido a su ignorancia, cuando son incapaces de ver, hablar o escuchar, o cuando están confundidas respecto a los servicios que se encuentran disponibles. Algunas personas se deprimen cuando están enfermas y pueden necesitar un defensor personal hasta cuando se sientan mejor. El papel de la enfermera consiste en actuar como una defensora de los clientes hasta que éstos puedan cuidar de sí mismos.

Las poblaciones susceptibles tales como los prisioneros, los niños, las personas con compromiso neurológico y los ancianos a menudo necesitan defensores por el resto de sus vidas o hasta que sus circunstancias les permitan una mayor libertad de elección e independencia. La enfermera tiene la responsabilidad de promover la defensoría, en parte debido a la frecuencia de relaciones terapéuticas continuas y a largo plazo. La enfermera de salud comunitaria puede atender a la misma familia mientras los bebés nacen, los niños crecen y los ancianos mueren.

Defensoría. El papel como defensor es asumido cuando una persona actúa por otra en una forma razonable y prudente. Actuar por otro es necesario cuando la persona no puede lograr por sí misma que sus necesidades de atención en salud sean satisfechas; por ejemplo, las enfermeras actúan como defensoras de los niños, los prisioneros y los clientes que no hablan inglés.

Planeación

Mirar hacia adelante para hacer cierta predicción sobre los recursos de atención de salud que serán necesarios para satisfacer las necesidades del cliente es el centro de la planeación para la atención de salud. La planeación de salud de la comunidad requiere tanto la cooperación de los clientes como de los profesionales. La importancia de una planeación sólida está relacionada con el hecho de que varias generaciones de personas pueden beneficiarse o verse limitadas por la cuidadosa o descuidada naturaleza de la planeación.

El surgimiento de los equipos y servicios de avanzada tecnología ha hecho que la planeación sea aún más imperiosa. Los costosos equipos y los servicios de avanzada tecnología pueden ser reclamados por diferentes grupos, dificultando la planeación organizada de la salud. Los proveedores de las diversas especialidades con distintas habilidades definen cada uno la planeación según ésta se relaciona con las variadas necesidades.

La planeación de las necesidades futuras es difícil porque los problemas existentes son prioritarios. Una tendencia inquietante en la sociedad de Estados Unidos es la preferencia por la solución inmediata de los problemas incluso con el riesgo de originar mayores problemas futuros. Por ejemplo, se tolera la reducida financiación de los programas Headstart para los niños aunque es muy improbable que los niños que no reciben este tipo de educación tengan éxito en el colegio. La desviación del dinero de este programa hacia otros o la reducción del presupuesto para limitar sus costos puede tener como consecuencia unos devastadores resultados a largo plazo para toda una generación de niños.

Planeación. Las enfermeras de salud comunitaria participan en la planeación de la salud en un esfuerzo por satisfacer las necesidades de la comunidad. Siempre que sea posible, la planeación de la salud debería incluir al cliente, de modo que los servicios para la atención de la salud sean relevantes a sus necesidades.

Coordinación de la atención

Coordinación de la atención. Las enfermeras de salud comunitaria coordinan la atención de los clientes con objeto de preservar los recursos y suministrar los servicios adecuados. La atención debe ser coordinada para evitar la duplicación de los servicios.

La coordinación de los servicios es el principal pilar de un sistema de prestación de atención de la salud eficiente y efectivo respecto al costo. Las enfermeras de salud comunitaria trabajan activamente en la coordinación de la atención con objeto de satisfacer las necesidades de los clientes en forma adecuada. El papel de la enfermera en tal coordinación es especialmente importante en enfermedades multigeneracionales tales como el VIH (Kelly, Holman, Rothenberg y Holzemer, 1996). La enfermera de salud comunitaria coordina las complejas necesidades de atención entre los profesionales de muchas disciplinas y entre los clientes, las familias, los amigos, los voluntarios y los extraños.

La coordinación de la atención es especialmente desafiante debido al volumen de atención que está siendo desviada hacia las instituciones comunitarias. No se esperaba que gran parte de la atención suministrada en el hospital fuese trasladada a estas instalaciones. Solía decirse que las personas que necesitaban soporte de avanzada tecnología estaban demasiado enfermas para ser atendidas en su hogar. En la actualidad, prácticamente cualquier nivel de atención puede ser ofrecido en el domicilio mientras se cuenta con los sistemas de soporte necesarios.

La infraestructura para la prestación de la atención discutida previamente en este capítulo, no ha sido diseñada para la gran proporción de la atención que está siendo trasladada a la comunidad. En el pasado, una madre y su bebé podían permanecer en el hospital durante tres días mientras ella aprendía las nuevas funciones de la maternidad; recientemente se ha dispuesto que las madres sean dadas de alta de 24 a 36 horas después del parto. Los servicios basados en la comunidad no están listos para ofrecer los servicios adicionales necesarios para la nueva familia, incluso aunque estén cubiertos por el seguro.

Supervisión del personal auxiliar

Supervisión del personal auxiliar. Un papel de la enfermería en expansión es la supervisión del personal auxiliar. Muchas personas que suministran atención como asistentes precisan instrucciones y orientación por parte de la enfermera; por ejemplo, la supervisión del PNL es indispensable dado su limitado entrenamiento.

Las enfermeras de salud comunitaria supervisan a muchas personas en el hogar, instalaciones de atención ambulatoria y diversas organizaciones basadas en la comunidad (OBC). Cada día más, los aspectos del negocio de la atención domiciliaria y la salud comunitaria requieren la estrecha supervisión del personal auxiliar que puede trabajar para una organización o ser subcontratado por una segunda agencia.

La prestación de una atención efectiva respecto al costo por parte de los profesionales y el personal auxiliar es un requisito para la supervivencia de las instituciones emergentes (Newell, 1996), especialmente en lo que se refiere a la atención gestionada. En sus programas de pregrado, las enfermeras de salud comunitaria reciben una preparación insuficiente para la conducción, el manejo y la supervisión del personal auxiliar. Se requieren más habilidades en esta área, particularmente con el crecimiento del uso de personal asistente no licenciado (PNL) en todas las situaciones de atención de la salud (Cohén y Cesta, 1993; Cohén, 1996). Las enfermeras de salud comunitaria necesitan ampliar su habilidad para trabajar y evaluar la atención ofrecida por el PNL o los técnicos de atención de la salud.

*R*ESUMEN

La solidez de la infraestructura para la atención de salud y los papeles de la enfermera que intentan mejorar la salud del público son inquietudes importantes para la enfermera de salud comunitaria. La infraestructura para la prestación de tal atención está compuesta por instituciones de salud pública, hospitales, centros

médicos y OBC. La atención de la salud está siendo cada vez más descentralizada; la prestación del servicio se está trasladando a las comunidades donde residen las personas. El incremento de la atención basada en la comunidad puede evidenciarse, por ejemplo, en el crecimiento de los servicios de atención de la salud en el ámbito escolar y ocupacional.

En muchas situaciones la prestación de la atención aumenta debido a las personas asistentes. La atención es ofrecida por los miembros de la familia, amigos, voluntarios y extraños. Las enfermeras de salud comunitaria deben aceptar el complejo papel de apoyar a las redes de atención a medida que éstas se desarrollan. Las enfermeras, conociendo que cada red de soporte es única, ayudan al grupo a brindar la atención al cliente que necesita los servicios.

Las enfermeras de salud comunitaria asumen muchos papeles en su práctica. Ellas trabajan en la prestación de la atención, educación, detección, defensoría, planeación, coordinación de la atención y supervisión del personal auxiliar. Todas las funciones de la enfermería están siendo analizadas desde el punto de vista de su efectividad respecto al costo y su éxito para mejorar la atención. Cada vez se solicita más a las enfermeras de salud comunitaria demostrar que los resultados de la ejecución de distintas funciones está mejorando la atención de los clientes de una manera efectiva con relación al costo.

PALABRAS CLAVE

Defensoría	Planeación
Prestación de la atención	Detección
Coordinación de la atención	Supervisión del personal auxiliar
Educación	

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas.

1. ¿Cuál de las siguientes acciones está más directamente relacionada con la función de la salud pública?
 - A. Controlar la diseminación de las enfermedades sexualmente transmisibles.
 - B. Supervisar a los individuos que trabajan en el departamento de saneamiento.
 - C. Elegir las autoridades gubernamentales cuyos lemas incluyen los derechos para la protección de los animales.
 - D. Responder a un accidente de avión en una ubicación remota.
2. La enfermera de salud comunitaria que anualmente efectúa valoraciones para la escoliosis en un grado escolar está desempeñando la función de:
 - A. Prestación de la atención.
 - B. Detección.
 - C. Defensoría.
 - D. Coordinación de la atención.
3. La enfermera de salud comunitaria que realiza la preparación preoperatoria de los pacientes, cambia los horarios de visita y da a los clientes de alta de los servicios está desempeñando la función de:
 - A. Prestación de la atención.
 - B. Detección.
 - C. Defensoría.
 - D. Coordinación de la atención.

4. Una enfermera de salud comunitaria que trabaja con un cliente sordo, acuerda las citas para su atención ambulatoria únicamente cuando se encuentra presente un intérprete del lenguaje de los signos. Esta enfermera está desempeñando la función de:
 - A. Prestación de la atención.
 - B. Detección.
 - C. Defensoría.
 - D. Coordinación de la atención.
5. ¿Cuál de las siguientes acciones de la enfermera refleja la función de supervisión del personal auxiliar?
 - A. Telefonar al farmacéuta para aclarar el efecto colateral de un medicamento.
 - B. Enviar los resultados de laboratorio al proveedor primario de la atención.
 - C. Indicar al asistente de la atención domiciliaria las prácticas adecuadas para la seguridad en el hogar.
 - D. Solicitar a la compañía de equipos médicos los suministros necesarios.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es A.* El control de las enfermedades sexualmente transmisibles es una actividad enfocada en la población, relacionada con la salud pública.
2. *La respuesta es B.* La valoración de la escoliosis es una actividad de detección.
3. *La respuesta es D.* La coordinación de la atención incluye los cambios necesarios para satisfacer las necesidades de un grupo de clientes. Las intervenciones de enfermería cambian con las necesidades de los clientes.
4. *La respuesta es C.* Velar por las necesidades de los clientes es la meta de la defensoría. La enfermera interviene para ayudar al cliente a lograr que sus necesidades de atención de salud sean satisfechas.
5. *La respuesta es C.* Instruir al personal auxiliar para ayudarlo a prestar la atención hace parte de la función de supervisión de la enfermera de salud comunitaria.

REFERENCIAS COMENTADAS

Anderson, E. T., & McFarlane, J. M. (1996). *Community as partner: Theory and practice in nursing* (2ª ed.). Filadelfia: J. B. Lippincott.

Este texto examina las relaciones potenciales entre las enfermeras y los clientes como socios para crear soluciones a los problemas relacionados con la salud.

Cohen, E. L. (1996). *Nurse case management in the 21 st century*. Filadelfia: C. V. Mosby.

Sumario de los múltiples aspectos que tratan las enfermeras en el manejo de los casos. Anticipa los tipos de actividades en las cuales estarán comprometidas las enfermeras en el futuro.

Cohén, E. L., & Cesta, T. G. (1993). *Nursing case management: From concept to evaluation*. Filadelfia: C. V. Mosby.

Este texto brinda una visión general básica pero completa de las múltiples complejidades de la gestión de los casos. Cada paso para establecer un programa de calidad para el manejo de los casos es cubierto detalladamente.

Kelly, E, Holman, S, Rothenberg, R, & Holzemer, S. E (1995). *Primary care of women and children with HIV infection: A multidisciplinary approach*. Boston: Jones and Bartlett.

Este libro identifica los muchos problemas que enfrentan las mujeres y los niños portadores del VIH para acceder a la atención de la salud y los servicios sociales.

National Association of County Health Officials.(1993). *Corepublic health functions*. Washington, DC: Autor.

Documento que identifica como principales funciones de la salud pública las siguientes: la valoración del estado de la salud comunitaria y los recursos disponibles, el desarrollo de políticas resultantes en propuestas para apoyar y estimular una mejor salud, y la confirmación de que los servicios necesarios se encuentren disponibles.

Newell, M. (1996). *Using nursing case management to improve health outcomes*. Gaithersberg, MD: Aspen Publications.

Este libro utiliza muchos estudios de casos para analizar el negocio y los aspectos de la calidad de la atención relacionados con la gestión de los casos.

Ripple, J. L., & Holzemer, S. P. (1995, junio). *Managed care, volunteers and the new political and financial reality*. Paper presented at the meeting of The National Community Service Conference. Kansas City, MO.

En este documento se analiza la amplia función de los voluntarios encargados de la atención en la época de la atención gestionada. Se discuten los métodos especiales para su supervisión.

U.S. Department of Health and Human Services. (1994). *Prevention '93/' 94: Federal programs and progress*. Washington DC: Autor.

Este documento explica el esfuerzo nacional de Mealthy People 2000. Los servicios existentes y las soluciones propuestas a los problemas son identificados para todas las unidades del Public Health Service, Administration on Aging, Administration for Children and Families, and the Health Care Financing Administration.



EFFECTO DE LA ACREDITACIÓN Y LA CERTIFICACIÓN PROFESIONAL SOBRE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Con objeto de promover la continuidad de la atención, las enfermeras pueden recibir su acreditación (certificación) y participar en la acreditación de las organizaciones. La certificación y la acreditación son actividades en las cuales las enfermeras y otros miembros del equipo interdisciplinario pueden participar para mejorar la calidad de los sistemas de atención; estos son procesos que denotan la excelencia en el cubrimiento de las necesidades de atención del cliente.

Este capítulo relaciona los beneficios de la acreditación de la agencia y la certificación del proveedor con la continuidad de la atención. La certificación del proveedor de la atención y la acreditación de la agencia son actividades indicadoras de la excelencia las cuales no son consideradas obligatorias. Estas acciones voluntarias son realizadas por los profesionales para aumentar la confianza del consumidor en los distintos servicios ofrecidos por la organización o por la enfermera en forma individual.

*P*ROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE SALUD COMUNITARIA

El Programa de Acreditación de la Salud Comunitaria (PASC), subsidiario de la National League por Nursing (NLN), ha estado acreditando a las organizaciones de atención domiciliar y salud comunitaria desde 1965. La condición de acreditación representa un nivel de excelencia en la gestión y prestación de la atención el cual supera las regulaciones estatales o la certificación de Medicare. Las organizaciones acreditadas pueden cobrar por los servicios suministrados a los clientes afiliados a Medicare sin tener que ser sometidas a una visita estatal por separado para evaluar la calidad de sus servicios.

Fundamental para la filosofía de acreditación del PASC es la convicción de que la participación voluntaria en la auto-evaluación y el mejoramiento continuo de la calidad, constituyen la mejor manera de garantizar una atención de la salud de alta calidad en el hogar y en el ámbito comunitario. En consecuencia, el primero y más importante paso en el proceso de acreditación requiere que la institución ingrese en un periodo de auto-estudio. Mediante el auto-estudio la organización perfila sus propias operaciones y servicios utilizando los criterios del PASC, los cuales son fijados por expertos de agencias acreditadas en la industria. La organización elabora un informe en el cual expone cómo califica para los criterios nacionales.

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

- Programa de acreditación de salud comunitaria
- Acreditación y continuidad de la atención
- Desarrollo del programa
- Mejoramiento continuo de la calidad y continuidad de la atención
- Certificación profesional
- Resumen

La organización que busca su acreditación debe estar comprometida con el proceso de cambio. Si la organización no satisface todos los criterios para la acreditación, el personal debe crear un detallado plan para el mejoramiento. Después de realizar las correcciones y redactar el documento o informe del auto-estudio, la organización se encuentra lista para recibir en la sede la visita de evaluación de su desempeño. Quienes visitan el sitio son representantes de agencias similares que verifican la exactitud de la información detallada en el documento del auto-estudio, es decir, los visitantes buscan evidencia de que dicho informe refleje debidamente el trabajo de la organización.

Los principios clave del proceso de acreditación consisten en evaluar que la organización: (1) tenga una estructura y función que apoye su propósito y filosofía orientada en el cliente; (2) suministre continuamente servicios y productos de alta calidad; (3) cuente con los recursos humanos, económicos y físicos para realizar su trabajo, y (4) se encuentre posicionada para una permanencia a largo plazo.

Los visitantes de la sede evalúan la institución a través de la revisión de documentos, entrevistas al personal y reuniones con los consumidores para conocer su opinión sobre cómo la organización está cubriendo sus necesidades de atención de salud. Los visitantes también evalúan la organización en términos de la atención realmente prestada a los clientes, observando cómo los miembros del personal trabajan en conjunto para brindar una atención de la salud interdisciplinaria e integral. Finalmente, los visitantes del PASC evalúan la planeación económica y las medidas de la organización para el manejo del riesgo a fin de identificar las amenazas potenciales a su estabilidad fiscal y su capacidad para el sostenimiento de los servicios.

Las organizaciones reciben en la sede una visita general cada tres años, momento en el cual todos los criterios para la acreditación son revisados. Cada nueve a quince meses se producen visitas intermedias no anunciadas a la sede con el fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos para la acreditación. Estas visitas pueden generar la necesidad de informes referentes al desarrollo del programa si se identifican problemas en la prestación de la atención de calidad o en la preservación de la misión de la organización.

Una Junta de Revisión toma la decisión final respecto a la acreditación. Esta junta, constituida por representantes de agencias acreditadas, revisa las observaciones de los visitantes de la sede así como todo el material pertinente presentado por las organizaciones que buscan la acreditación. La Junta de Revisión puede otorgar la condición inicial o permanente de acreditación o decidir posponer la acreditación. La junta puede negar la acreditación o revocar la condición de acreditación si la agencia deja de cumplir los requisitos para la misma.

*A*ACREDITACIÓN Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

La acreditación del PASC propicia la continuidad de la atención puesto que los criterios no pueden ser adecuadamente cumplidos sin una frecuente y completa evaluación de los servicios al cliente. La atención de calidad es definida integralmente por el PASC; ésta incluye todos los aspectos relacionados con los servicios y las operaciones, desde la satisfacción del consumidor y los servicios clínicos hasta la gestión financiera a largo plazo y la planeación estratégica.

El proceso de acreditación favorece la cooperación interpersonal en y entre las disciplinas. Ingresar al proceso de auto-estudio para la acreditación le muestra al personal y a la administración dónde debe ser coordinado el trabajo por medio de la organización para mejorar los productos y los servicios. Los administradores son capaces de identificar en la agencia las áreas problemáticas potenciales que necesitan mejoramiento y las fortalezas que deben ser robustecidas.

Estándares específicos del servicio

- Servicios profesionales
- Servicios paraprofesionales
- Atención en hospicios
- Terapia de infusión domiciliaria
- Servicios de diálisis domiciliaria
- Equipo médico domiciliario (por ejemplo, sillas de ruedas, bombas de infusión)
- Servicios de farmacia
- Enfermería de responsabilidad privada
- Personal suplementario
- Programas de salud pública
- Centros de enfermería comunitaria

Se propicia el trabajo en equipo y el respeto por los otros departamentos o encargados de la atención, debido a que se esclarecen los aportes realizados por el personal en el proceso de auto-estudio. En lugar de competir por los recursos de la organización, el grupo de empleados aprende a trabajar unido para conservar tales recursos. Cada miembro del equipo aprende las complejidades de cada programa y servicio, y tiene la oportunidad de ampliar su perspectiva. Los miembros del personal pueden desarrollar un sentido de pertenencia respecto a los programas y servicios por fuera del área de su experiencia. El personal considera los servicios individuales de la organización como un complemento unificado de servicios.

Con objeto de que el proceso de acreditación sea uniforme nacionalmente, el PASC basa todas las actividades y las decisiones concernientes a la acreditación en el cumplimiento de una serie de criterios basados en los resultados. Todas las organizaciones deben satisfacer los criterios esenciales así como los criterios que reflejen sus servicios y productos.

A su vez, las organizaciones exitosamente acreditadas participan en la revisión y actualización periódica de los criterios, definiendo así la calidad de la industria. Para cada ciclo de acreditación, las organizaciones deben cumplir los criterios que reflejen los servicios por ellas ofrecidos. Si una organización ha agregado un servicio después de la última visita a la sede, la próxima visita al sitio debe ampliarse para incluir la revisión del servicio anexado.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

Los criterios de excelencia de la acreditación también pueden ser utilizados para desarrollar nuevos servicios. La situación descrita a continuación ilustra cómo una organización no acreditada puede utilizar los criterios del PASC basados en los resultados con objeto de crear servicios que finalmente califiquen para la designación de la excelencia por parte del PASC. Estos criterios son utilizados en el desarrollo del programa de modo que el proceso de acreditación, cuando la organización la solicite, se desarrolle sin contratiempos. El personal respalda el proceso de acreditación porque está familiarizado con los criterios y conoce cómo cumplirlos con resultados evaluables. Si los criterios cambian en el futuro, la organización efectúa los cambios necesarios en sus servicios para acatar los nuevos requisitos.

ESTUDIO DE CASO: LAS ENFERMERAS ADMINISTRADORAS PLANEAN LA EXPANSIÓN DE LOS SERVICIOS

Michael Giff, M. A., R. N., vicepresidente de las relaciones entre enfermería y el consumidor, se reúne con las enfermeras administradoras para planear la adición de los servicios de la terapia de infusión a su negocio de atención domiciliaria. El señor Giff utiliza los criterios del PASC para la atención domiciliaria a fin de orientar a otras enfermeras administradoras respecto a sus deberes cuando acepten la responsabilidad del nuevo servicio.

Cada administradora analiza el desarrollo de los criterios para responder las siguientes preguntas: ¿Cómo apoyará este servicio el propósito de la organización y su filosofía orientada en el cliente? ¿Qué efecto producirá este servicio en la calidad general de la atención? ¿De qué manera impacta este nuevo servicio los recursos de la organización? ¿La adición de este servicio promueve la permanencia a largo plazo?

Cuando el programa de la terapia de infusión es puesto en marcha, las enfermeras administradoras valoran la utilización de los criterios de la acreditación porque éstos mantienen enfocados a los grupos de trabajo, ofre-

Estándares de acreditación

- Mantener al personal enfocado
- Crear un lenguaje común entre las disciplinas
- Garantizar servicios amigables con el cliente
- Ofrecer al personal retroalimentación continua sobre la prestación de la atención

cen a las diferentes disciplinas un lenguaje común, garantizan que el servicio sea amigable con el cliente y brindan una continua retroalimentación a los miembros del grupo respecto a sus fortalezas y limitaciones en la creación de un nuevo servicio.

En la anterior situación, la enfermera Giff decide planear cuidadosamente la adición de los servicios de la terapia de infusión domiciliaria utilizando los criterios para la acreditación. La tabla 16-1 contiene la lista de criterios para la terapia de infusión domiciliaria que deben ser adoptados por la organización con objeto de satisfacer los requisitos para su acreditación. El señor Giff ha preparado a la organización para cumplir todos los criterios esenciales cuando ésta solicite su acreditación.

*

TABLA 16-1

ESTÁNDARES DE LA TERAPIA DE INFUSIÓN DOMICILIARIA

La estructura y función del programa de terapia de infusión domiciliaria apoya firmemente la filosofía y el propósito de la organización.

- El propósito del programa de terapia de infusión domiciliaria enunciado apoya la filosofía global y el propósito de la organización.
- El programa de terapia de infusión domiciliaria está organizado para promover su propósito enunciado.
- Un profesional calificado es responsable de la dirección, coordinación y supervisión general del programa.
- Las actividades del programa de terapia de infusión domiciliaria reflejan el propósito del programa.

El programa de terapia de infusión domiciliaria ofrece continuamente servicios y productos de alta calidad. Siguiendo las políticas del programa,

- Los servicios y productos de la terapia de infusión son suministrados a los clientes en su lugar de residencia siguiendo las políticas del programa.
- La atención necesaria se encuentra disponible 24 horas al día, siete días a la semana, con capacidad para responder a los clientes como se indica a continuación:
 1. Respuesta telefónica antes de 30 minutos.
 2. Desplazamiento al sitio antes de dos horas, en caso necesario.
 3. Entrega de medicamentos y equipos por lo menos 30 minutos antes de la hora programada para su utilización.
- Los servicios a los clientes están coordinados.
- Las políticas específicas del programa y los procedimientos que cubren el alcance de los servicios se encuentran registrados y son implementados.
- Las historias clínicas contienen lo siguiente:
 1. Motivo del servicio.
 2. Entidad remitente.
 3. Diagnóstico y pronóstico.
 4. Conveniencia del plan de atención.
 5. Personas a contactar en caso de emergencia o deceso.
 6. Medidas de seguridad.
 7. Limitaciones funcionales.
 8. Nombre del médico.
 9. Base de datos de la familia del cliente, incluyendo datos físicos, psicosociales y ambientales.
 10. Identificación de los problemas de los clientes, plan de tratamiento y metas a corto y largo plazo.
 11. Perfil farmacológico y procedimientos intravenosos practicados.
 12. Intervención de enfermería prescrita.
 13. Complicaciones.
 14. Formas para el consentimiento y la autorización.
 15. Identificación y medidas de evaluación de los resultados individuales del cliente.

(Sigue)

*

TABLA 16-1 (Continuación)

16. Indicaciones por escrito sobre cualquier disposición anticipada por el cliente.
 17. Resultados de laboratorio.
 18. Valoración e informes de farmacia.
 19. Órdenes médicas adecuadas, actuales, firmadas.
 20. Copias de informes de los resúmenes enviados al médico.
 21. Notas de evolución oportunas, fechadas y firmadas por la persona que ofrece los servicios.
- La calidad de los servicios de terapia de infusión suministrados es la evaluada rutinariamente.
 - Las medidas para el control de la infección y las medidas de seguridad son establecidas e implementadas y hacen parte de cada procedimiento de infusión.
- El programa de terapia de infusión domiciliaria cuenta con recursos humanos, económicos y físicos adecuados, organizados de manera efectiva para cumplir su propósito.*
- El programa de terapia de infusión domiciliaria cuenta con personal adecuado, calificado y experimentado en tratamiento intravenoso.
 - El programa de terapia de infusión domiciliaria tiene recursos económicos adecuados para respaldar su propósito.
- El programa de terapia de infusión domiciliaria está posicionado para una permanencia a largo plazo.*
- El programa de terapia de infusión domiciliaria refleja el propósito de la organización y del programa y está integrado en el plan general de la organización (si es aplicable).
 - El programa de terapia de infusión domiciliaria propicia un clima y dirección innovadores.
-

NOTA: Tomado de *Standards of Excellence for Infusion Therapy Programs*, por el Community Health Accreditation Program, Inc., 1993, Nueva York: Autor. Reimpreso con autorización.

La acreditación es una herramienta con que cuentan la enfermería y las organizaciones que prestan atención interdisciplinaria para mantener su convenio social con la sociedad. La acreditación significa que los proveedores están escuchando a los clientes y suministrando servicios que las personas aprecian. El proceso de acreditación también sugiere que el personal de la organización acepta la responsabilidad de comprometerse a largo plazo en la prestación de la atención de salud en la comunidad a la cual atiende. En tiempos de restricciones económicas, la acreditación constituye una sabia inversión que debe ser incluida por las organizaciones en el plan estratégico para su permanencia.

En su preparación para decidir el ingreso al proceso de acreditación, el equipo interdisciplinario debe realizar una verificación de su presteza con objeto de conocer si posee las habilidades operativas necesarias para alcanzar el éxito en dicho proceso. Esta evaluación se encuentra estrechamente relacionada con el funcionamiento apropiado del equipo en el manejo de los casos de los clientes. La figura 16-1 enlaza los conceptos que deben ser tenidos en cuenta antes de ingresar al proceso de acreditación.

El equipo interdisciplinario debe evaluar su calificación respecto a estos componentes del manejo de los casos, aceptando la responsabilidad de mejorar su práctica si existen deficiencias. Las enfermeras administradoras podrían considerar la inclusión de conductas de esta índole en las descripciones del cargo y la revisión anual de las evaluaciones de los empleados con el ánimo de contar con un personal que sea capaz de respaldar las metas del programa. Cada día más, las actividades de la gestión de los casos se están convirtiendo en el centro de la práctica interdisciplinaria y de la profesión de enfermería. El proceso de acredita-

**FIGURA 16-1**

Componentes críticos de la gestión de los casos en relación con su preparación para la acreditación.

ción del PASC brinda a los proveedores de la atención una herramienta valiosa para conservar bien desarrollados los servicios para el manejo de los casos y mantener un nivel nacional de excelencia.

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

A menudo, las organizaciones basadas en la comunidad buscan las maneras para documentar la calidad de sus servicios. La competencia hace que en ocasiones sea improbable compartir la información. El Programa de Benchmarks titulado *Benchmarks for Excellence in Home Care* desarrollado por el PASC (1996) permite que las organizaciones realicen un seguimiento de los resultados de sus servicios y de este modo, evalúen constantemente sus fortalezas y debilidades. El Programa de Benchmarks orienta a la administración y al personal hacia las áreas en las cuales los esfuerzos para el mejoramiento de la calidad requieren un continuo desarrollo y perfeccionamiento.

Los programas para el mejoramiento continuo de la calidad son importantes para las organizaciones porque generan la retroalimentación de cada departamento de la organización y los vincula a la prestación de la calidad del servicio. Todos los miembros de la organización reconocen los servicios brindados al público. La prestación de servicios de calidad se torna más importante porque éstos son revisados en parte desde la perspectiva de los consumidores.

El Programa de Benchmarks evalúa los aspectos de la satisfacción del cliente por medio de una serie de cuestionarios cuidadosamente elaborados, diseñados en respuesta a la naturaleza particular de la atención domiciliaria. Estos cuestionarios estudian los aspectos de la satisfacción experimentada por el consumidor respecto a los intercambios clínicos, educacionales y psicosociales generales entre éste y el médico(s). Los resultados de los cuestionarios también reflejan otros aspectos de las operaciones de la organización, los cuales son necesarios para apoyar los servicios de calidad a los clientes.

El Programa de Benchmarks evalúa:

- La autonomía del consumidor.
- La relación entre los consumidores y las personas encargadas de su atención.
- El conocimiento o la información requeridos por el consumidor.
- El soporte familiar.
- Las expectativas del consumidor respecto al proveedor.

Además de la evaluación de la satisfacción del cliente, el Programa de Benchmarks también incluye cuestionarios y protocolos de recolección de los datos para conocer los resultados de otros servicios en la organización. Estos recolectores de datos son lo bastante específicos como para suministrar mapas detallados de todas las divisiones de la organización y están suficientemente interrelacionados como para brindar una imagen completa de la misma como una única entidad. El Programa de Benchmarks evalúa la relación entre los consumidores y los encargados de la atención a través de una extensa revisión de los servicios clínicos, el funcionamiento de la organización, el manejo financiero y el manejo de los riesgos según se indica en la tabla 16-2.

El Programa de Benchmarks es diferente al proceso de acreditación del PASC. Aunque ambos se refieren a la calidad de los servicios, una organización podría participar en el Programa de Benchmarks antes de la acreditación o en medio de los ciclos para la acreditación. El Programa de Benchmarks ofrece revisiones más frecuentes de la calidad así como la confirmación de cuáles servicios están cubriendo las necesidades del cliente en forma continua.

CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

Las enfermeras profesionales que trabajan en la comunidad se encuentran registradas como proveedores de atención básica segura en el estado en el cual ejercen. En realidad, la enfermera se convierte en una practicante segura de nivel básico, según la calificación del National Council Licensure Exam (NCLEX-RN), el día en el cual el examen es presentado. En muchos estados sin regulaciones obligatorias para la educación continuada, es posible que nunca se exija a una enfermera actualizar su base de conocimientos después de su graduación.

La certificación profesional consiste en una medición de la experiencia personal y es solicitada de manera voluntaria por la enfermera profesional. La certificación se encuentra disponible en distintas organizaciones profesionales y en diferentes especialidades clínicas. Algunas de las certificaciones recibidas por las enfermeras se identifican a continuación.



TABLA 16-2

VARIABLES BENCHMARK

<i>Servicios clínicos.</i> Incluye el registro de los signos vitales, el cuidado personal, las provisiones para las actividades de la vida diaria (AVD) y otros resultados conductuales. Las comparaciones revelarán los efectos de las intervenciones clínicas al determinar el estado de salud al ingreso y todos los cambios que hayan ocurrido para el momento del alta.	<i>Dinámica organizadora.</i> Mide la formación del equipo, el compromiso del personal con la calidad y la coordinación de la atención.
<i>Indicadores empíricos de la capacidad funcional del cliente.</i> Incluye si los clientes son capaces de desempeñar sus AVD en la extensión que pueden hacerlo y/o en la extensión en la cual estas actividades son consistentes con sus metas.	<i>Manejo financiero.</i> Incluye las proporciones y los cálculos de la liquidez, las proporciones y los cálculos de la rentabilidad, el cálculo del puntaje de viabilidad (puntaje V), las calificaciones de la eficiencia, las proporciones de la productividad, el costo y las comparaciones de la utilización.
<i>Indicadores fisiológicos de la capacidad funcional del cliente.</i> Incluye si los clientes logran el estado de salud física (funcionamiento fisiológico del cual son capaces).	<i>Manejo del riesgo.</i> Incluye el control de la tasa de infección, el manejo y el reconocimiento de las demandas, la ocurrencia de lesiones, el reporte de los incidentes, los temas de práctica errónea potencial, el manejo financiero, las reacciones farmacológicas adversas y los errores en la prescripción.

El American Nurses Credentialing Center, subsidiario de la American Nurses Association (ANA) es la mayor organización para la acreditación en enfermería. Las enfermeras son inicialmente certificadas y luego certificadas de nuevo cada cinco años. La certificación refleja el esfuerzo continuo de la enfermera por conservar su competitividad en una categoría de práctica experto.

Las enfermeras que cuentan con una preparación profesional en enfermería pueden ser certificadas como enfermeras de salud comunitaria (generales); estas enfermeras demuestran conocimientos de salud pública y de los problemas de enfermería en cuanto a su relación con la comunidad. Las enfermeras con una preparación de posgrado en enfermería o salud pública pueden ser certificadas como especialistas clínicas en enfermería para la salud comunitaria; las especialistas clínicas son consideradas expertas en la práctica de salud comunitaria así como en la investigación y educación necesarias para resolver los problemas de salud de la comunidad. La American Academy of Nurse Practitioners (1996) otorga credenciales a las enfermeras que practican con familias y adultos, también denominadas enfermeras de práctica avanzada; estas enfermeras trabajan frecuentemente con las enfermeras de salud comunitaria en muchas situaciones.

Las enfermeras también pueden ser acreditadas como administradoras de casos certificadas. La Case Manager Certification (1992) reconoce la práctica independiente de las enfermeras en valoración, planeación, implementación, coordinación, vigilancia y evaluación de los servicios de atención de salud. Las enfermeras que buscan su acreditación deben demostrar que están directamente comprometidas en la coordinación y prestación del servicio, conocen los aspectos físicos y psicológicos de la atención, han explorado los sistemas de beneficios y el análisis de los mismos respecto al costo, aplican los conceptos para el manejo de los casos y utilizan en forma precisa los recursos comunitarios.

*

TABLA 16-3

EJEMPLOS DE LAS ÁREAS PRIMORDIALES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS CASOS PARA LA CERTIFICACIÓN

Coordinación y prestación del servicio

- Comprende las restricciones sobre la divulgación de información confidencial.
- Valora la información clínica para desarrollar planes de tratamiento.

Factores físicos y psicológicos

- Actúa como defensor de las necesidades de atención de salud del individuo.
- Ayuda a las personas a desarrollar metas de salud a corto y largo plazo.

Sistemas de beneficios y análisis de costo-beneficio

- Comprende los requisitos para la autorización previa del pagador.
- Conoce los recursos de la salud domiciliaria.

Conceptos de la administración de los casos

- Documenta las actividades de la administración de los casos.
- Desarrolla planes para la administración de los casos concernientes a las necesidades del individuo.

Recursos comunitarios

- Conoce el Americans with Disabilities Act.
- Sabe cómo establecer un sistema de apoyo para el cliente.

NOTA: Tomado de *CCM Certification Guide: Certified Case Manager* (pp. 5,6), por la Commission for Case Manager Certification, 1992, Rolling Meadows, IL: El autor. Reimpreso con autorización.

RESUMEN

La continuidad de la atención se ve influida por la acreditación de las organizaciones y por la certificación profesional de las enfermeras. En ambas situaciones se satisfacen los criterios para la identificación de la excelencia de los servicios de una organización y la excelencia de la práctica de enfermería. La certificación y la acreditación se obtienen cuando una organización o un individuo cumplen con los criterios establecidos nacionalmente.

La acreditación es un proceso de auto-estudio orientado al mejoramiento de un programa. Las organizaciones participantes cumplen los criterios nacionales creados por otros proveedores de servicios de excelente calidad. Las organizaciones elaboran un informe de tal auto-estudio y son visitadas por personal calificado el cual verifica los servicios y recomienda la condición de la acreditación. La re-acreditación es efectuada con regularidad para revisar los servicios continuamente.

El mejoramiento constante de la calidad consiste en otra manera para demostrar la excelencia. El Programa de Benchmark titulado *Benchmarks for Excellence in Home Care* desarrollado por el PASC, permite a las organizaciones comparar sus servicios con otros negocios en las áreas de satisfacción del cliente, servicios clínicos, coordinación del personal y funcionamiento administrativo, administración financiera y manejo del riesgo. El Programa de Benchmark es utilizado por algunas organizaciones a fin de prepararse para el proceso de acreditación o realizar un control de calidad entre los ciclos de acreditación.

Las enfermeras pueden ser certificadas en la práctica general, especializada y avanzada. La certificación es una credencial que sugiere que el nivel de la práctica de la enfermera es de la mayor calidad. La re-certificación es exigida a intervalos que son establecidos por la profesión. La enfermería como profesión se ha convertido en un ejemplo para los otros proveedores de la atención, al evaluar la excelencia de su práctica y mejorar continuamente la calidad siempre que esto es necesario.

PALABRAS CLAVE

Acreditación
Junta de revisión

Certificación
Visitantes de la sede

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas.

1. El foco general de la acreditación consiste en influir las mejoras en:
 - A. Los resultados de los clientes.
 - B. La política de la organización.
 - C. El desarrollo de criterios.
 - D. La aptitud del proveedor para la prestación de la atención.
2. La certificación profesional denota:
 - A. Una práctica clínica segura y prudente.
 - B. La adherencia a las políticas de la agencia.
 - C. Una prestación experta de la atención.
 - D. La finalización de un programa académico.

Uno de los beneficios que la acreditación de la agencia representa para los distintos miembros del personal es:

- A. Mejorar la competencia entre los departamentos.
- B. Favorecer la formación de equipos.
- C. Permitir una toma independiente de decisiones.
- D. Crear objetivos para la permanencia a corto plazo.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es A.* La acreditación finaliza cuando se alcanza la meta de mejorar los resultados de los clientes.
2. *La respuesta es C.* La certificación denota una práctica clínica experta a nivel general o especializado.
3. *La respuesta es B.* La formación de equipos constituye un beneficio importante de la acreditación para el personal de la organización.

REFERENCIAS COMENTADAS

American Academy of Nurse Practitioners. (1996). *National competency-based certification examinations*. Austin, TX: Autor.

La academia certifica a las graduadas por la aprobación del nivel de maestría de las enfermeras practicantes con familias y adultos. La información correspondiente puede ser obtenida en el teléfono (512) 442-4262.

American Nurses Credentialing Center. (1996). *Certification catalog*. Washington, DC: Autor.

El centro otorga a las enfermeras las credenciales en 26 áreas de la práctica. La información sobre la certificación puede ser obtenida llamando a la línea gratuita (800) 264-CERT (2378).

Case Management Society of America. (1995). *Standards of practice for care management*. Little Rock, AR: Autor.

Estos criterios para la gestión de la atención pueden ser aplicados a diversas situaciones clínicas. Los criterios de la práctica están relacionados con el reconocimiento y la selección de los casos, la identificación de los problemas, la planeación, la supervisión, la evaluación y los resultados.

Commission for Case Manager Certification. (1992). *CCM certification guide: Certified case manager*. Rolling Meadows, IL: Autor.

Se explica con claridad el proceso de certificación como administradora de los casos, solicitudes de la comisión pueden ser obtenidas llamando al teléfono (847) 818-0292. El examen cubre las siguientes áreas de conocimientos: coordinación de la prestación del servicio, factores físicos y psicológicos, sistemas de beneficios y análisis del costo respecto al beneficio, conceptos sobre el manejo de los casos y recursos comunitarios.

Community Health Accreditation Program, Inc. (1996). *Benchmarks for excellence in home care: User's guide*. Nueva York: Autor.

Este programa computarizado permite la recolección de los datos para la creación de un proyecto para el mejoramiento continuo de la calidad. Los benchmarks están enfocados en el consumidor, los aspectos clínicos, organizadores y financieros, y el manejo del riesgo.

Community Health Accreditation Program, Inc. (1993). *Standards of excellence for home care organizations*. Nueva York: Autor.

Los criterios, en continuo desarrollo desde 1965, están divididos en las siguientes categorías: central, profesional, paraprofesional, hospicio, terapia de infusión, equipo médico domiciliario y farmacia. Los principales temas del programa de acreditación son: calidad, derechos de los consumidores, viabilidad de los servicios a largo plazo e integración de los servicios basados en la comunidad a la suma total de los servicios para la atención de la salud. Se puede obtener mayor información sobre la acreditación llamando al teléfono (800) 669-9656.

Community Health Accreditation Program, Inc. (1993). *Standards of excellence for infusion therapy programs*. Nueva York: Autor.

Estos criterios específicos para un servicio identifican exactamente cómo los proveedores pueden cumplir los requisitos para su acreditación en esta área.



RE-INGENIERÍA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA SUBSISTENCIA EN LOS ACTUALES SISTEMAS DE PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN

Las fuerzas del mercado económico continúan influyendo la manera como los profesionales de la salud efectúan su trabajo (Reinhardt, 1996). Los enfermeras y otros proveedores atienden clientes que tienen problemas de salud cada vez más complejos, utilizando iguales o más reducidos recursos. Además, la mayoría de los enfermeras practicantes no cuenta con una formación en atención basada en la comunidad; tradicionalmente, esta preparación ha estado reservada para los enfermeras con títulos profesionales y superiores. Los enfermeras deben evaluar su habilidad para continuar su misión consistente en proporcionar a las personas una adecuada atención de salud (Rawnsley, 1990) en el lugar y momento que ellas lo necesiten (National League for Nursing, 1993).

Este capítulo está enfocado en la planeación de estrategias de re-ingeniería para la práctica profesional futura de enfermeras de pregrado y práctica avanzada (es decir, con título profesional de enfermería clínica) para laborar en instituciones basadas en la comunidad. Los conceptos están relacionados con los enfermeras en ejercicio y las estudiantes de la profesión. El punto central de la re-ingeniería consiste en enlazar la educación con una labor segura, de suerte que las practicantes puedan desempeñar con confianza su trabajo (American Association of Colleges of Nursing, 1995).

Tradicionalmente, la pedagogía de la enfermería y la prestación de la atención de enfermería no siempre han trabajado en estrecha unión. Algunos argumentan que para tratarse de una disciplina práctica, la pedagogía de enfermería se ha tornado demasiado teórica y la prestación de la atención muy técnica. Esta problemática relación entre la orientación teórica y técnica de la enfermería debe ser resuelta de modo que la profesión pueda continuar satisfaciendo las necesidades de los clientes en una forma efectiva.

Se requiere una relación de mayor reciprocidad y colaboración entre la prestación de la atención y la educación de enfermería (Pew Health Professions Commission, 1993), e igualmente con las restantes disciplinas relacionadas con la salud. Las asociaciones son necesarias para conservar los recursos mientras al mismo tiempo se presta una adecuada atención (Anderson y McFarlane, 1996). El concepto de las alianzas, presentado en el capítulo 5, es fundamental para los cambios en la prestación, investigación y educación de la atención de enfermería. Las alianzas sugieren la mutua cooperación entre el cliente y la enfermera en la toma de decisiones respecto a la atención de la salud.

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

Preparación básica de enfermería
Formación en enfermería avanzada
Resumen

REPARACIÓN BÁSICA DE ENFERMERÍA

Cambios en la prestación de la atención y la investigación

Los programas de atención gestionada han penetrado todos los aspectos de la prestación de la atención de enfermería. Estos programas representan un dilema para la profesión porque están acusados de recortar muchos aspectos de la certificación de la calidad aduciendo la contención de los costos. Proporcionar los servicios al más bajo costo es una filosofía supuestamente incompatible con la idea de brindar servicios integrales de calidad. Con objeto de preservar la calidad en la atención gestionada y otros escenarios, los enfermeras precisan habilidad teórica y clínica en las siguientes áreas:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en un nivel agregado de cuidado.
- Conocimientos en sistemas.
- Colaboración interdisciplinaria y toma compartida de decisiones.
- Filosofía y ética de la atención gestionada.
- Manejo de los recursos para la atención de avanzada y atrasada tecnología.
- Supervisión y adecuada delegación del personal auxiliar.
- Riesgos y responsabilidades fiduciarias de la atención basada en la comunidad.

[National League for Nursing, 1993; American Nurses Association (ANA), 1995; Hart, 1995; Holzemer, 1995].

El manejo de grupos de personas para cubrir sus necesidades de salud constituye una gran oportunidad para la enfermería. Es una oportunidad para que las enfermeras defiendan la importancia de los conceptos de la calidad y la seguridad en cualquier discusión sobre la prestación de atención en salud. En lugar de combatir la atención gestionada, las enfermeras deberían acoger la oportunidad para crear nuevos sistemas de atención que cubran las necesidades de sus clientes. Para ingresar al debate concerniente a cuáles servicios de atención de salud estarán disponibles al público, los enfermeras deben desarrollar planes de atención que sean cooperativos, produzcan resultados específicos y sean amigables con el consumidor.

Las reformas recomendadas para garantizar la idoneidad y la dedicación de los profesionales de atención en salud están reflejadas en el acrónimo *Safe visión* cuyas iniciales en inglés corresponden a lo siguiente: "normalización donde corresponda; responsabilidad con el público; flexibilidad para respaldar un óptimo acceso a una fuerza de trabajo competente; efectividad y eficiencia para proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar del público" (Center for the Health Professions, 1996, p. 8).

Cambios en la educación

En muchas áreas, la educación de enfermería continúa preparando a los estudiantes para trabajar en instituciones de tipo hospitalario. Algunos educadores equiparan las experiencias legítimas del aprendizaje con las de un ambiente de avanzada tecnología e, infortunadamente, algunos miembros del cuerpo docente y egresados consideran la atención basada en la comunidad como un anexo al programa de estudios de atención aguda centrada en el hospital. Algunos docentes también

Visión SEGURA

Estandarizada
Responsable
Flexible
Efectiva/eficiente



TABLA 17-1

CARACTERÍSTICAS NECESARIAS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

De cooperación

Se espera que la enfermería funcione bien con otras disciplinas prestadoras de servicios. Las enfermeras deben analizar cómo pueden convertirse en integrantes de los equipos, colaborando con otros proveedores de la atención.

Resultados específicos

La enfermería debe relacionar sus servicios con resultados medibles, comprensibles para otras disciplinas y para el público, tales como estancias hospitalarias más cortas. Los servicios de enfermería serían más valorados si las personas pudiesen observar su impacto.

Amabilidad con el consumidor

El público considera la enfermería como algo positivo pero realmente no comprende en qué consiste o cuáles son sus funciones como disciplina. La enfermería debe ser más amable con el consumidor para que el público demande un buen cuidado de enfermería.

consideran que las experiencias basadas en la comunidad se apartan del principio esencial de la enfermería según ésta es practicada en los escenarios de atención aguda. ¿Qué futuro tendrá la enfermería en la prestación de la atención si las enfermeras no son educados para las realidades del ejercicio práctico? ¿Cómo se puede ayudar a los estudiantes de enfermería a aprender? (Kohl, 1991).

Los empleadores de las agencias comunitarias a menudo exigen experiencia médico-quirúrgica previa, lo cual reafirma la preponderancia de la atención basada en el hospital. Con el recorte de los hospitales y los centros médicos, no está claro dónde se espera que los estudiantes obtengan su experiencia médico-quirúrgica. ¿Qué cambios se requieren en la formación de la enfermería para que las enfermeras egresados estén preparados para trasladarse directamente al terreno comunitario después de su graduación? ¿Es seguro suponer que cada facultad de enfermería está evaluando cómo prepara a sus graduados en tiempos de tan turbulento cambio en la prestación de la salud?

Aprender a gestionar la atención

Un problema con la educación de enfermería es que se espera que las enfermeras gestionen la atención después de obtener su grado, pero durante su educación formal ellos no adquieren suficiente (o ninguna) experiencia en gestión de la atención. Debería considerarse la posibilidad de hacer que los estudiantes de enfermería manejen un grupo de clientes con diversos problemas clínicos. Las enfermeras necesitan desarrollar una relación interpersonal de confianza mutua con los clientes con los cuales ellos trabajan para lograr que las necesidades de atención de salud sean satisfechas. La siguiente situación explora una relación significativa cliente-enfermera.

E*STUDIO DE CASO: MARGARET DESEA QUE LA MISMA ENFERMERA DE*LA SALUD COMUNITARIA ATIENDA A SU FAMILIA**

"Detesto tener que llamar al Departamento de Atención Ambulatoria; te puedes estar muriendo y ellos actúan como si fuese la primera vez que llamas. Siempre solicito hablar con Edward, el enfermera de salud comunitaria y

voy a la clínica cuando él está de turno. Es importante tener una enfermera que te conozca... Incluso si estuviese realmente enferma, yo esperaré hasta que Ed se encuentre allí de nuevo. Las otras enfermeras son bastante agradables, pero si no te conocen, mejor ni vayas a la clínica".

En una situación similar, la enfermera de salud comunitaria necesita hablar con sus clientes para aclarar los papeles de modo que éstos no retrasen la obtención de la atención necesaria cuando la enfermera no se encuentre disponible. Los enfermeras y las estudiantes necesitan aprender a trabajar con clientes como Margaret y su familia por medio de una experiencia de atención a largo plazo. Ellos deben aprender los parámetros necesarios para el soporte continuo mientras manejan a los clientes, parámetros que son muy diferentes de aquellos requeridos por las asignaciones ocasionales para visitar a los clientes u observar la atención.

Para manejar a los clientes con seguridad, tanto a nivel básico como en la práctica avanzada, los enfermeras deben aprender una amplia variedad de habilidades de las cuales muy probablemente precisarán todas las practicantes en el futuro. Dos habilidades importantes consisten en trabajar en las organizaciones basadas en la comunidad y trabajar con el personal asistente no licenciado.

Organizaciones basadas en la comunidad (OBC). Las OBC, crecientes proveedores de atención física, emocional y culturalmente competente, se están desarrollando con rapidez en todo el país. Los estudiantes deben recibir educación en esta clase de agencias para aprender cómo se suministran los servicios de atención en salud descentralizados, manejados por el consumidor. Muchas facultades de enfermería limitan las experiencias de los estudiantes en cuanto a la salud comunitaria a las experiencias agudas de atención domiciliaria supervisadas por los docentes de enfermería de salud comunitaria. Esto no resulta útil para brindar a los estudiantes una amplia base de exposición a las OBC, sitios donde las actividades para la promoción del bienestar y la salud cada día están siendo más impulsadas.

Personal asistente no licenciado (PNL). El movimiento hacia la acogida del PNL o de los técnicos en lugar de los enfermeras en el sitio de trabajo se debe, en parte, al hecho de que muchos enfermeras no se ajustan a lo que el sistema de atención de la salud necesita. En una época, el sistema de atención de la salud premió la especialización. En respuesta a esta situación, los enfermeras dedicaron su tiempo a desarrollar y desempeñar una serie de actividades cada vez más limitadas. Estos servicios especializados llegaron a representar la enfermería profesional.

Actualmente, los empleadores de atención de salud están buscando empleados flexibles, poseedores de múltiples habilidades en una época en la cual algunas enfermeras continúan prestando únicamente aquellos servicios que se encuentran estipulados en sus contratos laborales. La enfermería necesita recuperar una perspectiva general para parte de su práctica. Las enfermeras pueden asegurar un lugar en los futuros sistemas de atención, si están deseosas de trabajar en equipo con el ánimo de brindar cualquier atención que se precise para satisfacer las necesidades de los clientes.

Los cambios futuros en el ejercicio de la enfermería pueden ser realizados sin temor a perder la integridad profesional. Los enfermeras activamente comprometidos en el desarrollo de las futuras funciones de sus colegas garantizarán el control sobre la práctica de enfermería. Las enfermeras necesitan acoger la prudente delegación y supervisión como una estrategia para permanecer activos en el control de la práctica de enfermería en los escenarios de la atención (ANA, 1995). Evitar o negarse a trabajar con las realidades económicas actuales constituye la mayor amenaza para la posición profesional de enfermería.

El desarrollo profesional de algunas enfermeras se encuentra obstaculizado porque ellos consideran la enfermería como un trabajo en lugar de una profesión. Estas enfermeras a menudo deciden no continuar con el aprendizaje o con la expansión de sus oportunidades laborales. Ellos no son jugadores importantes en los emergentes sistemas de atención de la salud, puesto que no son jugadores importantes en su desarrollo profesional o en la profesión de enfermería.

Aptitudes según la Pew Health Commission. Las aptitudes según la Pew Health Professions Commission (1993) para los practicantes de enfermería son ideales para la revisión del plan de estudios de las facultades profesionales y los departamentos de desarrollo del personal. Estas aptitudes resultan atractivas pues fueron desarrolladas por un equipo multidisciplinario de profesionales de atención de la salud; éstas trascienden cualquier especialidad clínica o la orientación teórica de la enfermería. Las aptitudes reflejan una voz común que abarca las disciplinas relacionadas con las necesidades de los futuros proveedores.

Las aptitudes constituyen una herramienta funcional para la revisión del plan de estudios dado que brindan al profesorado un lenguaje común no relacionado con los conflictos del campo de las especialidades. Los educadores que valoran el contenido médico-quirúrgico no competirán por el tiempo con los docentes que enseñan los contenidos referentes a las familias en desarrollo. Todos los educadores buscan la manera de mejorar la docencia clínica y teórica desde una nueva perspectiva.

Las aptitudes según Pew propician una revolucionaria forma para observar lo que debería ser enseñado a los estudiantes en un sistema de prestación de la salud constantemente cambiante, centrado en las relaciones. Las diecisiete aptitudes enumeradas en la tabla 17-2 pueden ser utilizadas para orientar el diálogo del cuerpo docente y enfocar todas las discusiones sobre el plan de estudios.

*

TABLA 17-2

**COMPETENCIAS DE LA COMISIÓN PEW PARA LAS FUTURAS PRACTICANTES
EN EL AÑO 2005**

El profesional de enfermería del futuro deberá:

1. Atender la salud de la comunidad.
2. Ampliar el acceso a una atención efectiva.
3. Suministrar atención clínica contemporánea.
4. Enfatizar en la atención primaria.
5. Participar en la atención coordinada.
6. Garantizar una atención adecuada y efectiva respecto al costo.
7. Practicar la prevención.
8. Involucrar a los pacientes y sus familias en el proceso de toma de decisiones.
9. Promover estilos de vida saludables.
10. Valorar y utilizar la tecnología en forma conveniente.
11. Mejorar el sistema de atención de salud.
12. Manejar la información.
13. Comprender el papel del ambiente físico.
14. Ofrecer consejería sobre aspectos éticos.
15. Adaptarse a una mayor responsabilidad.
16. Participar en una sociedad racial y culturalmente diversa.
17. Continuar aprendiendo.

FUENTE: Tomado de *Contemporary Issues of Health Professions Education and Workforce Reform*, de la Pew Health Professions Commission, 1993, San Francisco: Autor. Reimpreso con autorización.

Las practicantes y los educadores necesitan trabajar unidos para crear la mezcla adecuada de habilidades teóricas y prácticas de los estudiantes del futuro. Los expertos en el campo clínico deben pertenecer a los comités curriculares de modo que estos últimos continúen funcionando desde una perspectiva práctica.

FORMACIÓN EN ENFERMERÍA AVANZADA

Cambios en la investigación y prestación de la atención

Práctica avanzada de enfermería. La práctica avanzada en enfermería es definida por Styles (1996) como el ejercicio conocedor con énfasis en una formación específica (por ejemplo, salud comunitaria o atención primaria), lo cual requiere mayores habilidades y conocimiento. La línea de base de tal práctica es el concepto dual de que el papel de la práctica avanzada requiere tanto *dedicación* como *responsabilidad* respecto a las determinaciones tomadas y las subsecuentes acciones clínicas. Los más complejos asuntos clínicos pueden ser manejados puesto que el profesional de enfermería de práctica avanzada posee el conocimiento y la experiencia necesaria para realizar juicios clínicos y tomar sólidas decisiones de manera independiente.

Los papeles de la práctica avanzada en enfermería incluyen: *enfermera practicante (EP)*, *enfermera especialista clínica (EEC)*, *enfermera anestesta registrada certificada (EARC)* y *enfermera partera certificada (EPC)*. Los papeles de la práctica avanzada en enfermería exigen preparación educativa la cual incluye un grado de maestría en enfermería clínica. Cada día más, la *administración de casos* con preparación a nivel de maestría es considerada como un papel de práctica avanzada en enfermería.

Enfermera de práctica avanzada y práctica avanzada de enfermería.

El profesional de enfermería de práctica avanzada se encuentra preparado con grado de maestría para desempeñarse como enfermera partera certificada, practicante de enfermería, enfermera especialista clínica o enfermera anestesta certificada registrada. Cada día más, las administradoras de casos son consideradas enfermeras de práctica avanzada. El nivel de responsabilidades del ejercicio es denominado práctica avanzada de enfermería.

Enfermería de práctica avanzada. La enfermería de práctica avanzada se refiere al *nicho ocupacional* del profesional de enfermería que labora en una práctica avanzada. Las enfermeras de práctica avanzada prestan su atención en distintos escenarios, desde los más tradicionales establecidos en el hogar y el hospital hasta los ambientes variables que incluyen las clínicas con sede en los colegios, las clínicas móviles y las estacionarias, así como los consultorios privados y los públicos. Del mismo modo que ha cambiado el sitio para la prestación de la atención, también lo ha hecho el mecanismo general para la prestación de esa atención.

La investigación relacionada con la prestación de la atención por parte de las enfermeras de práctica avanzada ha sido clave para respaldar y de hecho sugerir estos cambiantes escenarios y mecanismos para la prestación de la atención. McGuire y Hardwood (1989) aseguran que la investigación relacionada con las tendencias en la prestación de la atención de salud indica cómo y dónde ejercen sus habilidades las enfermeras de práctica avanzada. Claramente, el desarrollo de la práctica avanzada se deriva de la investigación de los resultados de la atención de salud, mientras la continua evolución de la práctica avanzada señala la orientación de esa investigación.

Principalmente debido a las exigencias tanto de la investigación como del ejercicio clínico, el nivel de expansión de la práctica es diferente para las distintas especialidades de enfermería de práctica avanzada. Estos parámetros de la práctica difieren entre las distintas juntas reguladoras estatales o provinciales de enfermería en Canadá o Estados Unidos. La investigación debería brindar las pautas para las expectativas de la práctica clínica que superen los límites de los estados y las provincias.

La investigación que examina los resultados de la práctica avanzada apoya la validación del dominio práctico correspondiente a cada especialidad de enfermería de práctica avanzada. Por ejemplo, la profesional de enfermería anestesista certificada registrada utiliza protocolos basados en evidencia científica sólida para seleccionar, administrar, controlar y evaluar la anestesia pre e intraoperatoria así como la analgesia posoperatoria inmediata. Este papel es bastante diferente al del practicante de enfermería, cuyo ejercicio puede estar enfocado en la atención aguda (generalmente hospitalaria o de cuidado intensivo) o primaria.

En contraste, la enfermera partera certificada diagnostica y maneja los embarazos no complicados durante el parto y el periodo de posparto. Muchas enfermeras parteras certificadas también ejercen en el área de la salud de la mujer. La administradora de casos puede laborar en una institución o en una agencia de atención domiciliaria. Este profesional de práctica avanzada coordina la prestación de la atención con el objetivo primario de ofrecer a los clientes los servicios médicos, de enfermería y los suministrados por otros vendedores de la salud, de manera oportuna y humana.

La enfermera especialista clínica, es una enfermera de práctica avanzada experta y eficiente cuyo ejercicio abarca la especialización clínica en un área (por ejemplo, cuidado de los clientes con trastornos alimenticios), la experiencia formal en educación, consulta e investigación de enfermería y un área de especialización como sucede con los otros enfermeras de práctica avanzada.

La enfermera especialista clínica hace las veces de líder clínico, dirigiendo y facilitando el cambio en muchos escenarios clínicos. Ella colabora con otros en estos esfuerzos de la práctica, actuando como abogado de los clientes, ya se trate de pacientes o enfermeras. La enfermera especialista clínica es, por tanto, modelo de un poderoso papel no tradicional con límites expandidos (Hamric y Taylor, 1989).

Muchas enfermeras especialistas clínicos están trasladándose a los negocios de aseguramiento y retribución como administradores de casos debido a su habilidad para comprender el nivel de atención que los pacientes necesitan luego de abandonar el hospital. Muchas de estas enfermeras utilizan sus habilidades para realizar el seguimiento de las cohortes de pacientes luego de ingresar y abandonar los múltiples escenarios para su atención.

Énfasis en la promoción de la investigación de atención primaria

Los estudiantes, los practicantes y el público concuerdan en reconocer la necesidad de una investigación rigurosa, bien articulada en las áreas de las políticas de salud y las necesidades de atención de salud, así como en lo que se refiere a la contención de los costos. Se requiere mucho más que esta agenda de investigación para que la práctica avanzada de enfermería prospere en el sector de atención de la salud. Se han realizado muchos estudios que respaldan la prestación de atención de salud (incluida la atención primaria) por parte de los enfermeras de práctica avanzada a un nivel consistentemente elevado y con ahorros sustanciales de los costos para los consumidores de tal atención.

No obstante, con la inevitable aparición y el proyectado crecimiento de los sistemas de prestación de la atención gestionada en la sociedad, debe producirse por parte de las enfermeras de práctica avanzada una investigación enfocada en las mejoras demostradas por los resultados de atención de la salud de los consumidores. En este sistema evolutivo de la atención gestionada los estándares de la prestación de atención deben ser fijados y es esencial que las enfermeras de la práctica avanzada sean actores en este proyecto. El compromiso activo de tales enfermeras en las situaciones estándar garantiza que la práctica de enfermería no

está indebidamente influida por el negocio, los sistemas de atención gestionada u otras disciplinas profesionales tales como la medicina.

Los interrogantes afrontados por los enfermeras respecto a los cambios en curso en el sistema de la atención en salud son demasiado complejos para tener respuestas simples. La solución lógica consiste en involucrar a todos los niveles de proveedores de atención de la salud para emprender una investigación interdisciplinaria. Esta solución brinda a todos los actores una voz para diseñar e implementar una agenda nacional de investigación. Este enfoque manejará de una manera más realista los complejos desafíos que la prestación de atención de salud representa para la enfermería y otras disciplinas.

Un enfoque interdisciplinario de la atención y la investigación puede orientar mejor el desarrollo de los estándares de la atención que construyan aptitudes válidas y confiables para el ejercicio. Las aptitudes son creadas y demostradas por cada disciplina práctica. Éstas deben tener como consecuencia resultados comprobados y efectivos en la atención de salud respecto al costo, además de dirigir la creación de servicios para la atención de la salud capaces de satisfacer las necesidades del público.

Se han desarrollado aptitudes esenciales para los programas de enfermería de práctica avanzada con objeto de brindar consistencia en los ofrecimientos de dichos programas. El Modelo de Alianza para la Salud, expuesto en el capítulo 5, sugiere que las aptitudes esenciales en la práctica avanzada deben estar enfocadas en: (1) las necesidades de la comunidad, (2) los sistemas de gestión de la atención, (3) las influencias para la adjudicación de los recursos, (4) el funcionamiento del equipo interdisciplinario y (5) la validación de los servicios por parte del cliente.

Cambios en la educación

La educación para la práctica en enfermería avanzada ha cambiado mucho durante el transcurso del último siglo. La primera enfermera de práctica avanzada entrenada en 1877, la hermana Mary Bernard, trabajó como enfermera anestesista en el Hospital de San Vicente en Erie, Pennsylvania (Bankert, 1989). Con mayor frecuencia, las enfermeras en los papeles de la práctica avanzada fueron más bien "entrenadas" que formadas hasta la década de los setenta, cuando la educación superior en enfermería en Estados Unidos y Canadá estuvo más asequible a las enfermeras fuera de las áreas metropolitanas.

Durante los últimos 25 años del siglo XX fue cada vez más claro que la práctica avanzada no se podía conseguir por medio del "entrenamiento" y que el título universitario no era suficiente para la base de conocimiento ni para la credibilidad práctica requeridas por este papel. La profesión de enfermería ha designado que el grado de maestría en enfermería sea la credencial mínima conferida por los nuevos programas de práctica avanzada. La preparación profesional en enfermería otorga a los practicantes la base teórica y científica para emprender una práctica basada en la investigación.

Énfasis en la educación interdisciplinaria

Durante las décadas de los sesenta y setenta la educación en el campo de la práctica avanzada consistió en un esfuerzo interdisciplinario. Los estudiantes de medicina asistían a conferencias y participaban en las rondas de pacientes y actividades de aprendizaje clínico junto a los estudiantes de enfermería. Los resultados de esta educación interdisciplinaria y modelos de práctica demostraron ser bene-

ficiosos para todas las partes involucradas, es decir, los clientes, las familias, las comunidades atendidas y los practicantes mismos.

El esfuerzo interdisciplinario, desarrollado y refinado a lo largo de las dos décadas mencionadas, fue abandonado en aras de la circunscripción profesional, la cual surgió en los años ochenta. Históricamente, este fue un periodo en el que las disciplinas de la salud se agruparon, no precisamente por el proteccionismo profesional sino más bien por un espíritu de elitismo profesional.

Las actuales restricciones económicas de atención de salud con las cuales las enfermeras se han acostumbrado a laborar no constituyeron motivo de preocupación durante las décadas de los setenta y ochenta. Además, la nación afrontó una escasez de profesionales de enfermería, médicos y otros profesionales de la salud. Era el momento correcto para que cada disciplina considerase que podía justificar su papel en la duplicación de los esfuerzos educativos. De este modo, lo que previamente había sido interdisciplinario en los esfuerzos del aprendizaje didáctico y clínico se convirtió en algo separado y restringido a cada disciplina.

En los años noventa, el aislamiento y la separación educativa fueron reconsiderados. La prestación de la atención de salud debe ser dinámica en tiempos de restricción fiscal. Para evitar el desperdicio y la duplicación, todas las disciplinas de salud deben unirse de nuevo, como sucedió con el espíritu experimental de los años sesenta, con objeto de crear modelos interdisciplinarios educativos y de práctica clínica. Estos modelos ayudarán a los proveedores a servir mejor tanto al estamento estudiantil como a los consumidores de atención de salud. La investigación es necesaria en esta área para identificar los mejores enlaces educativos para el aprendizaje de los estudiantes entre una y otra profesión y en la suya propia.

*R*ESUMEN

La profesión de enfermería está cambiando a medida que los sistemas de atención de salud ingresan al tercer milenio. La separación histórica entre la educación de enfermería y la prestación de la atención está llegando a su fin. Los profesionales de enfermería tanto los de pregrado como los de posgrado (práctica avanzada), están efectuando la re-ingeniería de su ejercicio para los escenarios de atención basada en la comunidad.

En los programas de educación continuada en enfermería y educación formal se están realizando los cambios para ampliar el aprendizaje de la prestación contemporánea de la atención de enfermería y descubrir el tipo de atención de la salud que los clientes consideran importante (Micozzi, 1996; Pew Health Professions Commission, 1995; Williams y Wold, 1996). La enfermería tiene la oportunidad de jugar un papel clave en el desarrollo de los nuevos sistemas de prestación de la atención.

PALABRAS CLAVE

Práctica avanzada de enfermería
Enfermería de práctica avanzada
Investigación de atención primaria

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas.

1. El área más efectiva respecto al costo, en la cual los enfermeras necesitan demostrar su competitividad es:
 - A. La promoción de la salud.
 - B. El manejo de los recursos de avanzada tecnología.
 - C. La supervisión del personal auxiliar.
 - D. La sistematización de las historias.
2. La principal razón por la cual la profesión de enfermería debería trabajar estrechamente con el personal asistente no licenciado es:
 - A. Confirmar que ellos realicen sus asignaciones.
 - B. Reportar todo acto de práctica equivocada.
 - C. Proteger el ejercicio profesional de la enfermería.
 - D. Sugerir dónde se pueden aceptar mayores responsabilidades.
3. Un equipo multidisciplinario es aquel en el cual:
 - A. Las enfermeras escogen con quién desean trabajar.
 - B. Los médicos toman las decisiones respecto a quién pertenece al equipo de cada paciente.
 - C. Las necesidades de los clientes dictan quién hace parte del equipo.
 - D. Los clientes que pagan particularmente pueden formar sus propios equipos.
4. Una enfermera de práctica avanzada especializada en la atención de clientes que reciben agentes para producir bloqueos nerviosos y el adormecimiento de las áreas quirúrgicas es conocida como:
 - A. Enfermera circulante.
 - B. Ayudante del cirujano.
 - C. Enfermera de sala de cirugía.
 - D. Enfermera anestesista.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es A.* La prevención de los problemas de salud es siempre menos costosa que el tratamiento de la enfermedad.
2. *La respuesta es C.* La práctica profesional de enfermería sólo puede ser protegida por la enfermería y las enfermeras. Las personas que practican la enfermería sin licencia deberían ser reportadas a la Junta Estatal de Enfermería de cada estado.
3. *La respuesta es C.* Las necesidades de los clientes designan los miembros necesarios en el equipo interdisciplinario.
4. *La respuesta es D.* Las enfermeras anestesistas son enfermeras de práctica avanzada que supervisan la sedación y el alivio del dolor relacionado con la cirugía. Ellas trabajan en forma independiente pero en colaboración con sus similares médicos, los anesthesiólogos.

REFERENCIAS COMENTADAS

American Nurses Association. (1995). *The ANA basic guide to safe delegation*. Washington, DC: Autor.

Este folleto identifica los aspectos de la delegación que los profesionales deben considerar al delegar responsabilidades al personal no licenciado.

American Association of Colleges of Nursing. (1995). *A model for differentiated nursing practice*. Washington, DC: Autor.

Este texto compara la complejidad de la atención de enfermería con los distintos programas de educación para las enfermeras. Según el modelo, los titulados con un grado asociado prestarían la atención menos compleja y estarían seguidos por los graduados profesionales, mientras quienes cuentan con una maestría suministrarían la atención más compleja.

Anderson, E. T., & McFarlane, J. M. (1996). *Community as partner: Theory and practice in nursing* (2ª ed.). Filadelfia: J. B. Lippincott.

En este texto examinan las relaciones potenciales entre las enfermeras y los clientes como socios en la creación de soluciones para los problemas relacionados con la salud.

Bankert, M. (1989). *Watchful care: A history of America 's nurse anesthetists*. Nueva York: Continuum.

Este libro destaca la evolución del movimiento de la anestesia suministrada por las enfermeras desde 1877 hasta finales del siglo XX.

Hart, S. (1995). *Managed care curriculum for baccalaureate nursing programs*. Washington, DC: American Nurses Publishing.

Este libro identifica las áreas clave de los contenidos, las cuales deberían ser incluidas en los programas profesionales de enfermería.

Hamric, A. B., & Taylor, J. W. (1989). Role development of the clinical nurse specialist. In A. B. Hamric & J. A. Spross (Eds.), *The clinical nurse specialist in theory and practice* (p. 43). Filadelfia: W B. Saunders.

El texto presenta el examen del papel de la enfermera especialista clínica.

Holzemer, S. P. (1995). CCHS confronts issues in community-based and managed care. *NLN Update*, 1(1), 5.

Los resultados de una conferencia de educadores y proveedores de la atención convocaron el cambio hacia un enfoque más comunal de la atención de enfermería en la comunidad.

Kohl, H. (1991). *I won't learn from you!* Minneapolis: Milkweed Editions.

Las fallas en la educación son exploradas en este texto referente a los problemas comunes en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

McGuire, D. B., & Harwood, K. V. (1996). Research interpretation, utilization, and conduct. En A. B. Hamric, J. A. Spross y C. M. Hanson (Eds.), *Advance nursing practice: An integrative approach*. Filadelfia: W. B Saunders.

Este capítulo esboza las aptitudes investigativas requeridas por las enfermeras de práctica avanzada para su utilización en muchos papeles clínicos complejos.

Micozzi, M. S. (agosto 16, 1996). The need to teach alternative medicine. *The Chronicle of Higher Education*, p. A48.

Este editorial anima a los educadores a instruir a sus estudiantes sobre medicina alternativa porque los clientes están escogiendo esta forma de curación.

National League for Nursing. (1993). *A visión for nursing education*. Nueva York: Autor.

Identifica los cambios esenciales necesarios para que la profesión se acople a los sistemas de enfermería nacientes.

Pew Health Professions Commission (1993). *Contemporary issues of health professions education and workforce reform*. San Francisco: Autor.

En este reporte se discuten trece aspectos afrontados por las profesiones de la salud en la práctica contemporánea.

Pew Health Professions Commission, California Primary Care Consortium (1995). *Interdisciplinary collaborative teams in primary care: A model curriculum and resource tide*. San Francisco: Autor.

Diversas inquietudes relacionadas con los equipos interdisciplinarios colaboradores son discutidas en esta referencia. Tienen especial interés los estudios de casos para la solución interdisciplinaria de los problemas.

Rawnsley, M. (1990). Of human bonding: The context of nursing as caring. *Advances in Nursing Science*, 13 (1), 41-48.

Este artículo examina el significado de la construcción de enfermería como una prerrogativa profesional. La metáfora y el significado del cuidado son examinados en cuanto están relacionados con la prestación de la atención de enfermería en la experiencia vivida.

Reinhardt, U. E. (1996). Economics. *Journal of the American Medical Association*, 275(23), 1802-1804.

Igual que los demás mercados, la atención de la salud comercializa la ración de acuerdo con el precio y la capacidad de pago. Este artículo cuestiona la "elección" en muchos programas de atención cuando los clientes no pueden negociar la atención que ellos desean.

Styles, M. M. (1996). Conceptualizations of Advanced Nursing Practice. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced nursing practice*. Filadelfia: W. B. Saunders.

Este libro describe la semántica de la enfermería de práctica avanzada frente a la práctica avanzada en enfermería.

The Center for Health Professions. (1996). What's the fuss? *Front y Center*, 1(1), 8.

El Center for Health Professions de la Universidad de California en San Francisco fue creado para ayudar a los profesionales de atención de la salud a afrontar los cambios en la educación y la fuerza laboral para la atención de la salud. Para obtener mayor información sobre los servicios del centro, llamar al teléfono (414) 476-8181.

Williams, A., & Wold, J. L. (1996). Health care for the future: Caring for populations in alternative settings. *Nurse Educator*, 21(2), 23-26.

Este artículo enfatiza el cambio en el aprendizaje de los estudiantes hacia las instituciones basadas en la comunidad. El uso de escenarios alternativos es sugerido para respaldar las metas de Healthy People 2000.

P A R T E

5

EL NEGOCIO Y LA POLÍTICA DE ENFERMERÍA EN LA SALUD COMUNITARIA

*



EL NEGOCIO DE LA SALUD COMUNITARIA

Una de las ideas de más difícil comprensión para las enfermeras es el concepto de que la atención de salud es un negocio. Para muchas enfermeras, atención de salud y negocio son términos contradictorios. Las enfermeras consideran la atención de salud como un derecho fundamental de aquellos clientes con quienes entran en contacto, derecho consistente en entrega, cuidado y sustento. El negocio, por otra parte, es considerado como una empresa fría, calculadora, orientada por las ganancias en dólares y centavos.

La mayoría de las enfermeras en Estados Unidos son empleados asalariados. Ellas acuden al trabajo, atienden a sus clientes y reciben el mismo cheque de pago cualquiera que sea el número de clientes que hayan atendido. Ellas rara vez participan en el aspecto comercial de la atención. Sin embargo, en la actualidad, cuando un mayor número de enfermeras se ve afectado por el negocio de la re-ingeniería, la reducción del personal y los aspectos de la retribución (por ejemplo, la autorización previa de las compañías aseguradoras), se han visto obligadas a examinar el lado comercial de la atención de salud.

Algunas de las preguntas que las enfermeras deberían estar formulando hoy día son: ¿Quién debe considerar el aspecto comercial de la atención de salud? ¿Cuál es el mayor grupo de profesionales en el sistema de prestación de atención de salud? ¿Quién conoce cómo debería ser prestada la atención? ¿Quién sabe dónde se encuentra el desperdicio del sistema? ¿Quién aboga por los derechos de los clientes? ¿Quién explica el sistema de atención de salud a los clientes? ¿Quién sabe cómo, cuándo y dónde debería ser prestada la atención? ¿Quién observa los efectos que la re-ingeniería y el recorte están produciendo en la prestación de la atención? Las enfermeras han sido siempre firmes defensoras de los clientes y siempre se han preocupado por la calidad y el acceso a la atención. Siendo así, ¿por qué *tazón* las enfermeras no tienen nada más que decir respecto a cómo funciona el sistema de atención de salud, quién lo está manejando y en qué se invierten los beneficios?

La industria más grande en Estados Unidos es la industria de atención de salud. Ésta abastece a la mayor parte de la población y representa el 14 por ciento del producto nacional bruto (PNB). Bureau of Labor Statistics (BLS) informa que la industria de la atención de salud emplea el mayor número de trabajadores (8'871.000). La American Nurses Association (ANA) reporta que las enfermeras forman el grupo más grande de profesionales empleados en la industria (ANA, *NursingFacts*, 1995).

El segmento de más rápido crecimiento en la industria de atención de salud es la salud comunitaria y la enfermería ha sido el pilar de ésta desde finales del siglo XIX. Este capítulo analiza el negocio de la salud comunitaria, incluyendo las distintas formas que un negocio puede adoptar y las diferencias entre las organizaciones "lucrativas" y "sin ánimo de lucro". Discute qué es la salud comunitaria y cómo,

CONTENIDO DEL CAPITULO

El negocio: ¿De qué se trata?

Atención domiciliaria: ¿Por qué es considerada un gran negocio?

El profesional de enfermería como empresario

Resumen

dónde y por quién es suministrada la atención en la comunidad. También hace énfasis en la atención domiciliaria, el segmento de más rápido crecimiento en el negocio de la salud comunitaria. Este capítulo identifica los principales actores en el campo de la atención de salud (la mayor industria en Estados Unidos), los beneficios de esta industria y los principales receptores de estos beneficios. Finalmente, el negocio de la salud comunitaria es analizado desde una perspectiva empresarial con los pasos que indican "cómo se hace".

Empresa, término frecuentemente aplicado a un negocio.

EL NEGOCIO: ¿DE QUÉ SE TRATA?

La *Barron's Business Guide* define el negocio como "una empresa, profesión o trato comercial realizado con el propósito de obtener un beneficio por medio del suministro de un producto o servicio" (Friedman, 1987, p. 193). Los negocios son creados por empresarios que invierten dinero a riesgo para promover una empresa particular con el ánimo de percibir una ganancia. Estos varían en tamaño desde una empresa con un propietario único hasta una corporación internacional con billones de dólares en activos y miles de empleados. En *Webster's* el negocio se define como "una actividad normal, lógica o inevitable, usualmente durante un periodo considerable, encaminada a cierto fin. Puede tratarse de una actividad comercial realizada como medio de subsistencia, la cual típicamente incluye cierta independencia para el juicio y la toma de decisiones" (Gove, 1976, p. 302). Quizá con esta definición en mente, la enfermería puede ser considerada como un negocio. Para las enfermeras, la prestación de la atención es la actividad normal, lógica y usualmente inevitable en la cual ellos participan cuando alguien necesita sus servicios. Para la mayoría de ellos constituye un medio de subsistencia e implica cierta independencia en el juicio así como la necesidad de tomar decisiones. Algunas enfermeras han llevado el negocio de la prestación de la atención al siguiente nivel: ellas han invertido dinero a riesgo para promover una empresa particular con el propósito de ganar su sustento.

Clases de negocios

Los negocios pueden ser clasificados como no corporativos (por ejemplo, propiedad única), sociedades (por ejemplo, generales o limitadas) o corporaciones (por ejemplo, sin ánimo de lucro o lucrativas).

Empresas de propiedad única. La propiedad única es la forma más simple de organización porque se trata de un negocio que pertenece y es administrado por una sola persona. Es fácil de establecer e igualmente fácil de vender o disolver. Un propietario único paga un impuesto personal sobre las rentas respecto a todos los ingresos del negocio (es decir, el negocio no paga impuestos) y le está permitido establecer una cuenta individual de pensión (CIP). El propietario único tiene completo control sobre el negocio o la práctica. Muchas prácticas privadas de enfermería son establecidas como propiedades únicas (por ejemplo, por psicoterapeutas o practicantes de enfermería). No obstante, existen desventajas. El propietario único es personalmente responsable de todos los débitos. Los bienes muebles tales como una casa, las cuentas bancadas, las existencias, los bonos, los botes y los carros pueden ser embargados a cambio del pago de las deudas. Además, después de la venta del negocio o la práctica, los beneficios no son considerados **ganancias de capital** sino un ingreso ordinario y las contribuciones le son impuestas como tal.

Ganancias de capital. Este es el beneficio sobre una transacción de valores o capital cuando el intervalo entre la compra y la venta es mayor de seis meses.

Sociedad. Una sociedad es definida como una organización constituida por dos o más personas que mezclan en un negocio una parte o la totalidad de su dinero, habilidades y aptitudes dividiendo la ganancia o la pérdida en proporciones preestablecidas. Esta organización es una relación legal. Las dos clases más comunes de sociedad son la general y la limitada.

Sociedad general. En una sociedad general, la responsabilidad de un socio es ilimitada. Cada socio es responsable de las deudas del negocio y de las acciones de los otros socios. En este tipo de sociedad, cada socio está comprometido con las operaciones diarias de la compañía. Muchos profesionales tales como las enfermeras practicantes, las enfermeras especialistas clínicas, los médicos, los fisioterapeutas y los abogados establecen sus prácticas como sociedades generales.

Sociedad limitada. En una sociedad limitada, la responsabilidad está limitada a la cantidad invertida por cada socio, y el socio limitado o capitalista recibe una participación de las ganancias del negocio en contraprestación por la inversión. Los socios limitados no tienen derecho a participar en el manejo y funcionamiento del negocio. Con frecuencia la sociedad limitada es utilizada en propiedades de bienes raíces debido al trato tributativo favorable que no permite el doble impuesto sobre la ganancia ni pasar por alto las pérdidas.

Corporación. Una corporación es definida como una entidad legal, aprobada por un Estado o el Gobierno federal, la cual es independiente y distinta de las personas a las que pertenece. Puede poseer propiedades, incurrir en deudas, demandar o ser demandada. Es un cuerpo organizado y establecido por la ley para actuar como una persona única y está legalmente dotado de la capacidad de sucesión. La responsabilidad en las corporaciones está limitada a los activos del negocio. Una corporación es fácilmente transferible a través de la venta de acciones. Las dos clases más comunes de corporaciones son las corporaciones sin ánimo de lucro y las lucrativas. Ambos tipos de corporaciones requieren una junta directiva y estatutos. Aunque la corporación profesional extiende los beneficios a los profesionales licenciados, no los exonera de sus responsabilidades o de la práctica indebida. Los propietarios de los negocios lucrativos que se asocian como una **corporación subcapítulo S** evitan la doble imposición sobre los dividendos de sus accionistas y los ingresos corporativos y pueden compensar las pérdidas corporativas contra sus ingresos.

Muchas enfermeras pueden trabajar para organizaciones lucrativas o sin ánimo de lucro. Sin embargo, con frecuencia muchas de ellas no comprenden el significado de cada término o la diferencia entre los mismos; por esto, cada uno será examinado a continuación.

Corporación lucrativa. Este es un negocio que se ha incorporado al estado en el cual existe para ofrecer un servicio o producto a fin de obtener un beneficio. Este tipo de corporación debe tener una junta directiva y estatutos. La responsabilidad de las autoridades corporativas en una corporación lucrativa es limitada. Si se trata de una corporación subcapítulo S, la contribución de los impuestos es regulada por el subcapítulo A del código Internal Revenue Service (IRS). Esta corporación tiene accionistas y capacidad para transferir intereses, vender acciones y retener las ganancias. Es considerada una entidad tributativa independiente y puede permitir que los propietarios del negocio eviten la doble contribución, primero en las ganancias corporativas y luego de nuevo en los dividendos de los accionistas. Un ejemplo de este tipo de corporación sería Metropolitan Life Insurance, una de las principales compañías aseguradoras de salud en la nación.

Pass-Through. Término utilizado para referirse al ingreso que pasa de los deudores a través de los intermediarios hasta los inversionistas. La forma más común consiste en un bono respaldado por una hipoteca en el cual los pagos de intereses y principales de los propietarios pasan de los bancos a los inversionistas.

Corporación subcapítulo S. Esta es una corporación con un número limitado de accionistas (35 o menos) que opta por no tener imposiciones contributivas como una corporación regular y cumple ciertos requisitos adicionales. En sus declaraciones de impuestos personales, los accionistas incluyen su participación de las ganancias de capital, ingresos corrientes y artículos impositivos preferentes. Esto evita la doble imposición corporativa mientras a la vez ofrece a los accionistas de una corporación protección legal respecto a sus responsabilidades.

Corporación sin ánimo de lucro. Este es un negocio que debe someter sus artículos para ser incorporado en el estado en el cual realiza los negocios. En este tipo de organización, ningún accionista o fideicomisario comparte las ganancias o las pérdidas puesto que tal negocio usualmente existe para cumplir cierto propósito caritativo, humanitario o educativo; también es denominada "corporación no lucrativa". Tales grupos están exentos de los impuestos sobre las ganancias corporativas y las donaciones a estos grupos son deducibles de impuestos para el donante. La organización sin ánimo de lucro tiene una responsabilidad limitada. Se requiere que tenga una junta directiva y estatutos. Está exenta de impuestos en la sección 501 (c) (3) del código IRS y tiene disponible el dinero de las donaciones. Tales negocios están exentos del impuesto a las ventas, los costos de los derechos de la corporación y los impuestos federales de desempleo. Un ejemplo de este tipo de corporación sería el Visiting Nurse Service of New York.

El negocio de la salud comunitaria

Salud comunitaria: ¿En qué consiste? La salud comunitaria es un término extremadamente amplio utilizado para identificar el bienestar o la enfermedad de una población en cierta área geográfica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la comunidad como un grupo social determinado por límites geográficos o valores e intereses comunes. Esta funciona dentro de una estructura social particular, crea y exhibe normas y valores, y establece instituciones sociales.

La ANA define la enfermería para la salud comunitaria por el alcance de su práctica. "El ejercicio de enfermería para la salud comunitaria promueve y preserva la salud de las poblaciones mediante la integración de las habilidades y el conocimiento relevantes tanto a la enfermería como a la salud pública. La práctica es integral y general y no está restringida a un grupo de edad o diagnóstico particular; es continua y no está limitada a la atención episódica" (ANA, *Standards*, 1995, p.17). La responsabilidad primaria de la práctica de enfermería para la salud comunitaria es la población como un todo y no sólo el individuo, la familia o el grupo. ¡La "población como un todo" es una población blanco muy grande para el negocio de la salud comunitaria!

El negocio de la salud comunitaria, para decirlo en forma sencilla, consiste en suministrar servicios o productos relacionados con la salud a una persona, familia, grupo, organización, pueblo, ciudad, condado, estado, país o nación. Para comprender mejor el alcance del campo de la salud comunitaria, considere el siguiente caso e identifique los múltiples y diferentes negocios en él involucrados.

HISTORIA DE UN CASO: EL CASO DE JESSICA PHILLIPS

¿Alguna vez ha visto usted el comercial en el cual una anciana yace en el suelo gimiendo, "Me he caído y no me puedo levantar"? En esta imagen, la mujer simplemente oprime el botón de la unidad de respuesta de emergencia que lleva alrededor de su cuello, los paramédicos son alertados, su médico es notificado y la persona que debe ser contactada en caso de emergencia es ubicada. Acompañemos ahora a la señora Phillips en su recorrido por el sistema de atención de salud, el cual ilustra los múltiples y diferentes negocios participantes.

La ambulancia llega. Los paramédicos consideran que la señora Phillips se ha fracturado la cadera de modo que toman las precauciones necesarias y la transfieren a un hospital donde es ingresada en el servicio de ortopedia. Al día siguiente la señora Phillips es sometida a una cirugía para

la reducción abierta de la cabeza del fémur izquierdo que resultó fracturada. Ella abandona la cama e inicia la fisioterapia 24 horas después. Al séptimo día es dada de alta y llevada a su domicilio por un servicio de transporte especializado. Dado que la señora Phillips no tiene familia ni allegados, quien planeó su salida ha hecho los arreglos pertinentes con una agencia de atención domiciliaria para coordinar su atención en el hogar. La agencia contacta al médico, toma nota de las órdenes para los servicios de atención domiciliaria y dispone que una enfermera, Virginia Suárez, visite a la señora Phillips la misma tarde en que regresa a su hogar. La señorita Suárez, la enfermera visitante, encuentra a la señora Phillips dolorida, muy ansiosa y deprimida. Una vecina de la señora Phillips está con ella. Después de finalizar la valoración, la señorita Suárez llama al médico para informar y discutir los hallazgos, y toma nota de las órdenes de los servicios requeridos. La señorita Suárez llama entonces a las agencias de atención domiciliaria indicadas y dispone que una fisioterapeuta, una trabajadora social y una ayudante de salud domiciliaria la visiten. La señorita Suárez también solicita un caminador y un inodoro portátil. Posteriormente telefonea al farmacéuta para convenir el envío de los medicamentos prescritos por el médico.

¿Puede usted adivinar cuántos negocios diferentes participaron en esta situación? La respuesta es 18. ¿Omitió alguno? ¿Pasó más de uno por alto? El primer negocio es la compañía que le suministró a la señora Phillips la unidad de respuesta personal (1). Esta compañía, a su vez, contrató al fabricante de la unidad (2) y a la compañía que proporcionó las líneas de acceso del servicio telefónico (3) las cuales son utilizadas por su servicio de operadora de respuesta. La compañía de la ambulancia (4) (por ejemplo, servicio privado o público) llevó a la señora Phillips al hospital y la compañía de transporte especializado (5) la llevó de regreso a su casa. El hospital (6), con sus numerosos componentes y servicios, es uno de los negocios más grandes. La agencia de atención domiciliaria (7) subcontrató a la enfermera (8) y a la fisioterapeuta (9), quien es una practicante privada o pertenece a una compañía de fisioterapia. La agencia de atención domiciliaria también puede haber subcontratado los servicios de la trabajadora social (10) y los servicios de la ayudante de salud domiciliaria (11). La compañía de equipos médicos duraderos (12) subcontrató a los fabricantes de las piezas individuales de los equipos (13) y posiblemente a una compañía de transporte (14) para realizar las entregas. Participa la farmacia local (15), la cual puede corresponder a un **negocio familiar** o hacer parte de una cadena importante que contrata con las múltiples compañías de suministros farmacéuticos (16) las cuales, a su vez, tienen contratos con las compañías farmacéuticas (17) fabricantes de los medicamentos que el proveedor de la señora Phillips ha ordenado. Por último, pero no menos importante, está la compañía aseguradora (18) que influye sobre cada uno de los negocios mencionados puesto que controla la retribución por estos servicios y productos.

Los negocios mencionados son sólo unos pocos de los que ofrecen a las comunidades servicios o productos relacionados con la salud. La salud comunitaria incluye distintos puntos de convergencia de los negocios, cada uno de los cuales está colmado de papeles para las enfermeras.

Las enfermeras pueden ser empleados por una organización de negocios, pueden contratar sus servicios o pueden ser empleadores independientes: el empleo autónomo puede abarcar una práctica privada o una propiedad, una sociedad o el cargo de director corporativo de un negocio que abastece a la comunidad u ofrece sus servicios o productos a una de las agencias u organizaciones que surten a la comunidad. Algunas de las áreas en las cuales las enfermeras están empleadas en la comunidad incluyen clínicas de consulta externa, instalaciones de atención

Negocio familiar. Consiste en una pequeña tienda minorista con un capital limitado, la cual emplea principalmente a miembros de la familia.

CNO. Este es uno de los cuatro proyectos seleccionados por la HCFA del DHHS en 1992 y consiste en un sistema de prestación de atención en salud en la comunidad manejado por enfermeros.

MCO. Estas son compañías que han sido establecidas para brindar a sus afiliados atención de salud de alta calidad y efectiva respecto al costo (por ejemplo, HMO, PPO, punto de servicio).

ambulatoria, departamentos de salud, clínicas de salud pública, clínicas con sede en los colegios, **organizaciones de enfermería comunitaria (OEC)**, agencias de atención domiciliaria, compañías de seguros, centros de atención de urgencias, centros rurales de salud, agencias para la planeación de la salud, organizaciones basadas en la comunidad (OBC), instalaciones correccionales, hospicios, guarderías, centros comunitarios de salud mental, residencias para personas de la tercera edad, centros de pensionados, centros vecinales de salud, **organizaciones de atención gestionada (OAG)**, consultorios médicos privados, prácticas privadas y negocios relacionados con la salud pertenecientes a las enfermeras.

En 1992, el U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), División of Nursing, Health Resources and Services Administration, reportó que había aproximadamente 333.000 enfermeras (18 por ciento de 1'853.024 de enfermeras registrados activos) empleados en instituciones ambulatorias o comunitarias (ANA, *Nursing Facts*, 1995). Esto constituye un incremento respecto a los 237.000 reportados en 1988. La distribución de dónde se encuentran empleadas estas enfermeras está contenida en la tabla 18-1. Se ha estimado que entre 1992 y el año 2000 se produjo un incremento en el número de enfermeras empleadas. Estas enfermeras han sido educados en diferentes niveles y cuentan con distintos títulos (ANA, *Nursing Facts*, 1995). La tabla 18-2 muestra la distribución de las enfermeras según su preparación.

*

TABLA 18-1

DÓNDE LABORAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Lugar	Porcentaje de enfermeras
Hospitales	66.3
Salud pública y comunitaria	10
Atención ambulatoria	8
Instituciones de atención de enfermería domiciliaria/extendida	7
Educación en enfermería	2
Salud estudiantil	2.7
Salud ocupacional	1
Diversos	3

NOTA: Adaptado de "Today's Registered Nurse-Numbers and Demographics" (pp. 1-5), por la American Nurses Association, 1995, *Nursing Facts*, Washington, DC: Autor. Reimpreso con autorización.

*

TABLA 18-2

**NIVEL EDUCATIVO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
EMPLEADOS EN ATENCIÓN AMBULATORIA**

Nivel educativo	Porcentaje de enfermeras
Título básico	37
Título de maestría	10
Enfermeras de práctica avanzada	12

NOTA: Adaptado de "Today's Registered Nurse-Numbers and Demographics" (p. 2), por la American Nurses Association, 1995, *Nursing Facts*, Washington, DC: Autor. Reimpreso con autorización.

Factores que influyen el rápido crecimiento del negocio de la atención de salud comunitaria

Prolongación de la expectativa de vida. De acuerdo con el Summary of Vital Statistics and Epidemiology (de 1980 a 1993) del Departamento de Salud de la ciudad de Nueva York, la expectativa de vida promedio para los hombres en Estados Unidos aumentó de 70.0 en 1980 a 71.8 años en 1990. Para las mujeres en la misma franja de tiempo aumentó de 77.5 a 78.8 años (United Hospital Fund, 1996).

Envejecimiento de la población. El incremento del número de personas mayores de 65 años ha sido significativo en la última década. Sin embargo, esto es considerado sólo como "la punta de lanza" dado que los "baby boomers" (aquellas personas nacidas en los años siguientes a la Segunda Guerra Mundial, es decir, 1945, 1946 y 1947), comenzarán a pensionarse en el año 2010 según se demuestra en la figura 18-1.

Avances de la tecnología para la atención de salud. Estos avances ahora permiten que las personas reciban en su hogar atención de avanzada tecnología, tal como la terapia intravenosa y la diálisis renal. Por ejemplo, la terapia antibiótica puede ser administrada por vía intravenosa en el domicilio del cliente por una enfermera registrada. Esta terapia tradicionalmente sólo se encontraba disponible para los clientes en el ambiente hospitalario.

Cambios en la composición del núcleo familiar. Según la el U.S. Bureau of the Census (1992), en ese país 24 por ciento de los hogares con hijos menores de 18 años tienen una sola cabeza de familia: 20.4 por ciento son mujeres y 3.6 por ciento son hombres (ANA, *Nursing Facts*, 1995). La ubicación geográfica de los

U.S. Bureau of the Census. Esta es la agencia del Departamento de Comercio de Estados Unidos, más conocida por su publicación de las estadísticas poblacionales y de vivienda.

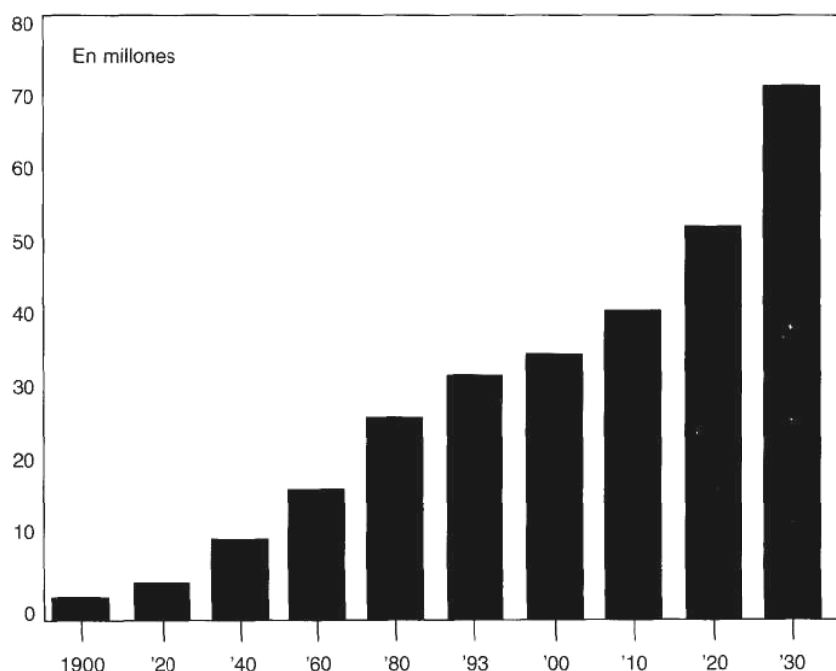


FIGURA 18-1

Número de Americanos mayores de 65 años. [Nota: Tomado de "Saving Medicare for the Boomers" (p.30), de S. Rich, febrero 12-18, 1996, *The Washington Post* (edición semanal nacional). Reimpreso con autorización].

miembros de la familia también ha cambiado. Los hijos ya no viven en el mismo hogar con sus padres ancianos ni en la misma ciudad. En lugar de ello, viven a cientos o incluso miles de kilómetros de distancia creando la necesidad de que las iglesias comunitarias, los centros para personas de la tercera edad y otras organizaciones les permitan reunirse. Estas relaciones familiares a larga distancia también han dado lugar a que las personas identifiquen a su comunidad como su familia virtual.

Los DRG son un sistema de reembolso en el cual el pago es determinado por el diagnóstico.

Impacto de los Diagnosis Related Groups (DRG). Desde el surgimiento de los DRG, un sistema de retribución que limita la estancia hospitalaria del cliente, éstos han sido enviados de regreso "más pronto y más enfermos" a sus hogares, donde no cuentan con una persona allegada que los cuide. También son enviados a su domicilio con heridas o en condiciones que requieren las habilidades de una enfermera registrada u otro miembro del equipo interdisciplinario. Por ejemplo, antes de que los DRG fuesen instituidos, un cliente con una fractura de cadera habría permanecido hospitalizado desde tres a seis semanas. Con el sistema DRG, los clientes son enviados después de seis días a sus hogares donde un profesional de enfermería, un fisioterapeuta y un ayudante de atención domiciliaria (el equipo interdisciplinario) le ayudarán a recuperar su óptimo nivel de actividad.

Dónde se presta la atención. De lejos, el principal factor que ha influido el rápido crecimiento de la enfermería para la salud comunitaria es el cambio del sitio de prestación de la atención. La prestación de atención de salud ha sido trasladada de la institución de atención aguda a la institución comunitaria o ambulatoria.

Cambio de los escenarios de atención aguda a los escenarios de atención domiciliaria y ambulatoria

El cambio del sitio en el cual las personas reciben la atención de salud está directamente relacionado con el cambio más evidente en la atención misma de la salud: la transformación de un sistema diseñado para tratar y curar a las personas después de que se enferman en un sistema enfocado ante todo en evitar que las personas se enfermen. Se piensa que este cambio reducirá los gastos nacionales de atención personal de la salud, los cuales según la Congressional Budget Office (CBO) alcanzaron aproximadamente 1.069 trillones de dólares en 1995. Estos gastos provocaron un sonoro clamor de parte de los contribuyentes. El Gobierno de Estados Unidos respondió dirigiendo sus esfuerzos a controlar los rápidamente crecientes costos de la atención de salud. A comienzos de los años noventa, la reforma de la atención de la salud ocupó el primer lugar en su agenda [National Association for Home Care (NAHC), *Home Care*, 1995].

Además de la reforma de la atención de salud, el programa nacional denominado "Healthy People 2000" ha definido una agenda preventiva que debe ser seguida por la nación. Se trata de un plan de una década de duración cuyo objetivo consiste en reducir las muertes, las discapacidades y las enfermedades prevenibles. Este plan considera la prevención como el fundamento de la salud. Esta iniciativa de salud preventiva ayudó a trasladar la atención de salud de los escenarios de atención aguda a los escenarios comunitarios. Una de las principales premisas de la iniciativa es que si los servicios preventivos de atención de salud fuesen ofrecidos a las personas en los centros comunitarios locales para la atención de salud, y si los programas y proyectos de prevención pudiesen ser presen-

tados a las personas en su propio "barrio", entonces la gente tendría mayor probabilidad de obtener ventaja de tales servicios. Una parte importante de la agenda de Healthy People 2000 es conseguir tres funciones de la salud pública: valoración, desarrollo de políticas y seguridad. El liderazgo de este proceso proviene de un grupo representativo de personas de las comunidades estadounidenses trabajando a través del consorcio de Healthy People 2000 compuesto por más de 300 organizaciones.

Los programas preventivos para la salud comunitaria incluyen inmunización, atención prenatal, abandono del tabaquismo, educación en salud, ejercicio físico dirigido, nutrición, prevención del abuso, prevención de la adicción a las drogas y el alcohol, y programas contra la gripe. Además, existen programas de detección de: sustancias como el plomo, anemia de células falciformes, cáncer de seno y del cáncer cervical. Otras herramientas importantes son los programas de prevención del asma tanto en los adultos como en los niños, las mediciones de la presión sanguínea y el colesterol, programas para el manejo del estrés, programas educativos sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) e incluso clases de conducción. También existe ayuda para las personas que experimentan dificultades manejando sus problemas, sean estos físicos o emocionales. Todas estas iniciativas (con excepción de las clases de conducción) se encuentran dentro del alcance de la práctica del profesional de enfermería de salud comunitaria.

Los informes de los **Centers for Disease Control (CDC)** respaldan la necesidad de todos estos programas. En 1994, los CDC estimaron que aproximadamente el 47 por ciento de las muertes prematuras de los estadounidenses podrían haber sido evitadas mediante cambios en el comportamiento individual y un 17 por ciento adicional por medio de la reducción de los riesgos ambientales. Además, se consideró que un 11 por ciento de las muertes prematuras de los estadounidenses eran prevenibles a través del mejoramiento del acceso al tratamiento médico (DHHS, 1995). Es significativo que todos estos programas sean usualmente manejados por profesionales de enfermería registrados. La muerte prematura, la enfermedad seria y la discapacidad crónica son costosas. El mejoramiento de la condición de la salud, la reducción del riesgo, la toma de conciencia de parte del público y de los profesionales respecto a la prevención, los servicios de salud, las medidas de protección, así como las encuestas y las evaluaciones son los medios disponibles para disminuir los gastos de atención de la salud.

Aunque nadie puede expresar el valor de una vida en dólares, es importante ser conscientes de los costos relacionados con su conservación. Por ejemplo, los CDC reportaron que las lesiones físicas, tanto involuntarias ("accidentales") como violentas, tienen anualmente un costo que supera los 150 billones de dólares. La carga económica de quienes sufren una enfermedad cardíaca y una enfermedad cerebrovascular alcanza aproximadamente 135 billones de dólares cada año. Los costos anuales de atención de salud y los costos relacionados con el abuso del alcohol alcanzan 98.6 billones mientras por el consumo de drogas ilícitas llega a 66.9 billones de dólares. Los costos por el tabaquismo suman anualmente alrededor de 65 billones de dólares (DHHS, 1995).

Aunque Healthy People 2000 puede no proporcionar los medios para curar todas las enfermedades del sistema de atención de salud, sí ofrece una perspectiva para conseguir una mejor salud para todos los estadounidenses y brinda la oportunidad de colaborar con otros proveedores para satisfacer las necesidades de los clientes. Los objetivos de Healthy People 2000 han sido adoptados en una forma u otra por la mayoría de los estados de la unión con las denominaciones generales de servicios preventivos, protección de la salud y promoción de la salud.

La CDC es una agencia del Servicio de Salud Pública que brinda información y conduce las investigaciones para descubrir las fuentes de las epidemias.

*A*TENCIÓN DOMICILIARIA: ¿POR QUÉ ES CONSIDERADA UN GRAN NEGOCIO?

Dado que la atención domiciliaria es el segmento de más rápido crecimiento de la salud comunitaria, es importante mirar esta industria desde una perspectiva comercial. La atención domiciliaria es el término otorgado a diversos servicios sociales y de salud que pueden ser suministrados en el domicilio en el cual reside la persona y en distintos escenarios. Estos servicios pueden ser ofrecidos a toda persona de cualquier edad que requiera atención mientras se recupera de una enfermedad sea esta física o mental, o que se encuentra discapacitada o crónicamente enferma o esté abrumada por distintos problemas sociales (NAHC, *Home Care*, 1995). Los conceptos básicos de la atención domiciliaria son discutidos en el capítulo 1. El número de disciplinas que ofrecen atención a domicilio es tan diverso como la población a la cual atienden. Esta sección está enfocada en el profesional de enfermería que brinda atención domiciliaria de salud, que tradicionalmente han sido reconocidos como los principales componentes del negocio de la atención domiciliaria. La enfermería para la atención domiciliaria de la salud es una subespecialidad de la práctica de la enfermería basada en la comunidad, la cual integra los principios de la salud pública y los componentes de la atención comunitaria (ANA, *Standards*, 1995). Los principios de la ANA para la enfermería de atención domiciliaria se encuentran detallados en el capítulo 1.

En 1996, los gastos de la atención domiciliaria superaron los 27 billones de dólares. Sin embargo, de acuerdo con el memorando de octubre de 1993 de las CBO, esto representa únicamente el tres por ciento de los gastos nacionales en atención de salud según se muestra en la tabla 18-3. La atención de salud es un servicio efectivo respecto al costo. Las CBO reportaron que en 1995 el costo promedio de un día de estancia hospitalaria era de 1.810 dólares y de 293 dólares en una institución de enfermería profesional, mientras el costo de una visita de atención domiciliaria era de 86 dólares (NAHC, *Basic Statistics*, 1996). Este ahorro de los costos, junto con los cálculos según los cuales de nueve a once millones de estadounidenses necesitan servicios de atención domiciliaria son dos razones por las cuales existe un movimiento tan firme hacia este tipo de atención.

*

TABLA 18-3

GASTOS NACIONALES EN LA ATENCIÓN DE SALUD, 1995

	Porcentaje
Total de atención de la salud personal	100
Atención hospitalaria	40.2
Honorarios médicos	21.6
Atención domiciliaria de enfermería	9.1
Medicamentos y otros perezcos médicos	9.7
Otros servicios profesionales	6.9
Servicios odontológicos	4.8
Atención domiciliaria	3.7
Otra atención de la salud personal	2.3
Productos oftalmológicos y otros no perezcos médicos	1.7

NOTA: Tomado de *Basic Statistics about Home Care* (p. 3), con autorización de la National Association for Home Care, 1996, Washington, DC: La autora. Prohibida su reproducción.

Oportunidades para la enfermería en la atención domiciliaria

En 1996 se reportó que las oportunidades de empleo en la atención domiciliaria prácticamente se habían duplicado desde 1988, mientras el empleo en los hospitales y la industria en general aumentó aproximadamente 25 por ciento, según se demuestra en la tabla 18-4 (NAHC, *Basic Statistics*, 1996).

La Oficina de Estadísticas Laborales calcula que aproximadamente 500.000 personas fueron empleadas por las agencias de salud domiciliaria. El mayor número de profesionales empleados en la atención domiciliaria corresponde a las enfermeras (figura 18-2). La remuneración de las enfermeras empleados por las agencias de atención domiciliaria varía según la sección del país en la cual están localizadas las agencias. El ingreso promedio de los profesionales de enfermería registrados empleados como personal de campo en atención domiciliaria es de 36.294 dólares anuales. La tarifa promedio pagada a un profesional registrado contratado por prestación de servicios (tarifa por visita domiciliaria) es de 30,24 dólares (NAHC, *Basic Statistics*, 1996).

El salario promedio de los altos cargos administrativos tales como el de gerente ejecutivo (GE), gerente operativo (GO), administrador o director es de 71.742 dólares anuales. La retribución promedio por una visita de atención domiciliaria realizada por un profesional registrado es de 94 dólares y la tarifa promedio pagada por una agencia al profesional registrado que efectúa la visita de atención domiciliaria es de 30,24 dólares. Esto representa menos de una tercera parte de la retribución, dejando más de dos terceras partes o el 68 por ciento para cubrir los gastos generales y ser considerados como beneficio. Como se mencionó previamente, se ha estimado que de nueve a once millones de estadounidenses necesitan servicios de atención domiciliaria; de este modo, se puede ver claramente el potencial para un gran negocio y atractivas ganancias.

Ser contratista independiente es otro aspecto de la enfermería para la salud comunitaria que un profesional de enfermería puede tener en consideración. La enfermera contratista independiente recibe el pago por cada visita. Este tipo de convenio tiene muchos beneficios. Las enfermeras pueden establecer sus propios horarios y decidir durante cuántas horas desean trabajar. Las enfermeras pueden decidir el número de clientes que desean visitar en un determinado día. Esta flexibilidad también puede ser muy lucrativa. Por ejemplo, es factible que una



TABLA 18-4

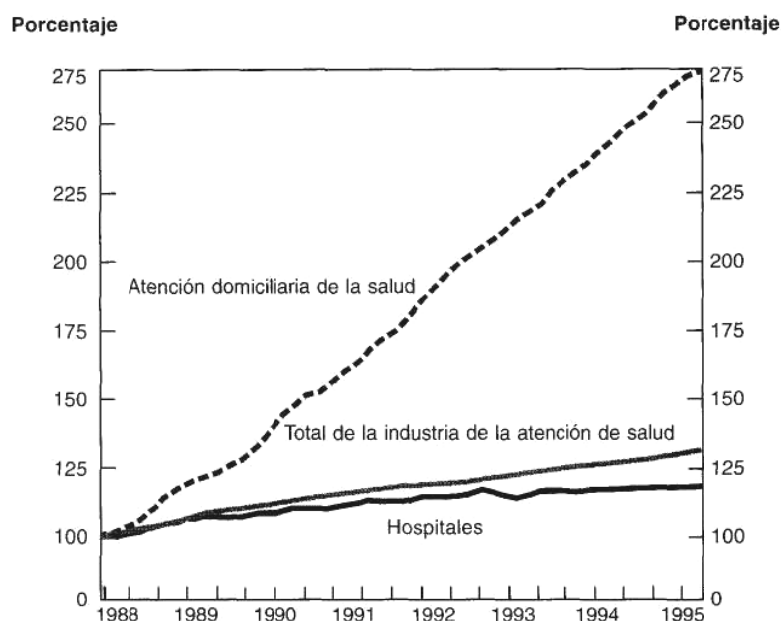
**NÚMERO DE TRABAJADORES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA DE SALUD (1993)
Y EMPLEADOS DE TIEMPO COMPLETO POR AGENCIAS CERTIFICADAS (1995)**

Tipo de empleado	No. de empleados	No. de empleados de tiempo completo
Enfermeros registrados	90.950	135.694
Enfermeros prácticos licenciados	32.240	29.545
Fisioterapeutas	7.600	12.470
Auxiliares de atención domiciliaria	215.220	120.994
Otros	104.160	72.787
Totales	450.170	371.490

NOTA: Tomado de *Basic Statistics about Home Care* (p. 8), con autorización de la *National Association for HomeCare*, 1996, Washington, D.C.: La autora. Prohibida su reproducción.

FIGURA 18-2

Crecimiento del empleo expresado como porcentaje de los niveles de 1988 en agencias de salud seleccionadas. [NOTA: Reproducido de *Basic Statistics about Home Care* (p. 9), con autorización de la National Association for Home Care, 1996, Washington, DC: La autora. Prohibida su reproducción adicional].



enfermera pueda visitar hasta doce clientes en un día si se encuentra en el área geográfica propicia y cuenta con una correcta mezcla de casos de clientes ($12 \times 30,24 = \$362,88$ en promedio). Esto es lo más cercano a contar con su propia práctica sin los gastos generales y la responsabilidad de cobrar los honorarios o esperar la retribución de terceros. No obstante, existen inconvenientes. Los profesionales de enfermería deben pagar su propio seguro de salud. No existe un sueldo especial por laborar durante los días festivos. Si la enfermera se encuentra enferma o no ve a sus clientes por alguna razón, no recibe pago alguno. Las enfermeras también deben pagar sus propios impuestos puesto que como contratistas independientes ellas reciben los formularios 1099. Finalmente, las enfermeras deben considerar la posibilidad de que no haya trabajo cuando ellos lo deseen.

Agencias de atención domiciliaria

Existen dos clases de agencias de atención domiciliaria, las agencias licenciadas y certificadas. Tanto las agencias de atención domiciliaria licenciadas como las certificadas pueden ser acreditadas. La acreditación significa que la agencia ha cumplido los estándares nacionales correspondientes a la industria. Este es un proceso voluntario conducido por organizaciones profesionales sin ánimo de lucro. Las agencias pueden ser acreditadas por el Community Health Accreditation Program (CHAP), la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO), o el National Home Caring Council, división de la Foundation for Hospice and Home Care.

Agencias licenciadas de atención domiciliaria. Estas agencias han sido licenciadas por el estado en el cual practican sus negocios. En la mayoría de los estados, la agencia debe primero solicitar y recibir un Certificate of Need (CON) del Departamento de Salud del estado. Estas agencias no están certificadas para recibir la retribución de la Health Care Finance Administration (HCFA). Se debe mencio-

nar que la decisión de una agencia de no solicitar la certificación al Gobierno federal no implica que brinde una atención inadecuada o no sea económicamente solvente. Una de las principales razones por las cuales una agencia no sería certificada es que no suministre servicios profesionales de enfermería.

Agencias certificadas de atención domiciliaria. Estas agencias son licenciadas por el estado en el cual funcionan y han sido certificadas por el Gobierno federal luego de haber cumplido los requisitos federales mínimos para la atención de los clientes y el manejo financiero; por tanto, pueden brindar los servicios de atención domiciliaria que son retribuidos por Medicare. Para conseguir la certificación, la agencia debe operar ciñéndose a las pautas federales establecidas por la HCFA. Con objeto de garantizar que los estándares del Gobierno federal sean observados por la agencia, el Gobierno contrata un grupo nacional de acreditación conocido como CHAP para realizar las inspecciones de las sedes. Este proceso se discute en el capítulo 16.

La **National Association for Home Care (NAHC)** reportó que, para junio de 1995, había identificado 18.874 agencias de atención domiciliaria en Estados Unidos. De éstas, 9.120 son agencias certificadas por Medicare, 1.857 son hospicios certificados por Medicare, y 7.897 son agencias de salud domiciliaria, organizaciones de atención domiciliaria y hospicios que no participan en Medicare (NAHC, *Basic Statistics*, 1996).

Lo que la certificación de Medicare significa desde el punto de vista del negocio es que la agencia certificada no se excluye de recibir el pago del principal pagador único de los costos de atención domiciliaria. Aproximadamente el 60 por ciento de los clientes que reciben los servicios de atención domiciliaria de salud tienen a Medicare como su fuente primaria de pago. En 1995, esto representó 3'450.000 clientes. Medicaid es la segunda mayor fuente pagadora de atención domiciliaria con aproximadamente el 17 por ciento. Las compañías privadas de seguros constituyen la tercera fuente pagadora, con cerca de ocho por ciento de los costos de atención de salud incurridos en Estados Unidos. Para cualquier agencia esto significa visitas e ingresos adicionales. De acuerdo con la HCFA, los gastos de atención domiciliaria de Medicare en 1995 superaron los 14,5 billones de dólares. Esto representó más de 228 millones de visitas. Existen varias clases de agencias de atención domiciliaria certificadas por Medicare las cuales son descritas a continuación (NAHC, *Basic Statistics*, 1996).

Asociaciones de enfermeras visitantes (VNA). Las VNA son organizaciones independientes, voluntarias, sin ánimo de lucro, orientadas por una junta directiva y usualmente financiadas por contribuciones deducibles de impuestos e igualmente por ganancias. La más grande agencia de atención domiciliaria voluntaria certificada de Estados Unidos es el Visiting Nurse Service of New York (VNS). En 1995, el VNS reportó la realización de 2'136.823 visitas profesionales y registró 21,1 millones de horas de servicios paraprofesionales.

Agencias mixtas. Estas son agencias combinadas gubernamentales y voluntarias; en ocasiones están incluidas en los recuentos de las VNA. Otro ejemplo de una agencia mixta, es el sistema hospitalario de la Administración de Veteranos.

Agencias públicas. Estas agencias son manejadas por un estado, condado, ciudad u otra unidad del gobierno local y tienen una responsabilidad importante en la prevención de las enfermedades y la educación para la salud comunitaria. Un ejemplo de este tipo de agencia sería el Departamento de Salud.

La NAHC es la asociación comercial que surge a las agencias nacionales de atención domiciliaria, los hospicios y las agencias de ayudantes de atención domiciliaria.

Agencias propietarias. Estas son agencias de atención domiciliaria lucrativas independientes. Un ejemplo de esta clase de agencia sería el Staff Builders.

Agencias privadas no lucrativas (PNP). Estas son agencias de atención domiciliaria sin ánimo de lucro independientes, las cuales son desarrolladas y dirigidas por los particulares a quienes pertenecen. Las VNA son ejemplos de este tipo de agencia.

Agencias con sede en los hospitales. Estas son unidades o departamentos que operan dentro de un hospital. Pueden ser agencias que tienen convenios laborales con el hospital o quizá incluso son propiedad del mismo pero funcionan como entidades separadas. Están clasificadas como agencias independientes en una de las categorías ya mencionadas. La más grande agencia de atención domiciliaria con sede en un hospital en el país está localizada en el estado de Nueva York. Se trata de la Catholic Medical Center of Brooklyn and Queens-Home Care División. Esta división es conocida como la atención domiciliaria de María Inmaculada. En 1995 reportó la realización de 379.610 visitas profesionales y 497.248 visitas paraprofesionales. Algunas agencias tienen su sede en instalaciones de rehabilitación y algunas en instalaciones de enfermería profesional.

*E*_L PROFESIONAL DE ENFERMERÍA COMO EMPRESARIO

"La enfermería para la salud comunitaria tuvo sus orígenes a finales del siglo XIX en la inclinación caritativa de ciertas mujeres de clases media" (Brodie, 1994, p. 35). Después de todo, no fue sino hasta el siglo XIX que las mujeres prestaron la atención de enfermería por fuera del hogar para obtener una retribución económica. Antes de ese momento, se consideraba que la obligación y la responsabilidad ligaban al profesional de enfermería con su cliente. Reverby, en su libro *Ordered to Care*, cita al doctor William Alcott exhortando a las mujeres a brindar atención de enfermería como una obligación de caridad. "Si hacemos todo el bien que podemos con nuestras manos, sentiremos que hemos desempeñado mejor nuestras obligaciones que si hubiésemos dedicado nuestra labor al dinero" (1987, p.13). Los profesionales de enfermería han recorrido un largo camino. Ellos no sólo han aprendido a convertir su trabajo en dinero, sino que lo han logrado con bastante éxito especialmente en la salud comunitaria donde los servicios de enfermería siempre han sido excluidos y no consolidados con la habitación y la alimentación como sucede en los hospitales. El primer convenio con terceros para el pago de los servicios de enfermería de las visitas de atención domiciliaria fue hecho entre la compañía de seguros Metropolitan Life Insurance (MLI) y la sede de la calle Henry. En 1910, la División de Bienestar de MLI acordó pagar una tarifa de 25 centavos de dólar por cada visita de enfermería realizada a un afiliado. Actualmente, la tarifa promedio retribuida por una visita de enfermería es de 94 dólares. ¡No es de extrañar que se haya producido una proliferación de agencias de atención domiciliaria! (Brodie, 1994).

Aunque práctica privada y empresarial son términos frecuentemente utilizados en forma intercambiable, no significan lo mismo. Un practicante privado puede ser un empresario, pero un empresario no es siempre un practicante privado. En *Webster's* el empresario es definido como "un organizador de una iniciativa económica; es decir, aquel que organiza, posee y maneja un negocio y asume los riesgos del mismo" (Gove, 1976, p. 759). La New York State Nurses Association (NYSNA) define las empresas de enfermería como "una variedad de convenios de negocios y modelos de la práctica/organización que pertenecen y son manejados por una enfermera o por profesionales de enfermería y están orientados a hacer que la enfermería tenga un acceso más directo al público" (1986, p. 2).

¿Tiene usted lo que se requiere para ser un empresario? ¿Toma riesgos? Lo que es aún más importante: ¿Puede permitirse tomar riesgos? ¿Es usted innovador? ¿Cuenta con el impulso, la visión y las habilidades administrativas necesarias para ser un empresario? ¿Es usted creativo, trabajador y está deseoso de invertir en usted mismo y en sus sueños para hacer realidad su meta? ¿Posee buenas habilidades interpersonales? ¿Desea usted conseguir, controlar y dirigir? ¿Es usted perseverante? Las respuestas positivas a estas preguntas pueden indicar su habilidad innata para crear oportunidades únicas para sus talentos y aptitudes individuales las cuales le permitirán transformar sus ideas en un servicio o producto comerciable.

Después de que usted haya decidido cuál es el servicio o producto que desea vender, debe establecer primero si existe o no un mercado para el mismo. Esto se conoce como análisis de mercado/servicio. Este análisis se lleva a cabo por medio de la recolección de los datos sobre el servicio o producto que usted desea vender. ¿En el suministro de qué clase de servicio o producto tiene usted experiencia? ¿Sería usted feliz brindando este servicio o producto? ¿Existe alguna barrera para el ofrecimiento del mismo? ¿Hay alguna restricción legal o reguladora que usted deba considerar? ¿Existe la necesidad de este servicio o producto? Si es así, ¿dónde está esa necesidad? ¿Acaso en una zona en la cual las personas pueden permitirse la adquisición de su servicio o producto para satisfacer esa necesidad? ¿El servicio o producto es ofrecido por alguien más en la misma zona? De ser así, ¿es la necesidad suficientemente grande como para permitir que ambas entidades sobrevivan y finalmente florezcan? La competencia en un área puede ser positiva, suponiendo que el profesional de enfermería sea capaz de dominar la necesaria participación del mercado. Por esto, al efectuar un análisis del mercado/servicio, no es mala idea enviar una *muestra de prueba*, es decir, probar su servicio o producto en un área. Las fuentes para la recolección de los datos pueden ser la literatura, sus propias experiencias y las de sus colegas, amigos, parientes u otras personas que hayan experimentado previamente con el mismo servicio o producto.

Cuando el análisis de los datos haya finalizado, es muy importante considerar las ventajas y desventajas de manejar un negocio independiente. Gran parte de esta información puede haber sido recopilada a lo largo de su estudio.

Durante la producción del video "Starting a Private Practice in Nursing" (Leonard, 1992), se realizaron entrevistas con enfermeras empresarios de todo el estado de Nueva York a quienes se les preguntó cuáles consideraban ellos las ventajas y las desventajas del ejercicio privado. Las ventajas más sobresalientes fueron las siguientes: (1) autonomía, (2) satisfacción personal, (3) trabajar en su propio horario, lo cual le permite a la enfermera trabajar en el hogar y (4) orgullo al destacar la profesión por medio del establecimiento de su papel. Las desventajas más prominentes fueron: (1) el aislamiento, (2) la falta de dinero en efectivo, (3) el número de horas necesario para que la práctica se consolide y (4) el papeleo requerido por las compañías de seguros para el pago.

Las enfermeras empresarios entrevistados (es decir, las enfermeras dueños de sus propios negocios, no de sus propias prácticas) proporcionaron respuestas similares respecto a las ventajas y desventajas. Ellos hablaron de la independencia, la satisfacción de ver crecer el negocio sabiendo que es propio; el conocer nuevas personas; saber que están demostrando al público que las enfermeras pueden hacer algo más que suministrar medicamentos y cambiar vendajes. Estas enfermeras también mencionaron desventajas similares tales como el estrés resultante al desconocer si las personas comprarán su servicio o producto pese al estudio del mercado; el temor a perder después de hacer una inversión económica grande y el gran número de horas.

Las enfermeras empresarias son propietarias y administran muchos negocios diferentes. Algunos ejemplos de negocios que pertenecen a las enfermeras son las agencias licenciadas para la atención domiciliaria, agencias de empleo de trabajadores de atención de salud (agencias buscadoras de empleados), negocios de seminarios educativos, compañías de producción de vídeos, compañías publicitarias, negocios de consejería para la ubicación en las residencias para personas de la tercera edad, negocios de consultoría, compañías de equipos médicos duraderos (DME), compañías de suministros para la atención de salud y compañías nutricionales. Los negocios de consultoría han experimentado un auge: se reportó que en 1995 la Cruz Azul del Imperio y Protección Azul invirtieron 55,8 millones de dólares en honorarios por consultoría (Lavan, 1996, p. 26).

Para comenzar: desarrollo de un plan de negocios

Un plan de negocios es el vehículo por medio del cual los sueños se convierten en realidad. Este debe ser cuidadosamente elaborado porque podría representar la diferencia entre el éxito y el fracaso de un proyecto. La etapa de planeación podría tomar un mínimo de seis meses o un máximo de doce meses, pero se trata de un tiempo bien invertido. Este proceso obliga a la enfermera a analizar cuidadosamente lo que se propone hacer. El plan ayuda a la enfermera a enfocarse en lo que es necesario hacer; cómo, cuándo y dónde debe hacerse. Los aspectos críticos se convierten en prioridad y se toman las decisiones referentes al negocio. Un buen plan de negocios no sólo es una herramienta clave para realizar juicios comerciales sólidos sino que también constituye un paquete integral que es presentado a aquellos que desean invertir su tiempo y su capital en llevar adelante sus sueños. El desarrollo de un plan de negocios no difiere mucho del desarrollo de un plan de atención de enfermería para una comunidad. Considere los factores similares enumerados a continuación.

Necesidad. En un plan de atención de *enfermería comunitaria*, la *valoración de la comunidad* se inicia para establecer lo que se necesita. Las enfermeras recopilan los datos objetivos y subjetivos respecto a la comunidad, incluyendo la accesibilidad y disponibilidad de los servicios existentes; los datos demográficos; las estadísticas sobre la mortalidad, la morbilidad, las enfermedades transmisibles y los riesgos ambientales; los recursos y las políticas de la comunidad. En un plan de negocios, esto se denomina *análisis de mercado /servicio*.

Barreras o restricciones existentes. En un plan de atención de enfermería comunitaria se identifican las limitaciones que obstaculizan la salud y la capacidad de la comunidad para desempeñarse a un nivel óptimo, sean estas físicas, geográficas o socioeconómicas. En un plan de negocios, se identifican las limitaciones estatutarias, incluyendo las reglas y regulaciones que afectarán el negocio.

Recursos comunitarios. En un plan de atención de enfermería comunitaria es importante conocer qué está haciendo la comunidad para satisfacer la necesidad identificada como es el caso de los centros de atención infantil o guarderías, Comidas sobre ruedas, centros para personas de la tercera edad, clínicas, centros de atención de urgencias, hospitales, iglesias, clínicas de departamentos de salud y programas extendidos. En un plan de negocios esto incluye la identificación de la competencia. Por ejemplo, si una enfermera piensa establecer una agencia de atención domiciliaria, él debe conocer no sólo cuántas agencias están ubicadas en

esa comunidad sino también cuántas agencias por fuera de la misma la abastecen. La enfermera debe conocer además el tamaño del fondo de empleo.

Intervenciones de enfermería. En un plan de atención de enfermería comunitaria, la enfermera evalúa la efectividad de los tratamientos. Si las intervenciones de enfermería no tienen éxito, éstas son sustituidas o modificadas. Lo mismo se aplicaría en un plan de negocios. En éste, se lleva a cabo una evaluación de la efectividad del servicio o producto y los cambios o ajustes son realizados según sea necesario.

Recursos. Se deben identificar los recursos disponibles que permitan a las enfermeras efectuar sus intervenciones. En un plan de atención de enfermería comunitaria, los recursos incluyen tanto a los miembros del equipo interdisciplinario que se encuentran disponibles para aportar su experiencia como a los suministros utilizables (o sea, catéteres, soluciones intravenosas, medicamentos). En un plan de negocios, los recursos incluyen las disposiciones financieras o los suministros y equipos disponibles.

Evaluación. Es indispensable invertir tiempo para ver qué tan efectivo es el plan de negocios y realizar los ajustes convenientes en el mismo. Estos últimos pasos (las intervenciones de enfermería, los recursos y las evaluaciones) son los mismos tanto para el plan de atención de enfermería comunitaria como para el plan de negocios.

Elementos de un plan de negocios

La investigación ha demostrado que existen muchas maneras para desarrollar un plan de negocios aunque la mayoría de estos planes contienen esencialmente los mismos elementos. Recuerde: La imagen es todo. Sólo existe una oportunidad para causar una primera buena impresión. La tabla 18-5 contiene un plan típico de negocios.

Introducción. La introducción usualmente se hace en forma de una carta de presentación. Es aquí donde las enfermeras se presentan a sí mismas y exponen sus ideas. En la introducción, las enfermeras deberían contarle al lector quiénes

*

TABLA 18-5

ELEMENTOS DE UN PLAN DE NEGOCIOS

Introducción	Organigrama
Resumen ejecutivo	Análisis del personal: personal administrativo y de apoyo
Tabla de contenido	Plan de operaciones
Enunciado de la misión	Análisis de los sistemas de información
Metas y objetivos	Presupuesto proyectado de funcionamiento
Descripción de los servicios o productos	Recursos disponibles
Estructura legal y directores de la compañía	Análisis del riesgo
Estudio de la industria	Proyecciones establecidas
Análisis del mercado	Documentación de soporte
Estrategias de mercadeo	

son, en qué consiste su negocio y qué productos o servicios pueden suministrar: "Esto es lo que solicito de ustedes" y "Esta es la razón por la cual ustedes deberían invertir en mi negocio".

Sumario ejecutivo. Aunque el sumario ejecutivo figura al comienzo del plan, no debe ser escrito hasta haber completado el plan de negocios. Este es similar a un resumen; debe ser breve y conciso.

Tabla de contenido. La tabla de contenido es una herramienta útil para el lector. En algunos casos, las diferentes partes del plan de negocios son revisadas por distintas personas de la misma agencia, cada una de las cuales examina la parte del plan en la cual tiene experiencia. Por ejemplo, la parte de mercadeo del plan puede ser revisada por el vicepresidente de mercadeo. La tabla de contenido dirigirá fácil y rápidamente a esa persona a la sección correspondiente del plan.

Enunciado de la misión. El enunciado de la misión informa al lector respecto al profesional de enfermería y la compañía. Este enunciado debe reflejar la filosofía comercial de la empresa.

Metas y objetivos. Esta sección del plan esboza lo que el profesional de enfermería espera lograr con el negocio y cómo. Se trata de una visión general; la descripción más detallada se encuentra contenida en el plan de operaciones.

Descripción de los servicios o productos. En esta sección se ofrece una descripción detallada del servicio o producto. Aquí el profesional de enfermería debe describir el mercado actual y su conocimiento sobre las brechas existentes, las cuales la compañía está preparada para cubrir. En esta sección también explica por qué sus servicios son mejores que los de la competencia.

Estructura legal y directivas. En esta sección, la enfermera debe describir el tipo de entidad legal que la compañía ha establecido (por ejemplo, una corporación, una sociedad limitada). Aquí se encuentran incluidos los nombres de las personas que se desempeñan como propietarios o directores de la corporación.

Estudio de la industria. Esta sección incluye un breve recuento de las tendencias de la industria y las proyecciones de su futuro crecimiento. También incluye una descripción de las fuerzas que están orientando a la industria tanto interna como externamente. En esta sección, el profesional de enfermería debe explicar los resultados de la investigación realizada respecto a la industria de la cual él desea formar parte. Asegúrese de incluir las fuentes de información e igualmente de resumir y analizar sus hallazgos.

Análisis del mercado. Esta parte del plan de negocios fue previamente discutida en este capítulo. Este análisis debería ser uno de los primeros pasos realizados antes de invertir su tiempo, dinero y energía en el proyecto, puesto que si no existe un mercado para sus servicios o productos, el plan de negocios no será necesario.

Estrategias de mercadeo. Esta parte del plan está orientada por el análisis del mercado y usualmente es la segunda etapa para realizar del plan. Aquí se cristalizan sus ideas sobre cómo comercializar sus servicios o productos frente al público

objeto del servicio. Una vez que la enfermera establece a quiénes comercializará el producto o los servicios, debe tomar una decisión respecto a los tipos de estrategias que serán empleadas para llegar a ese mercado. Por ejemplo, ¿utilizará el correo directo? ¿Recurrirá al telemarketing? ¿Cómo manejará la publicidad? ¿Será necesario contratar vendedores? De hacerlo así, al tomar estas decisiones deberá tener en consideración el costo, la disponibilidad y la efectividad.

Organigrama. Un organigrama permitirá al lector conocer de un vistazo la jerarquía y el orden de mando dentro de la compañía. Esta gráfica debe contener únicamente los títulos de las posiciones.

Plan de operación. Esta sección debe incluir una explicación sobre cómo funciona la compañía y quién realiza cada función. Si se está elaborando un producto, los pasos de la producción deben ser descritos.

Análisis del personal: personal administrativo y de apoyo. Esta sección del plan contiene los nombres de los integrantes del equipo administrativo junto con sus hojas de vida y las descripciones de su trabajo. El equipo de apoyo se reseña únicamente por el cargo, incluyendo el número de empleados que labora durante la totalidad de la jornada o parte de la misma. Esta sección también debe incluir una proyección del número de empleados requeridos durante las diferentes fases de crecimiento/expansión de la compañía.

Análisis de los sistemas de información. La necesidad de recolectar y analizar los datos es cada día más importante. Por tanto, es fundamental identificar el tipo de sistema que mejor se adecúe a sus necesidades de manejo de la información. La enfermera también debe mencionar todo paquete de software que desee adquirir. El costo del hardware y software puede estar incluido tanto en esta sección como en el presupuesto de funcionamiento.

Es importante analizar las clases de datos que la compañía debe recopilar y cómo debe hacerlo. Los diferentes tipos de sistemas de información investigados y el análisis de los costos deben ser mencionados en esta sección.

Presupuesto proyectado de funcionamiento. Antes de proyectar el presupuesto de funcionamiento, la enfermera puede desear buscar el consejo de un contador. Se trata de un presupuesto detallado en el cual se proyecta el ingreso, los gastos, los activos y las obligaciones. Las cifras deben ser realistas. Esta sección también debe incluir un análisis de la posición de equilibrio.

Recursos disponibles. En esta sección se debe declarar el capital inicial y los recursos económicos adicionales disponibles. Todos los equipos, sistemas de información, bases de datos, recursos humanos, fuentes de referencia, bienes raíces, espacio de oficinas, dotación de las mismas y suministros ya asegurados deben ser reseñados.

Análisis del riesgo. En todo plan integral de negocios se deben tener en cuenta los riesgos (reales y potenciales). Debe procurarse la asesoría de un abogado y quizá de un corredor de seguros. Al buscar a tales profesionales, recuerde que actualmente muchas enfermeras también son abogados, contadores, agentes de seguros y asesores financieros. Emplear enfermeras calificados para estos servicios favorece la formación de las empresas de enfermería y es útil para comercializar sus servicios a otras enfermeras. Recuerde que hay más de 2,2 millones de

Seguro de práctica errónea. Esta es una política que cubre las pérdidas resultantes de una demanda legal por la conducta impropia de un profesional en el desempeño de sus responsabilidades, realizada en forma intencional o por descuido o ignorancia.

enfermeras en Estados Unidos. El seguro es otra consideración cuando se realiza el análisis del riesgo. Por ejemplo, si el negocio es una sociedad y uno de los socios fallece, es importante establecer si el otro socio está cubierto en el contrato o es el beneficiario de una póliza de seguro de vida. ¿Se necesita un **seguro de práctica errónea**? El costo de este seguro, así como el correspondiente al seguro de compensación de los empleados, debe ser investigado.

Proyecciones temporales. En esta sección están incluidos los plazos para iniciar y completar cada una de las fases del plan de negocios. Recuerde la Ley de Murphy, "Si algo puede salir mal, saldrá mal en el peor momento posible". Por tanto, al proyectar estos plazos, es importante conceder un lapso anticipando las condiciones climáticas, las enfermedades, los problemas con el equipo, las curvas de aprendizaje, las demoras en el correo y los errores. Siempre es mejor ir adelante del horario en cualquier proyecto.

Documentos de soporte. Estos documentos no están contenidos en el conjunto del plan de negocios, pero son presentados como anexos. Algunos ejemplos incluirían las hojas de vida del personal clave, las cartas de compromiso de un comprador de sus servicios o un banco, las cartas de los líderes comunitarios o políticos locales respaldando el trabajo, las cartas de recomendación y las muestras de los materiales comercializados.

RESUMEN

En Estados Unidos se encuentra en marcha una explosión empresarial la cual promete continuar durante varias décadas. Las enfermeras hacen parte de esta explosión. Un número significativo de estas empresarias son nuevas empresarias que fueron víctimas del reciente recorte corporativo. El recorte corporativo y la re-ingeniería también están afectando a las enfermeras y los puestos de enfermería en el país. Muchos profesionales de enfermería han quedado cesantes y muchos están siendo forzados a trabajar en áreas de enfermería para las cuales no se encuentran preparados. Un número cada vez más grande de estos profesionales desplazados están formando sus propios negocios o iniciando sus propias prácticas.

Un número significativo de estos negocios o prácticas están comenzando en los hogares de estas enfermeras. Pero ellas no son las únicas personas que están emprendiendo los negocios domiciliarios. En los últimos años ha surgido un gran número de negocios con sede en el propio domicilio. Este sorprendente incremento ha llevado a muchos economistas a concluir que los negocios muy pequeños (aquellos con 20 empleados o menos) se están convirtiendo cada día más en actores importantes en la economía de la nación. Por tanto, probablemente sea sensato vincularse a una de las pequeñas organizaciones de negocios contenidas en el Apéndice I de este capítulo, la cual actuaría como defensor para garantizar que los intereses del negocio sean reconocidos y no se pierdan en el mar de regulaciones, mandatos y requisitos gubernamentales impuestos sobre ellos.

Es importante mencionar que muchas enfermeras que optan por convertirse en empresarias no lo hacen de tiempo completo. Esto con la intención de lograr tres respuestas: (1) decidir si les gusta o no estar en la práctica privada o ser los propietarios de sus propios negocios; (2) ver si pueden o no llevar la práctica o negocio hasta un grado de solvencia económica; y (3) contar con la seguridad de un salario garantizado mientras aumenta el flujo de dinero efectivo en el negocio.

Si usted ha considerado comenzar una práctica o abrir un negocio, la información contenida en este capítulo le puede resultar útil. Si el establecimiento de una empresa no es inminente en este momento, conserve este libro como una guía de referencia para cuando se presente la oportunidad de constituirla. "La condición de empresarios de las enfermeras afecta no sólo el destino de algunas de forma individual sino también la manera como la enfermería en general es ejercida y percibida por el público. Esta condición expande los límites de la práctica de enfermería y los resultados benefician a los pacientes, las enfermeras y la profesión misma" (Vogel y Doleys, 1988, p. 259).

Este recorrido a través del negocio de la salud comunitaria fue diseñado no sólo para proporcionar información a las enfermeras sino para explicar los componentes básicos del aspecto comercial de la enfermería. Ya sea que el profesional de enfermería esté considerando un curso en salud comunitaria o su empleo autónomo, los conceptos explicados en este capítulo son importantes: El negocio de la salud comunitaria, los factores que influyen el rápido crecimiento del mismo, las razones para el cambio de la atención aguda hacia la atención domiciliaria y comunitaria, y la manera de desarrollar un plan de negocios.

El concepto de la fusión entre el negocio y la enfermería para la salud comunitaria ha sido siempre visualizado por los visionarios de enfermería quienes comprendieron que la atención sola no era suficiente para mantener bien a sus clientes. También se requieren suministros, medicamentos, alimentos sanos, vivienda y vestuario, y todas estas cosas cuestan dinero. Por tanto, debe crearse una corriente de ingresos de modo que pueda continuar en la comunidad la prestación de la atención a quienes precisan de ella.

PALABRAS CLAVE

Negocio	Agencia certificada
Propiedad única	Healthy People 2000
Corporación	Oportunidades de empleo
Sociedad	Empresario
Atención domiciliaria	Plan de negocios

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta *correcta* para cada una de las siguientes preguntas:

1. La forma más sencilla de organización de un negocio es:
 - A. Sin ánimo de lucro.
 - B. Limitada.
 - C. Propiedad única.
 - D. Sociedad anónima.
2. El tipo de negocios donde la responsabilidad es ilimitada es conocido como:
 - A. Corporación lucrativa.
 - B. Corporación sin ánimo de lucro.
 - C. Propiedad única.
 - D. Sociedad general.

3. Legalmente se requiere que la corporación cuente con:
 - A. Dividendos para los accionistas.
 - B. Un número limitado de propietarios.
 - C. Una junta directiva.
 - D. Ganancias de capital.
4. El consorcio de Healthy People 2000 estuvo constituido por:
 - A. El presidente y sus asesores.
 - B. 300 organizaciones de todo Estados Unidos.
 - C. Empleados de atención de salud.
 - D. Una firma de consultoría de investigación con sede en California.
5. Las metas de Healthy People 2000 están enfocadas en todo lo siguiente *excepto*:
 - A. Un mayor fondo educativo para enfermería.
 - B. La reducción de las conductas de riesgo.
 - C. El seguimiento y la evaluación.
 - D. La conciencia pública y profesional sobre la prevención.
6. Los factores que han afectado el cambio de los escenarios de la atención aguda hacia los escenarios ambulatorios y comunitarios incluyen todos los siguientes *excepto*:
 - A. Las iniciativas de Healthy People 2000.
 - B. El mayor número de camas hospitalarias.
 - C. El surgimiento de los grupos de diagnóstico relacionado (DRG), un sistema de retribución.
 - D. Los avances de la tecnología para la atención de salud que pueden ser ofrecidos en el hogar.
7. Una agencia de atención domiciliaria licenciada que no está certificada no puede recibir la retribución de:
 - A. Los clientes.
 - B. Medicaid.
 - C. Una compañía comercial de seguros.
 - D. Medicare.
8. Todas las siguientes afirmaciones corresponden a ejemplos de enfermeras empresarias *excepto*:
 - A. Una enfermera que ha comenzado un proyecto de negocio.
 - B. Una enfermera registrada que se desempeña como gerente ejecutivo (GE) de una agencia de atención domiciliaria certificada.
 - C. Una enfermera propietaria de su propia práctica.
 - D. Una enfermera que maneja su propio negocio durante medio tiempo mientras continúa empleado media jornada en otro lugar.
9. ¿En qué sección del plan de negocios está incluida la filosofía del mismo?
 - A. El enunciado de la misión.
 - B. El plan de operaciones.
 - C. Los documentos de soporte.
 - D. La estructura legal y directivas de la compañía.

RESPUESTAS

1. La respuesta es C. La propiedad única es la forma más simple de organización de un negocio puesto que pertenece y es manejada por una persona. Es fácil de establecer y fácil de disolver o vender. El negocio no paga impuestos. El

ingreso del negocio es considerado ingreso personal. El propietario único tiene completo control sobre el negocio.

2. *La respuesta es D.* En una sociedad general, la responsabilidad de un socio es ilimitada. Cada socio es responsable de las deudas del negocio y de las acciones de los otros socios. En este tipo de sociedad, cada socio participa y es responsable de las operaciones diarias de la compañía.
3. *La respuesta es C.* Legalmente se requiere que una corporación tenga una junta directiva. No tiene un único propietario. Solamente la corporación lucrativa puede tener accionistas y dividendos; la corporación sin ánimo de lucro no tiene accionistas.
4. *La respuesta es B.* El consorcio de Healthy People 2000 estuvo constituido por 300 organizaciones de los Estados Unidos. Aunque los consultores y los empleados de atención de salud pueden haber formado parte del consorcio, éste también estuvo integrado por personas provenientes de múltiples sectores de las comunidades estadounidenses. El presidente Clinton, la primera dama y los asesores presidenciales hicieron que la reforma de la atención de salud fuese una prioridad de la administración pero no formaron parte del consorcio de Healthy People 2000.
5. *La respuesta es A.* Las metas de Healthy People 2000 incluyen la promoción de la salud, la reducción del riesgo y la conciencia pública y profesional respecto a la prevención, los servicios de salud y las medidas de protección, así como el seguimiento y la evaluación, pero no manejan los fondos educativos para los profesionales de enfermería.
6. *La respuesta es B.* El cambio de los escenarios de atención aguda a los escenarios de atención ambulatoria y comunitaria puede ser atribuido al surgimiento de los grupos de diagnóstico relacionado (DRG), un sistema de retribución. En este sistema, los hospitales son remunerados de acuerdo con una tarifa asignada a cada diagnóstico. Por ejemplo, si un cliente ingresa a un hospital por una fractura de cadera, el hospital recibe una tarifa establecida por la permanencia hospitalaria sea ésta de tres o 23 días. Por tanto, esto obliga al hospital a dar al cliente de alta tan pronto como sea posible. En razón a que los clientes dados de alta requieren atención de enfermería especializada, una enfermera de atención domiciliaria efectúa el seguimiento del cliente. Los avances en la tecnología también han permitido al profesional de enfermería suministrar atención de avanzada tecnología, tal como la diálisis peritoneal, en el hogar del cliente. Las iniciativas de Healthy People 2000, las cuales se refieren a la prevención, han disminuido el número de ingresos hospitalarios reduciendo así la necesidad del número actual de camas hospitalarias.
7. *La respuesta es D.* Únicamente la agencia de atención domiciliaria que ha sido licenciada por el estado en el cual opera, y es certificada por el Gobierno federal es elegible para recibir la retribución de Medicare. La agencia licenciada puede recibir el pago de Medicaid, las aseguradoras comerciales y los clientes.
8. *La respuesta es B.* Si un profesional de enfermería labora a cualquier nivel (incluso como GE) para una agencia certificada de atención domiciliaria y no posee una práctica o negocio privado, sea éste de tiempo parcial o completo, no es considerado un empresario.
9. *La respuesta es A.* En un plan de negocios el enunciado de la misión informa al lector sobre la enfermera y su compañía. El enunciado de la misión también debe contener la filosofía del negocio.

REFERENCIAS COMENTADAS

American Nurses Association. (1995). *Standares of community health nursing practice*. Washington, DC: Autor.

Este documento es una revisión de los Standards of Community Health Nursing Practice desarrollados en 1973 por la Division on Community Health Nursing Practice (actualmente Council of Community Health Nursing). Este documento contiene los principios que se aplican a la enfermería de salud comunitaria practicada en cualquier institución comunitaria y las razones de cada principio. Está dirigido a la enfermera general y a los especializados.

American Nurses Association. (1995). *Today's registered nurse-numbers and demographics*. *Nursing Facts*, Washington, DC: Autor.

Esta publicación contiene las estadísticas sobre la población de enfermeras registrados. Utiliza como principal fuente de información al U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Division of Nursing, Health Resources and Service Administration.

Brodie, B. (noviembre de 1994). From charity to business: Community health nursing, 1900-1926. *Nursing Connections* 7, 35-43.

Artículo de revista que habla del establecimiento de la Casa Sede de las enfermeras en Kichmond, Virginia, en 1900. Refiere cómo Sadie Heath Cabaniss fue inspirada por el ejemplo de Lillian Wald, quien en 1893 estableció la Casa Sede de la Calle Henry y la Asociación de Enfermeras Visitantes en la ciudad de Nueva York y convirtió la Casa Sede en un próspero negocio.

Friedman, J. R., et al. (1987). *Barron's dictionary of business terms*, Nueva York: Barron's Educational Services.

Este diccionario contiene 6.000 claras definiciones de los términos clave profusamente utilizados en el mundo de los negocios. Es un libro de bolsillo en rústica, fácil de utilizar. Todos los términos incluidos están definidos en forma concisa para ser leídos en pocos segundos y a la vez suficientemente completos para que el lector conozca a cabalidad su significado.

Gove, R. B. (Ed.). (1976). *Webster's third International dictionary of the English language*. Springfield, MA: G. C. Merriam.

Lavan, R. M. (marzo 12 de 1996). Outside work costs empire \$67 million. *Nueva York Daily News*, p. 26.

Este es un artículo sobre la Cruz Azul y el Escudo Azul y cómo esta gigantesca aseguradora gastó aproximadamente 67 millones de dólares en consultores, abogados y contadores externos mientras se esforzaba por mejorar las finanzas y conservar controlados los costos administrativos.

Leonard, M. A. (1992). *Starting aprivate practice in nursing* (video tape). Nueva York: Rainbow Connections.

Vídeo de 30 minutos que muestra una serie de entrevistas con algunos líderes de enfermería propietarios de sus prácticas privadas en enfermería. Las preguntas formuladas se refieren a las ventajas y desventajas de iniciar una práctica privada en enfermería. Incluye historias sobre por qué cada una de las enfermeras entrevistadas decidió iniciar una práctica privada y cómo lo hicieron. El vídeo fue producido y dirigido por una enfermera registrada y la compañía de vídeo que produjo la cinta pertenece y es manejada por una enfermera registrada.

Mershon, K., & Wesolowski, M. (1985, January). Strategic planning for the business of community health and home care. *Nursing and Health Care.*, p.33-35.

Este artículo discute el prometedor futuro del negocio de la salud comunitaria y la atención domiciliaria. Los autores explican la importancia de desarrollar un plan de acción basado en las prácticas exitosas, a fin de establecer un futuro adecuado y positivo para el profesional de enfermería que comienza su propia agenda de atención comunitaria o domiciliaria.

National Association for Home Care (NAHC). (1995). *Home Care*. Washington, DC: Autor.

La publicación explica qué es la NAHC y los beneficios de pertenecer a ella. Se trata de la más grande organización mundial representante de la atención domiciliaria y en hospicios. Su misión consiste en promover la atención de calidad a los clientes de atención domiciliaria y de los hospicios; velar por los derechos de quienes suministran la atención; representar en forma efectiva a todos los proveedores de atención domiciliaria y de hospicios, y ubicar a la atención domiciliaria en el centro de la prestación de atención de salud.

National Association for Home Care (1996). *Basic statistics about home care*. Washington, DC: Autor.

Esta publicación contiene estadísticas sobre muchos aspectos de la atención domiciliaria incluyendo las diferentes clases de atención, las personas que son atendidas a domicilio, los servicios ofrecidos así como información sobre el costo y la retribución.

New York State Nurses Association. (1986). *Nursing entrepreneurship in New York State*. Guilderland, NY: Autor.

Folleto diseñado para orientar a las enfermeras que desean explorar la autonomía profesional como empresarios. Define diversas prácticas de negocios y ofrece ejemplos de algunas de las diferentes formas que la actividad empresarial puede adoptar.

Reverby, S. (1987). *Ordered to care*. Cambridge: Cambridge University Press.

En este libro, Reverby presenta la historia del desarrollo de la enfermería entre 1850 y 1945 en el contexto del cambiante sistema de la atención de salud. Describe cómo la enfermería se desarrolló en medio de la expectativa cultural según la cual el cuidado haría parte de la responsabilidad de la mujer para con su familia y la comunidad. La enfermería es utilizada como la historia de un caso exponiendo cómo las realidades culturales del trabajo de la enfermería fueron politizadas. El autor también narra de nuevo la historia política de los hospitales desde el ventajoso punto de vista de la enfermería.

Rich, S. (febrero 12-18, 1996). Saving Medicare for the boomers. *The Washington Post*. (Edición nacional semanal), p. 30.

Publicación especial impresa semanalmente. El formato está diseñado para destacar las principales historias reportadas en el transcurso de la semana.

United Hospital Fund (UHF). (1996). *Children and health: New York City and the nation*. Nueva York: Autor.

Este libro contiene estadísticas poblacionales, socioeconómicas, de morbilidad y mortalidad, recursos para la salud y Servicios de salud. Fue utilizado para la conferencia del UHF: "La salud infantil en el contexto de la atención gestionada".

U. S. Department of Health and Human Services. (1995). *The health of the nation: Highlights of the Healthy People 2000 goals: The 1995 report on progress*. Washington, DC: Autor.

Informe sobre la revisión intermedia de una iniciativa nacional para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, denominada Healthy People 2000. Este informe detalla los objetivos de salud preventiva que han sido establecidos para la salud de todos los estadounidenses. Presenta los datos estadísticos de los Centers for Disease Control and Prevention correspondientes a las tasas de morbilidad y mortalidad para las condiciones patológicas de su objetivo. También contiene los datos estadísticos del éxito alcanzado por Estados Unidos en el registro de los bancos de datos de las medidas fijadas para el bienestar y la prevención en 1990.

Visiting Nurse Service of New York. (1995). *Annual Report*. Nueva York, NY: Autor.

Esta publicación contiene las estadísticas y las descripciones de los múltiples servicios ofrecidos por esta agenda.

Vogel, G., & Doleysh, N. (1988). *A nurse's guide to starting a business*. Nueva York: National League for Nursing.

Descripción de las experiencias de pruebas y errores de las autoras cuando comentaron su propio negocio. Estilos de trabajo y un negocio de consultorio que ofrece talleres y seminarios en distintos temas administrativos, además de asesoría profesional individual. Las autoras también comparten sus percepciones y conocimientos sobre el proceso.

**APÉNDICE I: IMPORTANTES RECURSOS DISPONIBLES
PARA LAS ENFERMERAS EMPRESARIAS**

1. American Nurse's Association (ANA), 600 Maryland Avenue, SW, Suite 11 West, Washington, DC 20024-2571; phone: 800-215-3727.
2. State nurse's association —a complete listing of each state's nurses' association can be obtained by contacting the ANA at the address or telephone number above.
3. Internal Revenue Service, 12th Street and Constitution Avenue, NW, Washington, DC; phone: 800-829-1040.
4. Small Business Administration, 144L Street, NW Washington, DC, 20416; phone: 202-309-6565.
5. National Small Business Association 1604 K Street, NW, Washington, DC 2006; phone: 202-293-8830.
6. National Federation of Independent Business, 600 Maryland Avenue, SW, Washington, DC 20024, phone: 202-554-9000.
7. Service Corps of Retired Executives Association, 1129 20th Street, NW, Suite 410, Washington, DC 20416; phone: 202-653-6379.
8. National Nurses in Business Association, 100 Burnett Avenue, Suite 250, Concord, CA 94520; phone: 510-356-2642.

LA POLÍTICA DE LA SALUD COMUNITARIA

La política nacional y las políticas de los sitios de trabajo, las familias, las iglesias, las organizaciones sociales o las comunidades tocan la vida de cada ser humano. En ocasiones se alude a la política como un arte, en ocasiones como una ciencia y en ocasiones como un juego.

En este capítulo se describe la estructura del Gobierno de Estados Unidos y los procesos legislativos y políticos utilizados por las personas interesadas en lograr cambios políticos. También se evalúan los papeles desempeñados por los profesionales de enfermería en estos procesos. Además, se discute el poder del voto y las estrategias de cabildeo que optimizan este poder. Se espera que al finalizar este capítulo, usted no sólo comprenda por qué las enfermeras deberían ser políticamente activos sino que, además, esté interesado en serlo.

La política, al igual que la enfermería, se encuentra en todas partes en la comunidad y conduce a lo que sucede actualmente en la atención de salud. En el Modelo de Alianza para la Valoración de la Salud Comunitaria, la esfera referente a la política aparece señalada como "Influencias sobre las decisiones para la adjudicación de los recursos" (ver capítulo 5). Esta esfera tiene cinco componentes, uno de los cuales corresponde al peso de los grupos de interés especial. Las enfermeras constituyen uno de estos grupos, siendo su interés especial una atención calificada de la salud que sea efectiva respecto al costo y ofrecida a todos los individuos por profesionales competentes. Dado que las enfermeras constituyen el grupo más grande de profesionales en el sistema de la atención de salud, ellos tienen un importante potencial como fuerza política dirigente. Por tanto, es vital que las enfermeras comprendan cómo funciona el sistema político y cuán trascendental es ser políticamente activo. El conocimiento del sistema político es indispensable para que las enfermeras optimicen su papel dando forma al sistema de prestación de atención de salud.

Tradicionalmente, las enfermeras han sido apolíticas debido principalmente a que consideran que la política está algo apartada de su agenda de atención. Otros factores han contribuido a que las enfermeras sean apolíticas, entre ellas se cuentan el predominio del sexo femenino en la profesión; la socialización de las mujeres y las enfermeras en papeles pasivos; la falta de preparación para la participación política; el temor al rechazo con relación al desarrollo político de las enfermeras; una pobre imagen propia y ocupacional; la falta de seguridad, interés y convicción, y el temor a confrontar a otros profesionales de la salud. Otros dos factores han mantenido a las enfermeras alejadas del medio político: el primero es el hecho de que éstas tienden a aislarse de los grupos que establecen las políticas y no reivindican sus puntos de vista, y el segundo es que el conflicto interno de la profesión le ha otorgado a ésta una imagen conflictiva, lo cual impidió que tuviese un impacto serio sobre las decisiones de la política de salud. Afortunadamente, varias de las líderes de enfermería fueron visionarias; ellas consideraron la política como un

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

Clima político actual

La política: ¿qué es?

El gobierno: ¿cómo funciona?

Proceso legislativo: ¿cómo un
proyecto de ley se convierte
en ley?

Estrategias de cabildeo: ¿cómo lograr
que su mensaje prospere?

Reglamentaciones del cabildeo

Las enfermeras y la política

Resumen

vehículo para la obtención de los fondos necesarios para llevar a cabo su agenda de atención. Florence Nightingale (1820-1910) es un excelente ejemplo de la enfermera políticamente activa. Ella gozó de influencia política debido a la condición social de su familia y utilizó esta influencia para solicitar los dineros a fin de patrocinar importantes proyectos para las enfermeras y sus pacientes. Su cabildeo en la Oficina Británica de Guerra durante la Guerra de Crimea, respecto a las deplorables condiciones de las barracas utilizadas como hospitales, dio como resultado la reforma del servicio médico del ejército británico. Esta reforma se hizo evidente en el mejoramiento del servicio de alimentación, saneamiento y la construcción de nuevas barracas para los soldados y sus familias. Muchas otras líderes de enfermería políticamente astutas, tales como Lillian Wald y Lavinia Dock, utilizaron su influencia política para adelantar la agenda de enfermería en la comunidad. Individualmente, cada una de estas mujeres desarrolló una influencia social y política. En conjunto, ellas fueron las ardientes abanderadas de los indigentes y la profesión.

Lillian Wald (1867-1940) fue una brillante enfermera activista. Ella es más conocida como la fundadora de la Henry Street Visiting Nurse Association en la ciudad de Nueva York y como la enfermera que institucionalizó el concepto de la enfermería de salud pública en Estados Unidos. Como sufragista, sus valores feministas se hicieron evidentes en sus actividades políticas, las cuales estuvieron enfocadas en los pobres y los niños. Ella sirvió de instrumento en el desarrollo de la Children's Bureau que comenzó como un esfuerzo para proteger a los menores contra el abuso.

Lavinia Dock (1858-1956) fue una líder de enfermería militante en el movimiento feminista del siglo XIX. Su principal interés fue la educación de enfermería. También colaboró en la creación del Consejo Internacional de Enfermeras en 1901, la primera organización internacional de mujeres profesionales en la historia.

En la política, la influencia se mide por las personas que se conocen, los votos que puede conseguir y cuánto dinero puede aportar a las campañas. Las organizaciones de enfermería tales como la American Nurses Association (ANA) han dado grandes pasos en el terreno político por las profesionales. Han hecho que las autoridades gubernamentales se percaten del poder de la enfermería. Lo han logrado mediante la organización popular de las enfermeras: permitiendo que los legisladores conozcan que uno de cada 44 votantes registrados es una enfermera y creando un comité de acción política (PAC). Actualmente, la ANA es considerada uno de los diez grupos políticamente más influyentes en el país. Durante el más reciente periodo lectivo (1992), American Nurses Association Political Action Committee (ANA-PAC) ocupó el segundo lugar en la nación respecto al incremento de las contribuciones a los candidatos para la oficina federal. En el mismo año, el ANA-PAC ocupó el trigésimo lugar entre más de 4.000 CAP en Estados Unidos, convirtiéndose en el tercer CAP de la atención en salud.

*C*lima Político Actual

El término utilizado para describir lo que ocurre actualmente en el campo político es *clima político*, designación adecuada puesto que la política es tan variable como el estado del tiempo. De hecho, es prácticamente imposible que el autor de un libro se encuentre tan actualizado sobre el clima político actual como un columnista político o el autor de un artículo periodístico. En el momento de escribir estas líneas, la atmósfera política puede ser bastante diferente al clima político imperante en el momento de su lectura.

Nunca antes el clima político había exigido tanto de las enfermeras y nunca antes tantas enfermeras habían sido políticamente activos. Los desafíos se han presentado en forma de cambios: cambios en dónde se presta la atención de la salud, cómo se suministra y quién la ofrece. Con el surgimiento en 1983 de los grupos de diagnóstico relacionado (DGR) (un sistema de retribución en el cual los hospitales son remunerados por los servicios en cantidades previamente establecidas con base en el diagnóstico principal del cliente), el país comenzó a atestiguar estos cambios de primera mano. La prestación de la atención pasó de los escenarios hospitalarios de atención aguda a los escenarios subagudos (clínicas de reposo) y domiciliarios. Los avances tecnológicos facilitaron la prestación de servicios tales como la terapia intravenosa y la diálisis peritoneal en el domicilio. Otra transformación significativa fue el cambio en el nivel de preparación de los trabajadores de la atención en salud. En un extremo del espectro, la atención era suministrada por miembros de la familia o personas elegidas por ésta y en el otro extremo del espectro la atención era ofrecida por enfermeras de práctica avanzada (EPA) tales como practicantes de enfermería, enfermeras especialistas clínicas y enfermeras parteras certificadas. Sin embargo, todos estos cambios tuvieron un vínculo común. Cada uno involucraba el costo de atención de salud.

Durante los últimos años las enfermeras, junto con la mayoría de las personas del Congreso y el público en general, se han interesado en los temas presupuestales y el creciente costo de la atención en salud. También se han preocupado por el acceso a dicha atención y el creciente número de personas que carecen de un seguro o viven en la pobreza en Estados Unidos (tablas 19-1 y 19-2).

*

TABLA 19-1

NÚMERO DE PERSONAS POBRES (EN MILES) Y PORCENTAJE DE FAMILIAS QUE VIVEN EN LA POBREZA CON PARIENTES MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD SEGÚN TIPO DE FAMILIA Y RAZA (ETNIA) EN ESTADOS UNIDOS

Tipo de familia	No.	Total Porcentaje	Blanca		Negra		Origen hispano ^a	
			No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Hogares con mujeres cabeza de familia								
1980	2.703	42,9	1.433	35,9	1.217	56,0	ND	ND
1985	3.131	45,4	1.730	38,7	1.336	58,9	493	64,0
1990	3.426	44,5	1.814	37,9	1.513	56,1	536	58,2
1993	4.034	46,1	2.123	39,6	1.780	57,7	706	60,5
Cambio porcentual 1980-1993	49,2	7,5	48,2	10,3	46,3	3,0	ND	ND
Parejas y hogares con varones cabeza de familia								
1980	2.118	8,0	1.644	7,0	367	16,0	ND	ND
1985	2.455	9,2	1.965	8,4	334	14,1	ND	ND
1990	2.250	8,4	1.739	7,5	374	15,8	549	21,3
1993	2.717	9,8	2.101	8,8	379	15,5	718	24,0
Cambio porcentual 1980-1993	28,3	22,5	27,8	25,7	3,3	-3,1	ND	ND

^a En esta tabla, las personas de origen hispano pueden ser de cualquier raza.

NOTA: Tomado de *Children and Health: New York City and the Nation* (tabla 5), de United Hospital Fund, 1996, Nueva York: La autora. Adaptado con autorización.

Además, las enfermeras han estado vigilantes respecto a los recortes presupuestales que afectarían los dineros para la educación de enfermería y han criticado el movimiento de la contratación del personal asistente no licenciado (PNL) para la realización de las labores de enfermería.

Una característica particular del clima político actual es que, incluso aunque los políticos han debatido los temas de atención de la salud dentro de los escenarios establecidos, el mercado de la atención en salud ha avanzado realizando cambios independientemente del Gobierno federal o estatal. Se han producido innumerables fusiones y adquisiciones entre las principales entidades para la atención de la salud, y también el rápido crecimiento del fenómeno de atención de la salud denominado *atención gestionada*. Dado que la atención gestionada continúa siendo un tema importante, el siguiente capítulo de este libro está dedicado a este aspecto (ver capítulo 20). El cambio de la atención de tercer nivel (aguda) a la atención preventiva (atención suministrada a las personas para prevenir la enfermedad) contribuyó al traslado de los cargos de enfermería desde los escenarios de atención aguda hacia los escenarios de atención comunitaria y ambulatoria. Como parte de este viraje, las instituciones para la atención de salud en todo el país sufrieron recortes y los cargos de enfermería que habían existido durante décadas en el campo de la atención de salud fueron sometidos a re-ingeniería. Muchas enfermeras se vieron obligadas a trabajar en áreas para las cuales no estaban preparados; muchos perdieron sus trabajos y muchos fueron forzados a pasar nuevamente de los cargos administrativos a los de personal. Como consecuencia, el mayor número de enfermeras en la historia se encontraba preparado o se preparaba para expandir el alcance de su práctica como EPA. En *Nursing Facts*, 1995, se reportó que había 139.000 enfermeras preparadas como EPA: 58.185 enfermeras especialistas clínicos; 48.237 practicantes de enfermería; 25.238 enfermeras anestesiistas y 7.400 enfermeras parteras (ANA, 1995).

Estos cambios, tanto positivos como negativos, obligaron a muchas enfermeras a percatarse de lo que estaba ocurriendo con la enfermería y los profesionales, cómo estaba sucediendo y por qué. A medida que estas enfermeras comenzaron a advertir que la política era realmente la fuerza conductora detrás de lo que estaba aconteciendo en la atención de salud, también se dieron cuenta de que la *influencia política* era algo bueno. Por medio del trabajo duro, la unión y el dinero, las

*

TABLA 19-2
ESTADO DE LA COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD (EN MILLONES) EN ESTADOS UNIDOS Y PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN TOTAL

	No. Total de personas	Privados		Públicos		Ninguno	
		No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Menores de 18	69,8	47,0	67,3	16,7	23,9	9,6	13,8
18-24	25,5	15,7	61,6	3,1	12,2	6,8	26,7
25 y mayores	164,5	119,7	72,8	45,0	27,4	23,3	14,2
Total	259,8	182,4	70,2	64,8	24,9	39,7	15,3

NOTA: Tomado de *Children and Health: New York City and the Nation* (tabla 20), de United Hospital Fund, 1996, Nueva York: La autora. Adaptado con autorización.

enfermeras desarrollaron un grado de influencia política sin precedentes. Ellas estaban aprendiendo a jugar el juego y la enfermería organizada fue considerada uno de los jugadores.

En la década de los noventa, la enfermería dio pasos políticos gigantescos. El presidente de Estados Unidos invitó a la Casa Blanca a la presidenta de la ANA y a las presidentas de varias asociaciones estatales de enfermería para compartir sus puntos de vista sobre los asuntos de atención de la salud. En los diferentes estados, los líderes de enfermería han sido designados por el Gobernador, la Asamblea y el Senado para formar parte de la fuerza laboral de los comités de atención de la salud y temas afines. Los esfuerzos de cabildeo de la ANA se vieron acelerados por la creación de su red popular, el Nurses Strategic Action Team (N-STAT), los profesionales de enfermería se lanzaron como candidatos a los cargos políticos y algunos resultaron elegidos. En 1996, las contribuciones del ANA-PAC totalizaron aproximadamente un millón de dólares y el éxito obtenido por los candidatos respaldados fue mayor de 77 por ciento.

El juego político tiene muchas reglas, algunas de las cuales son expresadas por escrito o en forma verbal, y otras son tácitas, pero una cosa es cierta: uno de los puntos más valiosos en el juego político es el tema de atención en salud. Éste posee tanto valor porque incluye al rico y al pobre, al sano y al enfermo, al joven y al anciano, al preparado y al ignorante, y a las personas de todas las razas, credos, sexo, y ascendencia étnica. Todos tienen un interés en la atención de la salud.

Para comprender cómo se juega el juego político, se debe comprender primero el significado del término "política", quién o qué es el gobierno y cómo funciona. Se debe además comprender el proceso legislativo y la forma de influir en él.

LA POLÍTICA: ¿QUE ES?

La política se define como: "El arte o la ciencia del gobierno político; se trata de una ciencia referente a la regulación y el control de las personas que viven en sociedad; una ciencia relacionada con la organización, dirección y administración de las unidades políticas (tales como las naciones o los Estados) tanto en los asuntos internos como externos; el arte de adecuar y ordenar las relaciones entre los individuos y grupos de una comunidad política; el arte o la ciencia concernientes a orientar o influir la política gubernamental; el arte o la ciencia relacionados con la consecución y la conservación del control sobre un gobierno (por medio de la selección del personal gubernamental, por ejemplo) comúnmente conocida como voto. La política es una rama de la ética relacionada con el Estado u organismo social como un todo más que con un ciudadano individual; una división de filosofía moral que se refiere a las relaciones éticas y a las responsabilidades de los gobiernos u otras organizaciones sociales". Al leer esta extensa definición, resulta difícil pasar por alto el repetido uso de dos palabras también frecuentemente utilizadas para describir enfermería como: "arte" y "ciencia" (1975, p. 1755).

Por otra parte, Masón, Talbot y Leavitt no definen la política como un arte o una ciencia sino como un proceso a través del cual uno influye las decisiones de otros y ejerce un control sobre las situaciones y los eventos (1993). Recuerde: poder es sinónimo de influencia. ¿A quién desean influir las enfermeras? ¿Qué es el poder? ¿Quién ostenta el poder? ¿Cómo lo obtienen las enfermeras?

El *poder* es la habilidad para obtener el respeto, influir a las personas y efectuar un cambio. Las enfermeras se encuentran en la posición ideal para realizar estas tres cosas. En el sitio de trabajo y en la comunidad, las enfermeras se encuentran en una posición única para poder ingresar a la vida, el hogar y el mundo de una

persona probablemente con mayor facilidad que cualquier otro profesional. Las enfermeras acompañan a las personas en los mejores y peores momentos. Ellas comparten los instantes más felices y más tristes de sus clientes. Las enfermeras los ayudan a traer nuevas vidas al mundo y los consuelan cuando el ser querido fallece. Ellas colaboran con las actividades cotidianas que los clientes consideran demasiado vergonzosas para solicitar la asistencia de los miembros de la familia u otros allegados. Cuando están enfermas, las personas no sólo consideran a las enfermeras como las encargadas de su atención, sus confidentes y su apoyo sino también como las expertas profesionales que los orientarán y ayudarán a recuperar su óptimo nivel de actividad. Otros profesionales pueden realizar algunas de estas cosas pero usualmente están entrenados para colaborar en un área específica de la atención de salud del individuo. Por ejemplo, un médico ayuda al paciente diagnosticando y curando una entidad patológica, el fisioterapeuta trabaja en la recuperación de una extremidad afectada y el nutricionista trabaja con el paciente en la elaboración y el seguimiento de un régimen dietético específico. Sin embargo, la enfermera se encarga de la totalidad de la persona. La gente respeta a las enfermeras por lo que son y por lo que ellas hacen.

La mayoría de las veces resulta más fácil influir a las personas cuando ellas respetan al profesional que cuando no lo hacen. Por tanto, si los pacientes, amigos, colegas, administradores y líderes comunitarios respetan a las enfermeras por lo que ellas representan y por lo que tienen que decir, tendrán mayor probabilidad de ser influidos por ellas. Por el contrario, si las personas perciben a las enfermeras como irresponsables, descorteses, inútiles, incompetentes y desinformadas, entonces la habilidad de las enfermeras para inspirar respeto o influir positivamente a las personas estará seriamente comprometida.

En resumen, el respeto puede llevar a la influencia y la influencia es lo que las enfermeras necesitan para lograr el cambio. En esto consiste la política y las enfermeras deben hacer parte de ella. Los políticos ya no se deben mirar como alguien por quien "los demás" deben preocuparse. En un estudio realizado en 1991, el cual examinó los niveles de participación política y las expectativas políticas de los profesionales de enfermería del estado de Nueva York en nueve papeles definidos (a saber: votante, monitor, candidato, jugador, negociador, líder, vocero, trabajador de la red o haciendo cabildeo) se encontró que aunque las enfermeras consideraron que es importante que sus colegas participen en estos nueve diferentes papeles políticos, ellas mismas no estaban involucradas (Leonard, 1994) (tabla 19-3). Este estudio también demostró que las enfermeras que pertenecían a organizaciones profesionales tenían una mayor participación política en los papeles de candidatos, jugadores y líderes (tabla 19-4). Por tanto, se puede concluir que para que las enfermeras continúen siendo jugadoras, ellas deben continuar participando y animando a otras enfermeras a participar en sus organizaciones profesionales.

EL GOBIERNO: ¿CÓMO FUNCIONA?

Antes de que las enfermeras puedan influir sobre las políticas gubernamentales, ellas deben comprender primero cómo funciona el Gobierno. El Gobierno es ese grupo de personas que constituye la autoridad dirigente de una unidad u organización política. Éste existe en muchos niveles diferentes. Una comunidad puede contar con un grupo dirigente y un sistema de gobierno local. Aunque esta entidad gubernamental local puede actuar independientemente en muchas áreas, está afectada por el funcionamiento del gobierno del municipio, condado, estado y federación. Es importante que la enfermera conozca todos estos grupos y sistemas



TABLA 19-3

COMPARACIÓN DE LOS PUNTAJES PROMEDIO DE LA PARTICIPACIÓN POLÍTICA SEGÚN FUNCIÓN DE LAS ENFERMERAS DE LA NEW YORK STATE NURSES ASSOCIATION (NYSNA) O LA NURSES ASSOCIATION OF THE COUNTIES OF LONG ISLAND (NACLI) Y LAS ENFERMERAS QUE NO SON MIEMBROS

Función	Enfermeras afiliadas		Enfermeras no afiliadas		F	P
	Promedio	(DE)	Promedio	(DE)		
Votante	11,19	(3,83)	10,44	(3,08)	0,80	>,05
Candidato	5,78	(3,28)	4,20	(2,42)	5,00	,02
Representante	5,23	(2,83)	3,88	(2,01)	4,91	,03
Monitor	9,23	(3,66)	9,44	(2,42)	0,07	>,05
Trabajador de la red	5,64	(3,01)	4,84	(2,48)	1,46	>,05
Portavoz	5,17	(2,99)	4,48	(2,66)	1,06	>,05
Negociador	6,02	(3,09)	4,68	(2,84)	3,75	>,05
Líder	5,56	(3,17)	4,24	(2,39)	4,29	,04
Cabildeo	5,30	(2,87)	4,52	(2,68)	1,47	>,05

NOTA: Tomado de "Levels of Political Participation and Political Expectation among Nurses in New York State" (p.19), de M. Leonard, 1994, *Journal of the New York State Nurses Association*, 25(1). Reimpreso con autorización.

dirigentes, la información sobre ellos se puede obtener a través de las juntas gubernamentales locales o en la biblioteca comunitaria. Este capítulo ofrece una breve visión global sobre cómo funciona el Gobierno federal y el estatal.

Gobierno federal

El Gobierno de Estados Unidos está establecido por la Constitución. La Constitución de Estados Unidos fue redactada en la Convención Constitucional de Filadelfia en 1787 y declarada efectiva el 4 de marzo de 1789. La Constitución estableció una república con un sistema federal en el cual se otorgan poderes extensivos a los estados. Actualmente, 50 estados conforman la unión federal.

El Gobierno federal tiene tres características manifiestas. En primer lugar, los poderes están divididos en tres ramas: legislativa, ejecutiva y judicial. Estas tres ramas existen tanto en el Gobierno federal como en los gobiernos estatales. En segundo lugar, el poder de cada uno de los cuatro elementos del Gobierno federal (el Senado, la Cámara de Representantes, el Presidente y las cortes federales) es limitado pues es compartido por uno o más de los elementos restantes. Por último, los diferentes procedimientos a través de los cuales son elegidos el Presidente, los senadores y los miembros de la Cámara de Representantes, hacen que cada uno sea responsable de un electorado diferente.

El poder ejecutivo federal es otorgado al Presidente, quien es elegido por un periodo de cuatro años y cuyo ejercicio está limitado por la vigésima segunda enmienda a dos periodos presidenciales consecutivos. El Presidente y el Vicepresidente son elegidos por un colegio electoral. El poder legislativo es conferido al Congreso de Estados Unidos. El Congreso está dividido en dos cámaras: el Senado y la Cámara de Representantes. El Senado cuenta con dos miembros por cada



TABLA 19-4
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE PARTICIPACIÓN Y EXPECTATIVAS POLÍTICAS EN NUEVE PAPELES POLÍTICOS

	Participación real		Participación esperada		P
	Promedio	(DE)	Promedio	(DE)	
Votante	11,00	3,68	13,00	2,72	6,53
Monitor	9,26	3,42	12,76	2,37	10,65
Candidato	5,42	3,17	11,20	3,35	13,93
Representante	4,93	2,72	10,96	3,48	14,23
Cabildeo	5,12	2,83	11,01	3,61	14,39
Negociador	5,45	3,08	11,64	3,35	14,53
Líder	5,31	3,06	11,35	3,47	15,25
Portavoz	4,99	2,92	11,15	3,47	15,33
Trabajador de la red	5,45	2,93	12,39	2,54	19,98

^a Todas las pruebas *f* son significativas en $P \geq .05$.

NOTA: Tomado de "Levels of Political Participation and Political Expectation among Nurses in New York State" (p.20), de M. Leonard, 1994, *Journal of New York State Nurses Association*, 25(1). Reimpreso con autorización.

estado quienes son elegidos mediante voto popular para periodos de seis años. Los miembros de la Cámara de Representantes también son elegidos mediante voto popular aunque por periodos de dos años. En el momento de la publicación de este libro no existe límite para los periodos de los senadores o de los miembros de la Cámara de Representantes. Cada cámara está constituida por diferentes comités tales como el Comité Financiero para la Atención de la Salud, el Comité Educativo y el Comité Laboral.

En la actualidad existen dos partidos principales en Estados Unidos: El Partido Demócrata y el Partido Republicano. El partido que cuenta con el mayor número de representantes en una o ambas cámaras es denominado partido mayoritario. El Presidente no necesariamente pertenece al mismo partido. El partido que no tiene la mayoría es denominado partido minoritario. Existe un líder minoritario en ambas cámaras. La importancia del partido que se encuentra en el poder puede observarse con claridad en la composición de los diferentes comités. Por ejemplo, si en el Senado los demócratas constituyen la mayoría, cada comité del Senado estará compuesto por una mayoría de demócratas y el presidente del comité será demócrata. Si los republicanos controlan la Cámara de Representantes, cada uno de los comités de esta cámara estará dirigido por un republicano y estará compuesto en su mayoría por republicanos. Dado que la mayoría de los proyectos de ley y acciones son aprobados por el voto mayoritario (la mitad más uno de la totalidad de los votos), el poder del partido que constituye la mayoría resulta bastante significativo.

Gobierno estatal

La estructura de cada gobierno estatal es similar a la del Gobierno federal. En éste existen tres ramas: (1) la rama ejecutiva, la cual está constituida por el Gobernador, que hace cumplir las leyes; (2) la rama legislativa, compuesta por la Asamblea

y el Senado, responsables de elaborar las leyes; y (3) la rama judicial, constituida por la Suprema Corte y la Corte de Apelaciones, las cuales interpretan las leyes.

La autoridad que preside la Asamblea es el presidente de la Asamblea. El líder mayoritario es miembro del partido que cuenta con el mayor número de miembros en la Asamblea. También existe un líder minoritario, miembro del partido que cuenta con el menor número de miembros. En la Asamblea existen muchos comités diferentes, cada uno de los cuales es presidido por un miembro del partido mayoritario.

La autoridad que preside el Senado es el Presidente *pro tempore* y el líder mayoritario. En el Senado, igual que en la Asamblea, también existe un líder minoritario y los comités están todos presididos por miembros del partido mayoritario.

PROCESO LEGISLATIVO: ¿COMO UN PROYECTO DE LEY SE CONVIERTE EN LEY?

Es muy importante que los profesionales de enfermería comprendan cómo se convierte en ley un proyecto de ley puesto que es durante este proceso que ellos pueden ejercer su influencia sobre la legislación propuesta, la cual puede afectar su vida y la vida de sus pacientes y seres queridos.

Proceso legislativo federal

Todo proyecto de ley comienza con una idea. Como puede observarse en el ejemplo al finalizar este segmento, cualquiera puede desarrollar una idea para un proyecto de ley; es decir, las enfermeras pueden generar ideas que finalmente se convierten en proyectos de ley y en leyes. La idea para un proyecto de ley es entregada a un legislador que, se confía, va a apoyarla. El legislador discute luego la idea y su finalidad con uno de sus asesores. Este asesor es usualmente miembro del equipo del legislador que cuenta con la mayor experiencia en el área respectiva. El asesor investiga la idea, reúne la información adicional y redacta un proyecto de ley que será presentado por el legislador. El proyecto de ley es presentado bien sea mediante su entrega al escribano de la Cámara o su colocación en una caja denominada tolva. Para anunciar la presentación de un proyecto de ley, el legislador debe obtener primero el reconocimiento de la **autoridad regente**. Si existe objeción por parte de alguno de los senadores restantes, la presentación del proyecto de ley es pospuesta para el día siguiente.

Autoridad regente. Este es el líder de una Cámara específica. El legislador es miembro del partido mayoritario.

Después de que el proyecto de ley es presentado, se le asigna un número. Cada número va precedido de un prefijo que identifica a los proyectos de ley como provenientes de la Cámara (C.R.) o del Senado (S.). El proyecto de ley es reseñado entonces con el nombre del patrocinador y enviado a la Oficina Gubernamental de Impresiones. Luego, el proyecto de ley es remitido al comité correspondiente. Técnicamente esta remisión es considerada la "primera lectura". Los proyectos de ley relacionados con la atención de la salud son enviados al Comité de Energía y Comercio de la Cámara y su Subcomité para la Salud y el Ambiente. Los proyectos de ley relacionados con el seguro o la retribución de un tercer partido, tales como Medicare y Medicaid, son remitidos al Comité de Procedimientos y Medios de la Cámara y su Subcomité de Salud.

A continuación, el proyecto de ley es incluido en el calendario del comité para su revisión, y se establecen sus posibilidades de aprobación. Es aquí donde la mayoría de proyectos de ley son descartados puesto que la incapacidad de un comité para impulsar un proyecto de ley lo elimina de modo eficaz. Los proyectos

de ley para la atención de salud presentados al Senado son revisados por el Comité de Trabajo y Recursos Humanos. La legislación referente a los programas de salud en el Acta de Seguridad Social es revisada por el Subcomité de Salud del Comité Financiero del Senado. Usualmente, la primera acción del comité sobre el proyecto de ley consiste en solicitar el concepto de las agencias gubernamentales interesadas. El proyecto de ley también puede ser asignado a un subcomité para su estudio o para sostener audiencias. La **audiencia** puede ser pública, cerrada (sesión ejecutiva) o ambas.

Posteriormente, el proyecto de ley es llevado de nuevo al comité en pleno para su votación. Esto se denomina "ordenamiento de un proyecto de ley presentado". Se prepara un informe que describe los propósitos del proyecto de ley y las revisiones llevadas a cabo por el comité. El informe también indica todos los cambios propuestos para la ley existente. Incluidas en este reporte se encuentran las manifestaciones de desacuerdo de los miembros minoritarios del comité. Las enmiendas al proyecto de ley pueden ser propuestas pero el comité debe aprobar, rechazar o cambiar las enmiendas del comité antes de votar el proyecto de ley.

El proyecto de ley es incluido en el correspondiente **Calendario de la Cámara** (tabla 19-5). En la Cámara de Representantes de Estados Unidos existen cinco de tales calendarios, cada uno diseñado para manejar diferentes clases de proyectos de ley. En el Senado existe únicamente un calendario legislativo así como un único calendario ejecutivo para los tratados y los nombramientos.

Los proyectos de ley usualmente son debatidos cuando se presentan en el hemiciclo. En el Senado, cada senador cuenta con cinco minutos para debatir cada proyecto de ley que es anunciado en el Calendario del Senado. En la Cámara, la duración del debate está determinada por diversos factores y puede prolongarse por diferentes periodos. Es importante cabildar a un legislador antes de que el proyecto de ley sea remitido a un calendario, de modo que el legislador cuente con el aporte de una persona y esté al tanto de los intereses particulares de ese individuo.

Audiencia. Se trata de una reunión convocada en una fecha fijada con objeto de presentar un proyecto de ley ante el público o ante un comité ejecutivo para escuchar el testimonio y la discusión del proyecto de ley propuesto.

Calendarios de la Cámara. Una vez que el comité de una Cámara reporta una medida al hemiciclo, ésta es automáticamente referida a un Calendario donde espera la acción del hemiciclo.



TABLA 19-5

LOS CINCO CALENDARIOS DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES DE ESTADOS UNIDOS

- 1 **El Calendario de la Unión,** al cual son remitidos los proyectos de ley para la recolección de las rentas públicas, los proyectos de ley de apropiaciones generales y todas las medidas para la apropiación directa o indirecta de dineros o propiedades. Es el Calendario del Comité de la Cámara Plena en el estado de la unión.
- 2 **El Calendario de la Cámara,** al cual son enviados los proyectos de ley de carácter público que no recogen rentas públicas o no apropian dinero o propiedades.
- 3 **El Calendario de Consentimiento,** al que son remitidos los proyectos de ley no polémicos en su naturaleza, los cuales son aprobados sin un debate cuando el Calendario de Consentimiento es convocado el primer y tercer lunes de cada mes.
- 4 **El Calendario Privado,** al cual son enviados los proyectos de ley para aplacar la naturaleza de las demandas contra Estados Unidos o los proyectos de ley de inmigración de carácter privado que son aprobados sin debate cuando el Calendario Privado es convocado el primer y tercer martes de cada mes.
- 5 **El Calendario de Descargo,** al cual son remitidas las mociones para descargar a los comités cuando las firmas necesarias son estampadas en una petición de descargo.

NOTA: Tomado de "House and Senate Rules of Procedure: A Brief Comparison" (p. 3), *Congressional Research Service Report for Congress*, 1990, Washington, DC: La autora. Adaptado con autorización.

Tanto en la Cámara como en el Senado, los proyectos pueden ser votados repetidamente antes de ser aprobados o rechazados. Los votos pueden ser emitidos de las siguientes maneras: (1) un voto de voz no tabulado, (2) un voto de pie o (3) un llamado a lista registrado electrónicamente mediante el cual se asientan los votos de cada legislador a favor y en contra. Este tercer tipo de votación es el más esclarecedor para el público puesto que es la única forma de votación que registra cómo ha votado cada legislador respecto a un proyecto de ley. También existe un *escrutador de votos*, el cual es utilizado únicamente en la Cámara. Este sistema de votación proporciona únicamente los votos totales; no identifica cómo ha votado un legislador en particular.

Una vez que el proyecto de ley ha pasado una cámara es enviado a la siguiente. El segundo cuerpo legislativo puede escoger una de varias opciones. Puede aprobar el proyecto de ley tal como ha sido recibido, conservando el lenguaje de la otra cámara; puede enviarlo a un comité para su revisión y posible modificación; o puede rechazar el proyecto de ley. Finalmente, si la segunda cámara está preparando su propia versión del proyecto de ley propuesto, puede sencillamente ignorarlo. Esto ocurre a menudo cuando la mayoría del Senado pertenece a un partido y la mayoría de la Cámara pertenece al partido contrario.

Después de que el proyecto de ley ha sido aprobado tanto por la Cámara como por el Senado es enviado a la Casa Blanca, donde espera la acción del Presidente. Existen dos maneras por las cuales el Presidente puede aprobar un proyecto de ley y dos maneras por las cuales el Presidente puede negarse a su aprobación. Para aprobar un proyecto de ley, el Presidente estampa su firma y la fecha, escribiendo en ocasiones "Aprobado" sobre el documento. Un proyecto de ley también puede ser aprobado si el Presidente no lo firma en el transcurso de los diez días siguientes a la recepción del mismo (exceptuando los domingos) y el Congreso se encuentra en sesión. El Presidente veta un proyecto de ley rehusando firmarlo y retornándolo al Congreso junto con la explicación de su negativa en un periodo de diez días. El Presidente también puede utilizar lo que se conoce como el *veto de bolsillo*. Este procedimiento es seguido cuando el Presidente no ha firmado un proyecto de ley y el Congreso levanta las sesiones antes de diez días. El Congreso puede invalidar el veto del Presidente y decretar el proyecto de ley si consigue las dos terceras partes de los votos en ambas cámaras mientras haya quorum; este voto debe hacerse mediante llamado a lista. Cuando el proyecto es finalmente aprobado, se le otorga un número de ley.

Proceso legislativo estatal

Como se observa en la figura 19-1, el proceso legislativo estatal es similar al proceso legislativo federal; es decir, se desarrolla la idea de un proyecto de ley, dicho proyecto es trazado e introducido en la Asamblea o el Senado y remitido al comité correspondiente en cada cámara. Allí se debate y se reporta al cuerpo legislativo siendo eliminado por votos o descartado por la falta de interés. El proyecto de ley es enviado entonces a un segundo y tercer calendario de lectura siendo nuevamente encomendado a un comité o debatido. Si el proyecto de ley pasa, es remitido a la otra Cámara donde es debatido. Si pasa la segunda Cámara, se envía al Gobernador para su aprobación o veto. Si es aprobado, el proyecto de ley se convierte en ley pública. Si el Gobernador lo veta, aún puede convertirse en ley si pasa de nuevo por ambas cámaras obteniendo las dos terceras partes de los votos.

ESTUDIO DE CASO: ESTUDIO DE UN CASO POLÍTICO

Virginia Murphy, una enfermera que ejerce privadamente en un condado rural, recientemente consideró invitar a otra enfermera a unirse a ella y expandir así su práctica. La práctica de la enfermera Murphy está relacionada principalmente con pacientes oncológicos. Ella rutinariamente ve a los pacientes en su consultorio pero también los visita en sus hogares cuando es necesario. La enfermera Murphy generalmente ejerce la enfermería tradicional pero ha incorporado a su ejercicio algunas modalidades alternativas de curación. Su excelente atención integral de enfermería y su perspicacia para los negocios han dado como resultado una práctica floreciente.

Cuando la enfermera Murphy hizo el primer intento por ampliar su práctica vinculando a otra enfermera, la Home Care Association le indicó que dado que ella y su compañera estarían efectuando visitas domiciliarias, debían obtener primero la licencia como agencia de atención domiciliaria. Uno de los pasos para la obtención de la licencia comprende la solicitud de

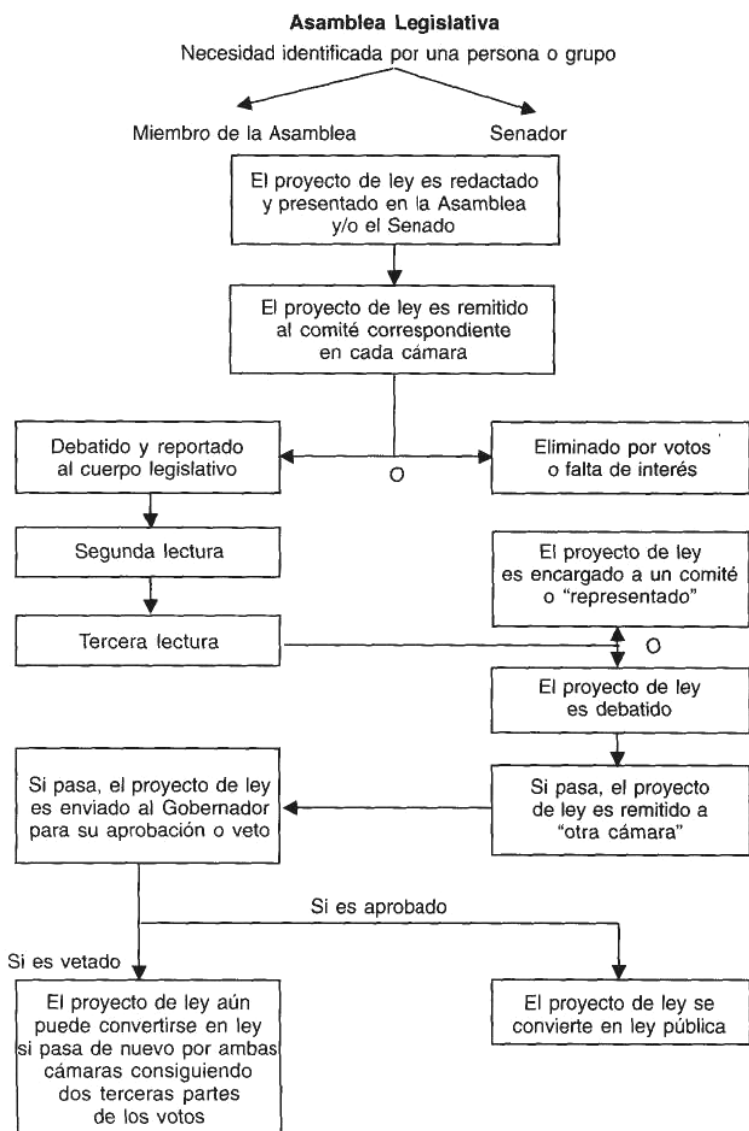


FIGURA 19-1

Cómo un proyecto de ley se convierte en ley. (NOTA: Tomado de *The Legislative Process* [p.3], de New York State Nurses Association, 1993, Guilderland, Nueva York: La autora. Reimpreso con autorización).

Amigo de enfermería. Título otorgado a un legislador que ha demostrado estar accesible a los profesionales de enfermería, abierto a los puntos de vista de aquellos y cuyo registro de votación sobre los temas que son importantes para la profesión está acorde con el cabildeo hecho por los enfermeros a favor o en contra.

Proyecto de ley muerto. Un proyecto de ley que no consigue ser probado durante las sesiones legislativas, se considera muerto. Para revivirlo la legislación puede presentarlo como un nuevo proyecto de ley con un nuevo número y nuevos patrocinadores en una próxima sesión.

un Certificado de Necesidad (CDN) al Departamento de Salud, lo cual puede constituir un prolongado proceso. La enfermera Murphy se disgustó por el hecho de que las enfermeras fuesen los únicos profesionales de la atención de salud que deben someterse a este proceso. Ni los médicos en su área, ni los fisioterapeutas, quiroprácticos y nutricionistas necesitan ser autorizados como agencias de atención domiciliaria pese al hecho de que ellos también realizan visitas domiciliarias ocasionales. La restricción sobre las enfermeras la afectó por ser excluyente e injusta.

La enfermera Murphy decidió que ella no iba a cruzarse de brazos. Se aseguró de conocer todos los aspectos y la exactitud de su información, seguidamente se dirigió a su legislador local. Ella le explicó el asunto y le solicitó su colaboración para cambiar esta ley. Al mismo tiempo, percatándose de que en los números existe poder, buscó ayuda en la State Nurses Association (SNA).

Las enfermeras de la SNA elaboraron una carta describiendo los principales elementos que les gustaría ver en un proyecto de ley y la enviaron al congresista de la enfermera Murphy, quien era considerado un **"amigo de la enfermería"**. El congresista acordó promover ese proyecto de ley y llevarlo ante el comité correspondiente.

Como miembro del partido mayoritario y sincero creyente en el proyecto de ley, el congresista fue capaz de resistir la oposición al mismo. La oposición provino principalmente de la HCA. La HCA cabildeó firmemente contra el proyecto de ley, argumentando que si las enfermeras eran capaces de mantener una práctica con más de una enfermera y hacer visitas domiciliarias a sus clientes, ellas estarían en competencia directa con las agencias licenciadas para la atención domiciliaria. Éste, por supuesto, no era el propósito del proyecto de ley.

Hasta la fecha, los esfuerzos de cabildeo de la HCA han tenido éxito en el Senado pero no en la Asamblea. El proyecto de ley ha estado en pie durante varios años. En una ocasión hubo un proyecto de ley en la Asamblea y un proyecto de ley acompañante en el Senado. La Asamblea lo aprobó, pero en el Senado éste nunca pasó del comité, lo cual efectivamente lo eliminó. Este proyecto de ley es considerado entonces un **proyecto de ley muerto**. Este año existe un nuevo proyecto de ley. Aunque ya fue aprobado por la Asamblea, hasta la fecha carece de un defensor en el Senado. Sin embargo, la enfermera Murphy y la SNA no han perdido la esperanza.

*E*STRATEGIAS DE CABILDEO: ¿CÓMO LOGRAR

QUE SU MENSAJE PROSPERE?

El cabildeo es una industria multimillonaria en Estados Unidos. Algunas personas consideran el cabildeo como un derecho divino mientras otras lo consideran obra del diablo. Bien sea que agrade o no, se apruebe o se condene, se debe saber que el cabildeo es considerado la manera más efectiva de conseguir los cambios legislativos en este país. Quienes cabildean tienen diferentes aspectos y distintos niveles de sofisticación oscilando entre el firmante ocasional de una petición hasta el asalariado que cabildea de tiempo completo. Aunque es difícil calcular cuántos individuos se dedican a esta actividad, la oficina gubernamental que lleva el registro de quienes cabildean activamente informa que existen aproximadamente 6.000 individuos u organizaciones representando aproximadamente a once millones de clientes. Se calcula que el número real puede ser hasta cuatro veces mayor (Sachs, 1991).

Cabildeo: ¿En qué consiste?

De acuerdo con Richard Sachs, un analista del Gobierno de Estados Unidos, *define cabildeo* como el proceso para conseguir las metas de la política pública, con mayor

frecuencia por parte de grupos de intereses privados, mediante una selecta aplicación de la presión política (Sachs, 1991). En Estados Unidos, cabildear es una actividad protegida por la Primera Enmienda, la parte de la Constitución que garantiza los derechos de libre expresión, congregación y petición de la rectificación de injusticias por parte del Gobierno.

El cabildeo corresponde en realidad a una forma importante del arte de influir a las personas. Cada minuto de cada día alguien en algún lugar está cabildeando a alguien por algún motivo. Las personas cabildean formal e informalmente a diferentes personas por distintas razones y causas. Por ejemplo, un hijo puede cabildear a uno de sus progenitores con el ánimo de obtener su autorización para efectuar un viaje especial con sus amigos, un empleado puede cabildear a su jefe por un aumento de sueldo o un profesional de enfermería puede cabildear a un administrador para conservar un cargo de enfermería. Para los propósitos de este capítulo, el cabildeo es considerado a mayor escala; las enfermeras pueden cabildear a quienes hacen las políticas de modo que la atención de salud de la comunidad pueda ser preservada o mejorada. Por tanto, se evalúa el modo por el cual quien cabildea persuade a los hacedores de la política pública para adoptar cierto curso de acción.

Existen muchas estrategias diferentes para el cabildeo, incluyendo la redacción de cartas, las llamadas telefónicas, el envío de fax y mensajes a través del correo electrónico, el uso de Internet, la remisión de postales y la realización de visitas personales al legislador. Algunas de estas estrategias, junto con sus explicaciones detalladas, son presentadas a continuación.

Organización de una campaña popular. Una manera para mejorar la efectividad de sus esfuerzos de cabildeo consiste en organizar una red *popular*. Cualquiera puede cabildear a título personal, pero el poder está en los números. Primero que todo, la enfermera debe investigar el asunto en forma exhaustiva; difícilmente podrá convencer a alguien para cabildear por una causa si ella misma no conoce el tema. Además, siempre resulta más sencillo lograr que las personas participen en un asunto si éste las afecta directamente.

Luego, la enfermera debe identificar entre su círculo inmediato de amistades a las personas interesadas en participar. Si es posible, puede organizar una reunión para explicar el asunto, describir las estrategias de cabildeo y elaborar una lista de los individuos que serán objeto del mismo.

A continuación debe solicitar a cada persona del grupo principal los nombres de cinco personas a las cuales podría contactar para colaborar en este esfuerzo de cabildeo.

Seguidamente debe realizar una lista que contenga todas las instituciones de atención de salud y facultades de enfermería del área y el nombre de una persona clave en cada una de las instituciones identificadas. Posteriormente, un individuo del grupo principal debe ponerse en contacto con esa persona clave. A esa persona se le debe preguntar si estaría interesada en actuar como enlace entre el grupo principal y las enfermeras de su institución. Se espera que actuando como enlace, esa persona distribuya la información del cabildeo entre sus colegas. La cooperación obtenida en este nivel generalmente es considerable puesto que las personas no consideran molesta esta función.

Finalmente, debe elaborar una lista denominada *árbol telefónico*, la cual incluye los números de contacto, de modo que el grupo y las personas identificadas como contactos clave la utilicen para trabajar cuando llegue el momento de actuar respecto a un tema específico. El árbol telefónico es una herramienta de cabildeo muy efectiva.

Por favor, tenga en mente que las personas incluidas en la red popular no tienen que ser enfermeras; puede tratarse de miembros de la familia, amigos y conocidos. También es importante tratar respetuosamente a todos aquellos que trabajan en la red. Conserve abiertas las líneas de comunicación en ambos sentidos. Permita que las personas sepan que su aporte es valioso. Los proyectos de trabajo deben estar bien organizados, de modo que siempre haya algo que hacer cuando estos colaboradores llamen para ofrecer voluntariamente su ayuda. Procure que trabajar en los proyectos de la campaña resulte divertido; ofrezca café siempre que sea posible y, lo que es más importante, agradezca siempre a los trabajadores por lo que ellos hacen y demuéstreles su aprecio. Recuerde: generalmente estas personas están aportando su tiempo en forma voluntaria.

Campaña con postales. Para poner en movimiento una exitosa campaña con postales, será útil que la red popular se encuentre establecida. La campaña con postales es simple: se trata de un esfuerzo organizado para enviar a los legisladores seleccionados tantas postales como sea posible con el mensaje del cabildeo. (Por favor, recuerde que las personas incluidas como trabajadoras de la red popular no tienen que ser enfermeras; pueden ser miembros de la familia, amigos o conocidos). La campaña con postales puede ser llevada a cabo de distintas maneras. Por ejemplo, se puede solicitar a los miembros de la red enviar sus propias postales a los legisladores seleccionados, redactar sus propios mensajes y asumir los costos del correo. O bien, el profesional de enfermería puede suministrar las postales con el mensaje impreso, con o sin el valor de su envío.

Campaña de telecomunicaciones. Aunque en esta época de sofisticados sistemas de telecomunicación es usual que las enfermeras utilicen medios diferentes al teléfono para contactar a sus legisladores, durante años el teléfono ha sido un medio rápido y fácil para contactar a los legisladores o sus ayudantes con objeto de discutir asuntos de interés. Al utilizar el teléfono, asegúrese de mencionar su nombre y toda credencial que usted desee que sea reconocida. Solicite el nombre de la persona con la cual usted está hablando y su cargo. Sea breve y conciso. Registre la llamada en sus anotaciones.

Correo electrónico y fax. En el avanzado tecnológicamente mundo de las comunicaciones de hoy, la mayoría de legisladores pueden ser contactados a través de estos medios. De nuevo, las personas de la red pueden redactar sus propios mensajes sobre el tema del cabildeo o éste puede ser suministrado por el profesional de enfermería. En cualquier caso, la enfermera debe ofrecer a la red toda la información para contactar a los legisladores seleccionados.

Internet y la red mundial. Dado que la participación en la autopista de la información aumenta día a día, es importante establecer cuántas personas en la red popular pueden emplear este modo de comunicación en sus esfuerzos de cabildeo.

Redacción de cartas. Aunque redactar cartas es una habilidad que la mayoría de las enfermeras considera que ya posee, la redacción de las cartas como estrategia de cabildeo posee una serie de reglas particulares, a saber:

1. Siempre que sea posible escriba a mano sus cartas o, cuando menos, los sobres. Es más probable que un sobre manuscrito sea abierto que aquel marcado con una etiqueta o en el cual la información ha sido mecanografiada.

2. Confirme que ha utilizado correctamente el título del legislador y que su nombre se encuentra cabalmente deletreado.
3. Digite o escriba en forma legible; si el legislador o su ayudante no pueden leer el mensaje, el propósito del mismo se verá frustrado.
4. Verifique que su nombre y dirección figuren en la carta y en el sobre.
5. Firme la carta, con su título después del nombre.
6. Identifíquese como un votante inscrito y, si es aplicable, asegúrese de mencionar que usted es un constituyente.
7. Identifíquese como miembro de los grupos a los cuales está afiliado (por ejemplo, la ANA, la Asociación de Padres y Profesores, el grupo de su iglesia local).
8. Exponga el asunto de su interés.
9. Límite su carta a un solo tema y sea conciso.
10. Suministre el número del proyecto de ley y las estipulaciones clave (por ejemplo, proyecto de ley número S _____ el cual señala que _____).
11. Mencione su relación con el proyecto de ley, por ejemplo, "Este proyecto de ley tendrá un efecto negativo directo sobre los clientes a los cuales atiendo".
12. Respalde su posición; por ejemplo, "Este proyecto de ley, el cual exige un pago complementario de los servicios de atención de salud por parte de las personas cubiertas por Medicaid, dará como resultado una reducción de los servicios disponibles para la atención de salud. Para muchos de mis clientes, la aprobación de esta legislación significará tener que escoger entre la obtención de la necesaria atención de la salud o la adquisición de alimentos".
13. Solicite claramente la acción respecto al proyecto de ley; por ejemplo, "Le pido votar contra el proyecto de ley número S. _____ o el proyecto de ley número C.R. _____". En ocasiones, esta es la única parte de la información que en realidad es transmitida al legislador. Recuerde que la mayor parte de los legisladores no abren ni leen personalmente la correspondencia.
14. Escriba en forma clara y concisa utilizando un lenguaje directo.
15. Adopte un tono razonable y respetuoso. Y recuerde: "La miel atrae a las abejas".
16. Solicite una respuesta.

Cabildeo frente a frente. Visitar al legislador y discutir sus asuntos cara a cara es una manera muy efectiva de cabildear. Sería maravilloso que su buena suerte le permitiera reunirse realmente con su legislador pero ese no siempre es el caso. Muy pocas visitas de cabildeo son llevadas a cabo mientras el legislador se encuentra presente. En cambio, es más probable que usted se reúna con el asesor del legislador. No se preocupe. La mayoría de las veces usted es mejor atendido cuando se reúne con el asesor porque generalmente se trata de la persona que maneja el tema de su interés.

Cualquiera puede cabildear, pero sus esfuerzos de cabildeo deben producir un impacto. A continuación encontrará algunas recomendaciones para obtener el máximo provecho de su visita de cabildeo.

1. Llame a la oficina del legislador y solicite una cita. Para aumentar sus posibilidades de llevar a cabo esta reunión, usted debe tener siempre en cuenta el calendario legislativo. ¿Durante cuáles días estará el legislador en sesión? Este calendario de sesiones también tendrá un efecto sobre el día en el cual usted desea visitar al legislador. ¿Desea reunirse en la oficina local del legislador o en su oficina principal?
2. Haga su trabajo. Asegúrese de que usted comprende el tema que desea discutir. Además, trate de descubrir la posición del legislador respecto al asunto.

Una revisión de su registro de votación o los artículos periodísticos relacionados con el tema le ayudarán a establecer este punto.

3. Llegue puntualmente a su cita.
4. Si existe un libro de firmas, asegúrese de firmarlo.
5. Lleve el material impreso que describa su posición sobre el tema y cualquier información adicional que desee que el legislador conozca. Usted puede entregarle este material al legislador en el momento mismo de su ingreso. Usted puede decir, "Aquí está la información referente a _____, la cual me gustaría discutir con usted hoy". Esto permite al legislador dirigir su atención a lo que usted tiene que decir sin tener que preocuparse por tomar anotaciones.
6. Diríjase al legislador utilizando su título (por ejemplo, senador Brolly).
7. Al hacer su presentación, entregue al legislador su tarjeta personal.
8. Enuncie claramente el asunto y su posición. Permita que el legislador manifieste la suya propia. Conceda tiempo para el diálogo.
9. Ofrezca al legislador su experiencia en temas de atención de la salud. Ofrezcase como recurso humano, como miembro de cualquier fuerza laboral que él pueda crear o para asistir a toda reunión que sea convocada.
10. Agradézcale por dedicarle su tiempo y repita su solicitud; por ejemplo, "Gracias por su tiempo senador Brolly. Ha sido un placer reunirme con usted y espero que apoye el proyecto de ley número S. _____".
11. Envíe una carta agradeciendo de nuevo al legislador por destinar parte de su valioso tiempo para reunirse con usted. Repita el mensaje de su cabildeo.

Todos estos pasos deben ser realizados, bien sea que usted se reúna con el legislador o con su ayudante.

Estrategias de cabildeo: algunos consejos adicionales. Respecto a todas las estrategias aquí mencionadas es importante anotar que *¡la selección del momento oportuno lo es todo!* Contacte a su legislador antes de que el asunto en el que usted está interesado sea considerado o mientras se encuentra en consideración. No es perjudicial comenzar a cabildear a su legislador con demasiada anticipación respecto a un asunto, pero usted puede perder todo el impacto que podría haber producido si lo hace demasiado tarde, es decir, después de que el proyecto de ley ha pasado una cámara en particular, ambas cámaras o la rama ejecutiva.

Algo que las enfermeras deben tener en cuenta es que, aunque un legislador tenga el poder para actuar en un proyecto de ley que puede interesarles, ellas tienen el poder de votar para que ese mismo legislador sea nombrado o removido de su cargo. Recuerde: el poder está en el voto y usted vota.

Las contribuciones a la campaña y los Political Action Committees (PAC). Una de las estrategias más poderosas de cabildeo incluye la realización de contribuciones económicas a la campaña de un político. Durante muchos años, esta parte del juego político fue desempeñada principalmente por un selecto grupo; estos actores representaban los negocios, el comercio, el trabajo y la agricultura. No obstante, recientemente Washington ha sido testigo de la diversificación de los grupos de interés especial; en la actualidad quienes cabildean representan a las profesiones, la educación, el bienestar, la ciencia, las artes, los grupos de interés público y el consumidor.

Esta forma de cabildeo ha generado una enorme controversia. Aquellos que lo consideran una fuerza positiva, opinan que facilita el flujo de conocimiento y el entendimiento hacia y desde el Gobierno. El cabildeo es percibido por estas personas como una actividad que estimula la participación y el compromiso de los ciudadanos en el funcionamiento gubernamental. Sin embargo, también hay mu-

chos estadounidenses que perciben el cabildeo como una fuerza perjudicial. Ellos consideran que quienes cabildean y los grupos de interés especial por ellos representados están ejerciendo una influencia que no favorece el interés del público; un ejemplo es el cabildeo de la industria tabacalera. Los críticos también sostienen que muchas actividades de cabildeo son realizadas en secreto, evitando deliberadamente el escrutinio público. Para quienes se oponen al cabildeo, las contribuciones a las campañas y las relaciones sociales con las autoridades elegidas o designadas, no sólo son desagradables sino ilegales o impropias. Estas mismas personas consideran que el cabildeo y quienes lo practican son obstáculos en el proceso de toma de decisiones del Gobierno.

Muchas personas consideran que los individuos que hacen cabildeo se encuentran en posición de comprar el voto de un legislador por medio de las contribuciones no declaradas a la campaña, costosos viajes y regalos hechos al legislador, o a través de la malversación de los fondos del PAC. Por eso, la reforma de las campañas ha sido una pelota política candente durante varios años.

REGLAMENTACIONES DEL CABILDEO

El cabildeo es una industria muy difícil de controlar debido a la existencia de muchas áreas grises. La primera área gris se origina en la dificultad para establecer la diferencia entre socialización y cabildeo. ¿Cómo se puede reglamentar con quiénes pueden socializar los legisladores en sus propios hogares o durante sus vacaciones? La segunda área gris surge de la dificultad para diferenciar entre cabildeo e intercambio de información. Esta distinción resulta muy difícil de establecer cuando las conversaciones sobre los asuntos políticos tienden a ser consideradas como cabildeo siempre que participa un legislador. Finalmente, ha sido difícil regular el cabildeo debido a que los congresistas investigadores de las supuestas conductas deshonestas o actividades ilegales a menudo se convierten en el blanco de quienes cabildean y están siendo investigados. Este es casi el resultado natural de la investigación puesto que los individuos que practican el cabildeo tienen amigos en todas partes. Las amistades son un producto del cabildeo.

El Congreso, sin embargo, controla el cabildeo en forma restringida. A continuación se enumeran algunas de las leyes que deben ser conocidas por las enfermeras.

- **Apropiaciones de los servicios postales y del tesoro para el año fiscal 1996** [Ley Pública (L.P.) 104-52, C.R. 2020]. Una enmienda del Senado promovida por los senadores Simpson y Craig prohíbe el cabildeo por parte de ciertas organizaciones exentas de impuestos las cuales reciben asignaciones federales, incluyendo subvenciones y préstamos. Convertido en ley el 19 de noviembre de 1995.
- **Acta de 1995 para la delación del cabildeo** (L.P. 104-65, S. 1060). Esta acta exige la delación de todo cabildeo cuya intención sea influir al Gobierno federal. Además prohíbe que quienes cabildean den regalos a los miembros del Congreso y para otros propósitos. Convertido en ley el 19 de diciembre de 1995.
- El **Hatch Political Activities Act** limita las actividades políticas de los empleados gubernamentales de Estados Unidos. El Congreso aprobó el acta en 1939 y una enmienda importante en 1940. El acta de 1939 prohíbe a la mayoría de empleados federales participar activamente en las campañas políticas. La enmienda de 1940 extiende estas estipulaciones a la mayo-

ría de empleados locales y estatales en los proyectos patrocinados por el Gobierno federal. La enmienda de 1940 también estableció límites a las contribuciones de los individuos a las campañas, pero el Acta de 1971 sobre las campañas electivas federales eliminó los topes.

Aportes no financieros. Este es un término utilizado para describir las contribuciones profesionales, no monetarias, tales como servicios de impresión, llamadas telefónicas, etc.

El Acta de 1971 sobre las campañas electivas federales exigió el informe detallado tanto de las contribuciones como de los gastos de la campaña. En 1974, las enmiendas al Acta establecieron la financiación pública de las campañas presidenciales y crearon una agencia llamada Federal Election Commission para fortalecer las reglas. Las enmiendas limitaron además la cantidad que un individuo o grupo podía aportar a cualquier candidato. En 1976, la Suprema Corte de Estados Unidos dictaminó que únicamente los candidatos presidenciales que acepten la financiación pública deben ceñirse a los límites en los gastos.

La Comisión de Servicio Civil de Estados Unidos maneja las estipulaciones del Hatch Political Activities Act. El acta recibió el nombre de su promotor, el senador Cari Hatch de Nuevo México.

Naturalmente, todas estas leyes afectan la manera como cabildean las enfermeras y la ANA. Un PAC está limitado por la ley en cuanto a la cantidad que puede aportar a una campaña en dinero y servicios. El PAC-ANA debe también contratar a una persona calificada para preparar los informes financieros y los registros para su presentación. Sin embargo, es bueno saber que todos los PAC deben acatar estas mismas reglas y preceptos.

*L*AS ENFERMERAS Y LA POLÍTICA

La ANA es la organización profesional de enfermería, y representa aproximadamente a 2,2 millones de enfermeras. Las finalidades de la ANA son: (1) Trabajar por el mejoramiento de los estándares de la salud y para que los servicios de atención de la salud se encuentren disponibles para todas las personas; (2) propiciar altos estándares en la profesión, y (3) estimular y promover el desarrollo profesional de las enfermeras y de este modo mejorar su bienestar económico y general. La ANA cumple varias funciones, tres de las cuales son: (1) asumir un papel activo como defensor del consumidor; (2) representar y llevar la voz de la profesión ante grupos relacionados con la salud, organizaciones nacionales e internacionales, cuerpos gubernamentales y público en general, y (3) proteger y promover el avance de los derechos humanos relacionados con la atención de la salud y la enfermería. Estas tres funciones están directamente asociadas con la actividad política. No puede haber una defensa efectiva del consumidor sin actividad política; no puede haber una representación efectiva de la profesión de enfermería sin actividad política; y no puede haber una protección efectiva o un avance en los derechos humanos relacionados con la atención de la salud y la enfermería sin actividad política. Por tanto, la ANA ha trabajado arduamente para desarrollar su departamento de asuntos gubernamentales y acrecentar su viabilidad en el campo político.

Como se mencionó previamente, la política es el arte de influir en las personas y si se pretende ser defensor de los consumidores, las enfermeras y los derechos humanos, se debe ser capaz de influir en las personas. A través de su organización popular y su PAC, la ANA se ha convertido en una fuerza muy influyente en el campo político.

Es importante que las enfermeras comprendan cómo está organizada la ANA, cómo está organizada su SNA y de qué manera interactúan las dos organizaciones. Esta relación entre la ANA y la SNA no difiere de la relación entre el Gobierno

federal y los gobiernos estatales individuales. La figura 19-2 corresponde al organigrama de la ANA; muestra cómo las organizaciones estatales se relacionan con la ANA y de qué modo los componentes distritales se relacionan con las organizaciones estatales. En la parte superior del organigrama se encuentra el electorado. Aquí, igual que en los gobiernos federal y estatal, la voz más poderosa es la del votante.

Una de las maneras a través de las cuales la ANA realiza su cometido corresponde a los esfuerzos de cabildo organizados. El Nurses Strategic Action Team

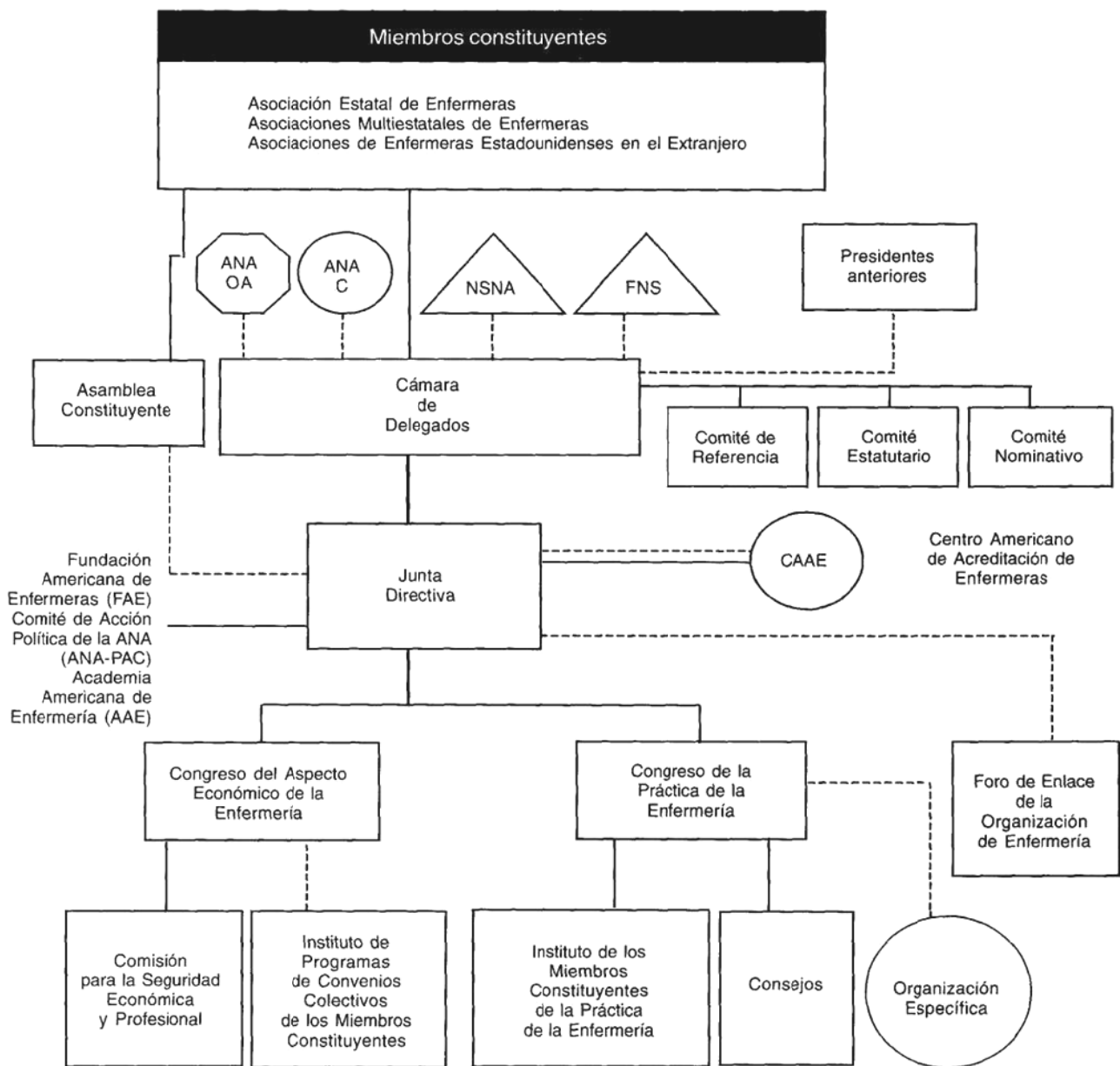


FIGURA 19-2 Organigrama de la American Nurses Association (ANA). [NOTA: Tomado de *American Nurses Association Bylaws as Amended July 2, 1995* (p. 45), ANA, 1995, Washington, DC: La autora. Reimpreso con autorización].

(N-STAT), una red popular de enfermeras coordinadas por la ANA en unión con la SNA, es el poder detrás de quienes cabildean por la ANA.

Todas las enfermeras del N-STAT son voluntarias conocedoras del papel crítico que juegan para impulsar la agenda política y legislativa de enfermería. Ciertas enfermeras del N-STAT son designadas como los enlaces entre la ANA y un congresista o senador; estas enfermeras son puestas al tanto de temas importantes para la enfermería a través de *Alertas de Acción y Actualizaciones Eolíticas*. Además, todas las enfermeras reciben una carta que esboza las prioridades legislativas, copias de *Capital Update* (carta legislativa de la ANA dirigida a las enfermeras) y un *Directorio del Congreso*.

En la SNA funcionan redes populares similares. En Nueva York, por ejemplo, hay enfermeras que actúan como enlaces entre la New York State Nurses Association (NYSNA) y los legisladores estatales. Estas enfermeras que actúan como enlaces son denominadas coordinadoras de distritos legislativos (CDL). Dadas sus facultades como enlace, estas profesionales se ponen en contacto con sus legisladores cuando quiera que se presente un asunto de interés para las mismas.

Según la ANA, la red del N-STAT cuenta con 40.000 enfermeras. Cuarenta mil enfermeras elevando una sola voz pueden ser escuchadas "clara y firmemente" en el Capitolio.

American Nurses Association Political Action Committee (ANA-PAC)

El ANA-PAC, tal como se conoce hoy, ha evolucionado a lo largo de las dos últimas décadas. La primera reunión formal del grupo de enfermeras que llegaría a ser conocido como Nurses for Political Action (NPA) tuvo lugar en la Universidad Adelphi el 10 de junio de 1971. Este grupo, compuesto por cerca de diez profesionales de enfermería, se reunió "para establecer de qué manera la profesión de enfermería podía ejercer mayor influencia en la atención de la salud en este país" (Rothenberg, 1985, p.133). Estos profesionales estaban molestos por el hecho de que "aunque las enfermeras constituían el mayor grupo individual de proveedores de atención de salud y pese a nuestra fundamental contribución a la misma, la profesión continuaba teniendo poco poder de influencia" (Rothenberg, 1985, p.133). Estas enfermeras eran conscientes del poder alcanzado por la American Medical Association (AMA) a través del American Medical Political Action Committee (AMPAC). Estas profesionales de enfermería decidieron que era necesario que la enfermería organizada contara con su propia rama de acción política. Dado que en ese momento no había un movimiento en sus SNA o la ANA para crear tal organización, estas diez enfermeras decidieron avanzar por su cuenta, confiando en que su nueva entidad finalmente se convertiría en la rama de acción política de la ANA. Para hacerlo se requería dinero. Estas enfermeras consiguieron el dinero necesario, prometiendo cada una de ellas prestar a las NPA 1.000 dólares, una enorme cantidad de dinero en 1972. Las NPA avanzaron, desarrollando una campaña popular en la cual las enfermeras difundieron el mensaje de la organización a otras enfermeras y organizaciones de enfermería. En enero de 1973 se llevó a cabo una reunión entre las NPA y la ANA para discutir la factibilidad de convertir a las NPA en el brazo político de la ANA. Los diálogos continuaron. La idea se estaba convirtiendo en una realidad. El 20 de septiembre de 1973, la junta directiva de la ANA votó a favor de la creación de un PAC. La nueva organización recibió el nombre de Nurses Coalition for Action in Politics (N-CAP). En la Convención de la ANA realizada en San Francisco en 1974, se anunció la institución de la N-CAP. En la actualidad, el ANA-PAC como se le conoce hoy día, ha experimentado un extraordinario crecimiento como

resultado del compromiso de miles de enfermeras con la acción política. Actualmente constituye el tercer más grande PAC de atención de la salud en Estados Unidos.

El ANA-PAC apoya a los candidatos a la oficina federal. El proceso de respaldo del ANA-PAC cuenta con el equipo de líderes de las SNA y N-STAT (es decir, SDC, CDC) para que aporten a cada candidato que está en consideración para ser respaldado. Los representantes de la SNA o del N-STAT se reúnen con los candidatos y revisan los registros de votación de éstos para conocer su posición respecto a temas relevantes para las enfermeras. Las evaluaciones que contienen las recomendaciones son redactadas y enviadas a la junta del ANA-PAC para su revisión. El ANA-PAC está dirigido por el Consejo de la ANA. Actualmente el Consejo es responsable tanto de la organización de las actividades del ANA-PAC para la recolección de fondos como de las actividades de apoyo al candidato. El Consejo del ANA-PAC vota respecto a los candidatos que desea respaldar para la elección o reelección y la cantidad de dinero o servicios que serán aportados. La cantidad de dinero que un PAC puede aportar a un individuo está limitada por una ley federal. Un PAC puede aportar hasta 5.000 dólares por candidato por elección. Las recomendaciones del PAC respecto al respaldo son enviadas a las SNA para su aprobación final. Las SNA pueden negarse a aprobar tal apoyo.

El ANA-PAC también ha tenido mucho éxito consiguiendo que los candidatos respaldados resulten elegidos para el cargo. Aproximadamente 77 por ciento de los candidatos apoyados en las elecciones de 1996 fueron elegidos.

RESUMEN

Este capítulo discute la importancia de la política para dar forma a las políticas actuales de atención en salud y explica cuan fundamental es que las enfermeras sean políticamente activos. También explica cómo pueden obtener y ejercer influencia política en sus sitios de trabajo y en sus vidas. Detalla muchas estrategias de cabildeo de modo que aquellas puedan ponerlas en práctica inmediatamente. Describe las reglas que regulan el cabildeo y las actividades desarrolladas por las personas que lo practican. Además, este capítulo explica los gobiernos federal y estatal de Estados Unidos y el proceso legislativo de cada uno de ellos. Igualmente describe la organización, el propósito y las funciones de la ANA en lo que se refiere al activismo político, e incluye el programa del N-STAT de la ANA y su PAC. Este capítulo enfatiza firmemente la importancia que para las enfermeras tiene pertenecer a organizaciones profesionales de enfermería y apoyar el ANA-PAC.

PALABRAS CLAVE

American Nurses Association (ANA)
Gobierno federal
Red popular
Proceso legislativo
Cabildeo
Nurses Strategic Action
Team (N-STAT)

Political Action
Committee (PAC)
Clima político
Golpe político
Política
Poder
Gobierno estatal

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas.

1. Tradicionalmente, las enfermeras han sido apolíticas porque:
 - A. La mayoría no saben de política.
 - B. Las enfermeras nunca han sido candidatas a un cargo político importante.
 - C. Están demasiado ocupadas atendiendo a sus pacientes como para involucrarse en política.
 - D. La mayoría sienten que la política está demasiado apartada de sus labores de atención.
2. El tema de la atención de salud ha sido considerado un "asunto candente" por las siguientes razones, excepto:
 - A. La atención de salud concierne a cada votante de cada político.
 - B. Los costos de atención en salud son un asunto importante del presupuesto.
 - C. Uno de cada 44 votantes registrados es un profesional de enfermería.
 - D. Los votantes supervisan las acciones del legislador respecto a los temas de atención en salud al decidir por quién votar.
3. ¿Cuál de las siguientes acciones está más directamente relacionada con el proceso legislativo?
 - A. Utilizar el Modelo de la Alianza para valorar *h.* salud de una comunidad.
 - B. Presentar a un legislador local una idea para un proyecto de ley relacionado con la salud.
 - C. Inmunizar a los no asegurados y deficientemente asegurados.
 - D. Enviar una carta al director del diario local con la referencia de las precarias condiciones de vivienda.
4. El siguiente es un ejemplo de una acción por parte de la rama ejecutiva del Gobierno:
 - A. Ordenar a un juez de familia emitir una orden de protección para una esposa víctima de abuso.
 - B. Votar en un comité del Senado sobre un proyecto de ley para incrementar el presupuesto de Medicaid.
 - C. La decisión del presidente de la Cámara de no actuar respecto a un proyecto de ley concerniente a la atención de salud.
 - D. El Presidente se niega a aprobar un proyecto de ley que ha superado ambas cámaras.
5. El curso más prudente de acción que deben seguir las enfermeras si desean influir positivamente en la política y la práctica de atención en salud es el siguiente:
 - A. Presentar al mayor número posible de legisladores "amigos de la enfermería" tantas ideas para proyectos de ley como sea posible.
 - B. Esperar a que el Congreso presente un proyecto de ley que parezca acorde con la agenda de enfermería.
 - C. Presentar una idea para un proyecto de ley a un legislador perteneciente al partido mayoritario buscando su apoyo.
 - D. Asistir a las audiencias públicas de todos los proyectos de ley relacionados con la salud.

6. Una de las estrategias de cabildeo más efectivas para los profesionales de enfermería consiste en:
 - A. Hablar con los clientes para descubrir cuáles son los temas políticos de su interés.
 - B. Organizar una campaña popular.
 - C. Identificar los asuntos que motivan en ellas una mayor preocupación.
 - D. Llamar al legislador de un distrito vecino para pedirle que vote a favor de la remuneración de las enfermeras por parte de un tercer partido.
7. Los factores que más han contribuido al éxito de la American Nurses Association Political Action Committee (ANA-PAC), incluyen todos los siguientes excepto:
 - A. El establecimiento del Nurses Strategic Action Team (N-STAT).
 - B. La capacidad de la profesión de enfermería para recolectar los dineros para el PAC.
 - C. La aprobación del Acta de 1995 para la delación del Cabildeo.
 - D. La habilidad de la ANA para ser reconocida como uno de "los actores".
8. Al planear una reunión frente a frente con un legislador para cabildear por la aprobación de un proyecto de ley en particular, el profesional de enfermería debe hacer todo lo siguiente excepto:
 - A. Cancelar la reunión si el legislador no se encuentra disponible.
 - B. Presentar por escrito una declaración sobre su posición y ser capaz de exponerla claramente.
 - C. Identificarse como enfermera y si es posible como votante.
 - D. Cabildear al legislador respecto a temas oportunos.
9. Generalmente, las enfermeras que son políticamente activos en la comunidad:
 - A. No son enfermeras que prestan atención directa.
 - B. Trabajan con el equipo interdisciplinario y el cliente para influir sobre la adjudicación de los recursos.
 - C. No asisten a las reuniones municipales puesto que éstas no se encuentran incluidas en la descripción de sus ocupaciones.
 - D. Se percatan de que únicamente los asuntos que afectan la prestación de los servicios de salud de la comunidad son aquellos en los cuales deben involucrarse los profesionales de enfermería.
10. En el Modelo de Alianza, la enfermera de salud comunitaria trabaja de la siguiente manera con el equipo interdisciplinario para influir sobre el círculo interior, el cual se refiere a las decisiones para la adjudicación de los recursos:
 - A. Tornándose políticamente activo en la comunidad local.
 - B. Coordinando la atención del equipo interdisciplinario.
 - C. Identificando los asuntos que pueden tener un efecto negativo en la salud de la comunidad.
 - D. Sugiriendo a los clientes abandonar la comunidad si ésta carece de los servicios necesarios.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es D.* Históricamente se sabe que las enfermeras son apolíticas porque perciben que la política está muy apartada de sus labores de atención.
2. *La respuesta es C.* Aunque es cierto que uno de cada 44 votantes registrados es una enfermera, la razón por la cual la atención de la salud es un tema político tan "candente" es que cada votante desea tener algo que decir respecto a cómo será resuelto el asunto de la atención en salud. En consecuencia, los votantes están supervisando las acciones de su legislador frente al tema para ver si éste merece o no su voto. No se trata de un asunto de enfermería únicamente.

3. *La respuesta es B.* Presentar a un legislador local una idea para un proyecto de ley relacionado con la salud es el primer paso del proyecto legislativo tanto a nivel federal como estatal.
4. *La respuesta es D.* El poder ejecutivo federal radica en el Presidente.
5. *La respuesta es C.* Presentar a un legislador del partido mayoritario una idea para un proyecto de ley con el ánimo de respaldarlo, aumenta las posibilidades de su aprobación en la Cámara. Esto se debe a que cada comité está constituido en su mayoría por miembros pertenecientes al partido mayoritario y presidido por un integrante del mismo partido.
6. *La respuesta es B.* La organización de una campaña popular es uno de los elementos más esenciales de un esfuerzo de cabildeo exitoso.
7. *La respuesta es C.* La aprobación del Acta de 1995 para la delación del Cabildeo prohibió que quienes cabildean otorguen regalos a los miembros del Congreso.
8. *La respuesta es A.* La mayoría de reuniones de cabildeo se llevan a cabo con el asesor del legislador dado que el calendario de este último está tan atiborrado. La ausencia del legislador no constituye un motivo para cancelar una reunión pues la reunión con el asesor puede resultar efectiva.
9. *La respuesta es B.* Una enfermera políticamente activo trabaja con el equipo interdisciplinario y el cliente para influir las adjudicaciones de los recursos con objeto de que la salud de la comunidad permanezca estable o mejore.
10. *La respuesta es A.* Ser políticamente activo en la comunidad local puede contribuir de manera significativa a la efectividad tanto del profesional de enfermería como del equipo interdisciplinario.

REFERENCIAS COMENTADAS

American Nurses Association. (1995). Advanced practice nursing: A new age in health care. *Nursing Facts*. Washington, DC: Autor.

Esta hoja de datos contiene las estadísticas sobre los profesionales de enfermería de la práctica avanzada (EPA), tales como cuántos existen, quiénes son y con qué preparación cuentan.

American Nurses Association. (ANA). (1995). *Keeping nurses' issues alive*. Washington, DC: Autor.

Este folleto explica en qué consiste el Nurses Strategic Action Team (N-STAT) y qué acciones realiza como equipo de respuesta rápida de la ANA.

American Nurses Association. (1995). *American Nurses Association by-laws*. Washington, DC: Autor.

Folleto que contiene información respecto al propósito, función, afiliación y funcionamiento de la asociación.

Congressional Research Service. (1992). *The legislative process in brief*. Washington, DC: Autor.

Breve visión global del proceso legislativo del Gobierno de Estados Unidos.

Cove, P. B. (Ed.). (1975). *Webster's Third International Dictionary*. Springfield, MA: G. C. Merriam.

Kalisch, P. A., & Kalisch, B. J. (1987). *The changing image of the nurse*. Palo Alto, CA: Addison-Wesley.

Este libro discute el cambiante sistema de la prestación de atención en salud y cómo se ha transformado la imagen de enfermería.

Kelly, L., & Joel, L. (1996). *The nursing experience: Trenches, challenges, and transitions*. (3ª ed.). Nueva York: McGraw-Hill.

Detallada recopilación de las cifras de la práctica de enfermería. Contiene gráficas que representan la evolución cronológica de las organizaciones de la profesión y los logros de los líderes de enfermería.

Leonard, M. (1994). Levels of political participation and political expectation among nurses in New York State. *Journal of the New York State Nurses Association*, 25 (1), 16-24.

Este artículo describe un estudio que investigó la relación entre el área de la práctica, el nivel educativo y la afiliación a una organización profesional, y la participación y las expectativas políticas de un grupo de enfermeras.

Masón, D., Talbot S., & Leavitt, J. (1993). *Policy and politics for nurses* (3ª ed.). Filadelfia: W B. Saunders.

Este libro contiene la información, el estímulo y las instrucciones para ayudar a las enfermeras a participar en los procesos políticos y hacedores de la política.

New York State Nurses Association. (1993). *The Legislative Process*. Guilderland, NY: Autor.

Folleto que describe el proceso legislativo estatal.

Rothenberg, J. S. (mayo/junio de 1985). The growth of political activity in nursing. *Nursing Outlook*, p. 133-135.

En este artículo se esboza la historia y se describe la formación de la Nurses Coalition for Action in Politics (N-CAP).

Reader's Digest Association. (1975). *Family encyclopedia of American history*. Pleasantville, NY: Autor.

Recopilación de cifras y fechas de la historia estadounidense.

Sachs, R. (octubre 23 de 1991). Lobbying in the United States. *Congressional Research Service Report for Congress*.

Informe desarrollado por el Congressional Research Service (CRS), la biblioteca del Congreso. Describe el cabildeo como una actividad protegida en la parte de la Constitución que garantiza los derechos de libre expresión, congregación y solicitud de enmienda de las injusticias por parte del Gobierno.

Sachs, R. (febrero de 1996). Regulating interest groups and lobbyists: Issues in the 104th Congress. *CRS Issue Brief*

Publicación del Congressional Research Service (CRS), biblioteca del Congreso, que contiene los recientes avances de las acciones del 104º Congreso en lo que se refiere a la regulación de quienes practican el cabildeo.

United Hospital Fund (UHF). (1996). *Children and health: New York City and the nation*. Nueva York: Autor.

Este libro fue utilizado para la conferencia del UHF sobre "La salud infantil en un medio de atención gestionada". Contiene estadísticas sobre las poblaciones, socioeconómicas, enfermedades, muertes, recursos y servicios para salud.



*A*TENCIÓN GESTIONADA: AMIGA O ENEMIGA

Cuando en el capítulo 5 se discutió el Modelo de Alianza para la Valoración de la Salud Comunitaria, se observaron tres áreas de interés relacionadas entre sí, una de las cuales correspondía a las influencias que afectaban las decisiones para la adjudicación de los recursos. Una mirada más profunda a esta esfera reveló cinco variables que influyen la manera como se toman las decisiones para la adjudicación de tales recursos. La quinta variable se refiere a los patrones de cobertura del seguro, de los cuales el más controversial hoy día es la atención gestionada. Este capítulo define la atención gestionada, explora sus múltiples facetas y describe cómo los enfermos —actuando como integrantes de los equipos interdisciplinarios— pueden trabajar para conseguir comunidades más sanas mediante una mayor conexión de esta esfera del Modelo de Alianza con las necesidades basadas en la comunidad y los sistemas para la gestión de la atención.

El impulso tras el movimiento de la atención gestionada es la contención de los costos. Dado que muchos consideran que la contención de los costos ha dado lugar a prácticas inescrupulosas e inmorales por parte de algunas organizaciones de atención gestionada (OAG), las enfermeras que son tanto consumidores como proveedores de atención en salud, se han unido con grupos de consumidores y otras disciplinas profesionales para expresar sus inquietudes respecto a algunos temas controversiales. Aunque la enfermería está de acuerdo con los principales conceptos de la atención gestionada —prevención, bienestar, cobertura y educación de los clientes—, el móvil de la participación de enfermería en el movimiento de la atención gestionada es la necesidad de garantizar el acceso de todas las personas a una atención de la salud de calidad. Este capítulo discute cómo han sido o serán satisfechas por las enfermeras las oportunidades y los retos de la atención gestionada.

CONTENIDO DEL CAPÍTULO

Atención gestionada

Ética de la atención gestionada:
¿Utopía o realidad?

Acreditación de las Organizaciones
de Atención Gestionada

Las enfermeras y la atención
gestionada

Resumen

*A*TENCIÓN GESTIONADA

Conciencia pública respecto a la atención gestionada

Gran parte de la controversia sobre la atención gestionada se deriva de la falta de comprensión de la industria misma acerca de dicha atención. La atención gestionada se ha esparcido por la nación como un fuego voraz, avanzando más rápidamente en el occidente del país. Es una industria con un vocabulario completamente nuevo (por ejemplo, afiliado, capitación, contrato de riesgo total, proveedor volun-

tario, reglas terminantes, **aseguramiento compartido**) y un nuevo conjunto de reglas (por ejemplo, autorización de preingreso, revisiones concurrentes, aprobaciones previas, autorizaciones dentro y fuera del plan). Como si todo esto no fuese suficientemente confuso, muchas personas también tienen dificultades para reconocer la infinidad de nuevos acrónimos de la atención gestionada [por ejemplo, organización de proveedor preferible (OPP), asociación de práctica independiente (API), punto de servicio (PS), organización para la conservación de la salud (OCS), organización médico-hospitalaria (OMH), organización de proveedor exclusivo (OPE)] y el sinnúmero de titulares noticiosos [por ejemplo, "La economía de las OCS demostró su generosidad en los cheques de los ejecutivos" (Freudenheim, 1995, p. DI), "La atención gestionada contribuyó significativamente a las recientes reducciones de la inflación de la salud" (Fubini, 1995, p. 3)]. Además, muchas personas desconocen quiénes son los actores y no están al tanto de la legislación y las regulaciones que se encuentran establecidas o están siendo propuestas para la industria de la atención gestionada. Por tanto, ¿cómo pueden realizar una valoración precisa de las ventajas y desventajas de esta atención?

Muchas personas creen que la atención gestionada fue creada en respuesta a las demandas del público para controlar el caos ocasionado por los crecientes costos del fragmentado *sistema de cuota por cada servicio de atención de la salud*, un sistema que puede premiar a los proveedores por prestar demasiada atención o solicitar demasiados exámenes diagnósticos para un cliente. Sin embargo, también hay personas que consideran que la atención gestionada ha comprometido la calidad de atención en salud prestada a los clientes con el *sistema de reembolso capitado*, un sistema que puede gratificar a los proveedores por limitar los servicios disponibles para un cliente. ¿Cuáles son las diferencias entre el reembolso de una cuota por cada servicio y el reembolso capitado? ¿Cómo afectan estas diferencias la atención prestada por cada sistema? La mayoría de personas simplemente no lo sabe.

Pese a la ignorancia y confusión general sobre la atención gestionada, un número cada vez mayor de personas ingresan diariamente a los planes de atención gestionada. En la actualidad, existen alrededor de 53,3 millones de afiliados en las 593 OCS de la nación (Spragins, 1996, p. 58).

Perspectiva económica de la atención gestionada

La atención gestionada llega en un momento en que el país experimenta un aumento considerable de los gastos en salud; en 1995, la atención de la salud tuvo un costo de 1.069 trillones de dólares, correspondiendo aproximadamente a la séptima parte del Producto Interno Bruto (PIB) de Estados Unidos. Los consumidores, la comunidad comercial y el Gobierno han centrado su interés en la contención del costo de atención en salud. Cada uno de estos grupos está preocupado por la elevación de dichos costos y el impacto negativo que están produciendo sobre la tasa inflacionaria global.

Muchos informes han tratado de persuadir al público de que la atención gestionada es el vehículo que puede contener los costos de la salud y al mismo tiempo reducir las primas de los seguros. El costo promedio de atención en salud por empleado en el país fue significativamente menor mientras el empleado estaba cubierto por una OCS en comparación con el **plan de indemnización**, y los costos promedio de la prima del seguro tanto para la cobertura individual como familiar fueron más bajos cuando éste era asumido por una OCS.

Las dos fuentes más importantes de reembolso por un tercero —en este caso el Gobierno federal— son Medicare, que cuenta con 35 millones de participantes a un costo de 135 billones de dólares, y Medicaid con 30 millones de participantes

El aseguramiento compartido consiste en compartir el riesgo entre las compañías de seguros. Parte del riesgo de la aseguradora es asumido por otras compañías como retribución por una parte de la tarifa de la prima del seguro pagada por el asegurado. El aseguramiento compartido permite que una compañía individual se haga cargo de los clientes cuya cobertura sería una carga demasiado grande para que una aseguradora la asumiese por sí sola.

Plan de indemnización. Este es un plan de seguros por medio del cual un individuo paga una prima de seguro para cubrir una pérdida o daño que pueda ocurrir en el futuro.

a un costo de 80 billones de dólares. Por tanto, no resulta sorprendente que el Gobierno se trasladara al movimiento de la atención gestionada, luego de observar que las corporaciones que proporcionan cobertura a sus beneficiarios a través de las OCS experimentaban ahorros significativos.

La atención gestionada ha surgido como una industria muy poderosa y lucrativa. Aunque existen diferentes iniciativas gubernamentales para llevar a los receptores de Medicaid y Medicare hasta el campo de la atención gestionada, es sorprendente el número de beneficiarios que optan por las OCS sin mandatos o incentivos gubernamentales. Por ejemplo, la Health Care Financing Administration (HCFA) reportó recientemente que 70.000 beneficiarios de Medicare optan cada mes por las OCS de Medicare.

Atención gestionada: una definición

La atención gestionada ha sido definida como un sistema de atención de salud que combina la efectividad respecto al costo con la calidad de la atención. La Task Force on Standards and Regulation of Managed Care de la American Nurses Association (ANA) define la atención gestionada como un sistema para entregar a una población definida o afiliados un paquete prepagado de beneficios centrados en la salud. La atención gestionada cubre la total continuidad de atención en salud, integra los servicios de distintos proveedores, busca la conveniencia en cuanto a la clase e intensidad de la atención y solicita la colaboración de diversos proveedores individuales o agrupados. Los afiliados a la atención gestionada (es decir, los clientes) participan en la toma de decisiones del sistema y éste intenta equilibrar la adjudicación del riesgo entre los clientes, los proveedores y la atención, y a la vez ofrecer un marco laboral ético para la resolución de las disputas (ANA, 1996).

Esta definición fue desarrollada como parte de un informe referente a la práctica de enfermería, presentado al Congreso en abril de 1996. Este contiene elementos que las enfermeras consideran como importantes redes de seguridad para los consumidores: continuidad total de la atención, colaboración, participación del cliente en la toma de decisiones, equilibrio en la asignación del riesgo y un componente estructural ético. Estos elementos serán discutidos detalladamente más adelante en este capítulo.

Clases de atención gestionada

Las OAG son entidades legales licenciadas por el Estado y reguladas por los departamentos estatales de seguros o salud. Existen muchas clases de OAG, cada una de las cuales representa un sector del aseguramiento de la salud en el que los proveedores de atención en salud no corresponden a negocios independientes (por ejemplo, médicos ejerciendo privadamente) sino que se trata de firmas administrativas (por ejemplo, OCS, OPP) que manejan la adjudicación de los beneficios de la atención de salud. Las OAG utilizan diversos incentivos financieros y controles administrativos para conducir a los clientes hacia los proveedores eficientes, responsables de brindar una atención médica adecuada en escenarios de tratamiento que sean efectivos respecto al costo. Estos proveedores participan en los acuerdos de las OCS, OPP, OPE y otros PS.

Organización para la Conservación de la Salud (OCS). Una OCS es una organización integral para la financiación y la prestación de la salud que brinda o acuerda

el suministro de los servicios de la atención de salud de un grupo específico de afiliados cubiertos por un pago periódico fijo, a través de un grupo de proveedores. Tradicionalmente se han conocido cuatro clases de modelos de OCS: (1) el *modelo de personal*, en el cual los médicos son empleados asalariados de la OCS; (2) el *modelo de grupo*, que contrata con grupos de práctica médica de múltiples especialidades; (3) el *modelo API*, el cual contrata con las API, las cuales a su vez realizan contratos con médicos independientes quienes ejercen en sus propios consultorios; y (4) el *modelo de la red*, que contrata uno o más grupos de práctica independiente o API. Las OCS pueden ser patrocinadas por el Gobierno, facultades de medicina, hospitales, sindicatos, grupos de consumidores, compañías de seguros o planes médicos hospitalarios.

Organización de Proveedor Preferible (OPP). Una OPP es un acuerdo en el que un tercero paga y contrata un grupo preferible de proveedores de atención médica, el cual suministra los servicios a tarifas por debajo de las habituales a cambio de un pago oportuno y del acceso a cierto volumen de clientes.

Organización de Proveedor Exclusivo (OPE). Una OPE es un tipo más exigente de OPP que requiere que el asegurado utilice únicamente a los proveedores designados o sacrifique el reembolso en su totalidad.

Organización Médico-Hospitalaria (OMH). Una OMH es una organización de médicos y hospitales que, como mínimo, es responsable por la negociación con un tercero, en este caso los pagadores.

Punto de Servicio (PS). Un PS es también conocido como una OCS-OPP abierta. En un plan PS, cada vez que el **afiliado** busca la atención tiene la oportunidad de recibir los servicios de salud bien sea de un proveedor perteneciente a la red del plan o de un proveedor fuera del plan. Esta opción de recibir los servicios de un proveedor ajeno al plan usualmente implica costos más elevados para el afiliado, representados en primas de seguros, deducibles y copagos más altos (figura 20-1).

El afiliado es aquel que ha firmado para convertirse en miembro de un plan de atención gestionada.

¿Cómo funciona la atención gestionada?

La atención gestionada opera equilibrando tres componentes esenciales de atención en salud: utilización, costo y resultado. La utilización es estrechamente vigilada por las OAG con objeto de protegerse contra la sub y sobreutilización de los servicios por parte de los proveedores o los afiliados; los costos son controlados para garantizar los ahorros y los resultados son supervisados para asegurar la prestación de una adecuada calidad de la atención. Estos tres componentes son controlados a través del reembolso capitado, la administración de los casos, la autorización/certificación y la utilización de un lenguaje contractual preciso.

Sistema de reembolso capitado o capitación

La capitación es un método de pago por los servicios de salud en el cual un practicante u hospital recibe en prepago una cantidad fija per cápita para cubrir un periodo específico por cada persona atendida, cualquiera que sea el número real de servicios suministrados a cada individuo. La mayoría de los planes acuer-



FIGURA 20-1

Clase actuarial. Esta es una clasificación de afiliados obtenida por medio de las matemáticas del seguro, que incluye las probabilidades. Se utiliza para garantizar que los riesgos sean cuidadosamente evaluados, que las primas sean cobradas en forma adecuada según los riesgos contratados y que se tomen las precauciones necesarias para los futuros pagos.

El **panel** es el término utilizado para describir el número de afiliados asignados a un proveedor que se desempeña como el PAP de tales afiliados.

dan sus tarifas de capitación de acuerdo con las **clases actuariales**. En este tipo de acuerdo de atención gestionada, la OAG efectúa la comercialización del proveedor de atención primaria (PAP), estableciendo habitualmente un **panel** grande para los proveedores de la red de la OAG.

*E*STUDIO DE CASO: EL CASO DEL DOCTOR MCGRAW

El médico internista McGraw ha aplicado y ha sido aceptado como parte de la OCS Lionheart. En adelante su nombre será ofrecido a los afiliados de la OCS Lionheart para ser seleccionado como PAP. Cuando un afiliado escoge al doctor McGraw como PAP, el nombre del afiliado es añadido a su lista mensual de afiliados. Esta lista se utiliza para verificar el número de afiliados en el panel del doctor McGraw por los cuales él recibe un pago mensual capitado. Este pago incluye todos y cada uno de los servicios suministrados a estos afiliados.

Cada mes, el doctor McGraw recibe una lista actualizada con los nombres de los afiliados que se encuentran en su panel. El doctor McGraw ha acordado previamente una tasa de capitación de 30 dólares mensuales; en consecuencia, el doctor McGraw recibe mensualmente 30 dólares por cada afiliado. Si el panel del doctor McGraw crece hasta 500 ó 1.000 afiliados (el umbral de capacidad promedio de afiliados determinado por las OAG está entre 1.000 y 1.500) y suponiendo que todos los afiliados pertenecen a la misma clase actuarial, él recibiría entonces un pago mensual de 30.000 dólares (30×1.000). El doctor McGraw recibirá este mismo pago sea que vea a cada cliente diez veces a lo largo del mes o sólo a un cliente en una ocasión durante el mismo mes. Además, se debe mencionar que actualmente no existen restricciones sobre el número de redes de planes de OAG a las cuales puede pertenecer un PAP. Por tanto, es factible que un PAP pueda pertenecer a muchas redes de OAG y recibir pagos mensuales similares de cada una de ellas. Por tanto, los acuerdos capitados de la atención gestionada pueden ser muy fructíferos para el doctor McGraw.

Programas de incentivos para los proveedores. Muchos planes de atención gestionada tienen programas de incentivos para los proveedores. Estos planes usualmente ofrecen incentivos financieros a los PAP que brindan una atención efectiva respecto al costo.

Para que un PAP sea considerado elegible para un programa de incentivos, se efectúa un perfil del proveedor. Este perfil analiza: (1) los resultados de calidad; (2) el número de **meses/afiliado**; (3) los patrones de utilización (sobre y subutilización) de los servicios, con exámenes de laboratorio, equipo médico duradero, suministros y productos farmacéuticos, y (4) la satisfacción del afiliado.

La revisión de los aspectos de la calidad de atención usualmente incluye escudriñar el archivo del PAP para ver si se ha presentado alguna queja; si el PAP presenta los datos oportunamente; si ha permanecido accesible para los afiliados y si está cumpliendo los criterios de calidad establecidos por el plan. Si el PAP es considerado elegible para el incentivo, se registra.

Las dos formas más ampliamente utilizadas para los programas de incentivos son los *bonos* y las *retenciones*. Los bonos son dineros pagados en forma adicional a las tarifas de capitación acordadas. La retención es una práctica de la OCS consistente en reservar una porción del pago anual de un médico hasta el final del año, como un incentivo para conservar los costos por debajo de ciertos niveles. Si el médico es capaz de lograr este objetivo, recibe el dinero.

Los consumidores y los proveedores han presentado quejas contra las OAG en las áreas de capitación e incentivos puesto que se ha reportado que muchos planes excluyen o despiden a los médicos que solicitan exámenes o consultas consideradas innecesarias por los planes de salud. También se ha denunciado que estos planes castigan a los médicos que no informan o rehusan informar a los clientes y reguladores sobre los incentivos económicos que las redes ofrecen a los practicantes. Se ha encontrado que algunas OAG tienen "leyes terminantes" con las cuales las OCS amenazan con despedir a los médicos si informan a los clientes sobre la atención alternativa que podría sumarse a los costos.

Como resultado de la avalancha de quejas, los legisladores estatales y los reguladores de todo el país están haciendo una moción para declarar ilegal o restringir estas prácticas controversiales. Más de media docena de estados, inclusive Illinois y Georgia, han exigido que las OAG incluyan en su red a todo médico que tenga las credenciales adecuadas. Esto se conoce como el Proyecto de Ley de Todo Proveedor Voluntario.

Maryland, que ha sido uno de los estados más activos en la regulación de la atención gestionada, ha prohibido las retenciones. Además, algunos estados han aprobado la legislación que señala que los clientes y los reguladores estatales deben ser informados sobre los incentivos financieros ofrecidos por las redes a los practicantes, y por lo menos seis estados han declarado ilegales las reglas terminantes.

Administración de los casos. La administración de los casos es un servicio implementado por las OAG para coordinar la atención y manejar el gasto de los pacientes que demandan altos costos, los cuales consumen intensivamente los recursos, tales como los pacientes de sida, cáncer y traumas mayores. El término administración de los casos apareció inicialmente en la literatura de bienestar social durante la década de los setenta, pero el concepto evolucionó a partir de la coordinación del servicio comunitario que comenzó en los albores del siglo. En la actualidad, las vías **clínicas** están siendo desarrolladas como una metodología para incorporar e implementar la administración de los casos. Este servicio puede ser comparado con los sistemas de la esfera de administración de la atención del Modelo de Alianza para la Valoración de la Salud (ver capítulo 5); en ambos, las variables consideradas incluyen la mezcla de los clientes, las expectativas del públi-

Meses por afiliado. Este es el número de meses en los cuales un miembro está afiliado a un plan.

Vía clínica. Este es el algoritmo integral diseñado para manejar la atención de los clientes a partir del momento en que ingresan al sistema y hasta que recuperan su nivel óptimo de actividad.

co respecto a la atención, la competencia de los profesionales, los estándares aceptados de atención y el uso de planes interdisciplinarios de atención.

Para ilustrar la gestión de la atención por una OAG, considere el problema del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Muchas OAG han descubierto que la atención de los afiliados con sida es extremadamente costosa. Por tanto, en el mejor interés de sus clientes y de ellas mismas han decidido contratar a alguien que supervise la coordinación de la atención de tales clientes. El administrador de casos es usualmente una enfermera especialista clínico (EEC) en el campo de las enfermedades infecciosas, quien se desempeña como parte integral del equipo interdisciplinario que atiende al cliente. El administrador de casos controla la estancia hospitalaria del cliente para ver que no permanezca innecesariamente durante días esperando la realización de ciertas pruebas o procedimientos. El administrador de casos se reúne luego con la persona encargada de planear las altas hospitalarias con objeto de coordinar cualquier servicio que pueda ser requerido por el cliente, tal como transporte, atención domiciliaria, equipo médico duradero (EMD), suministros o productos farmacéuticos. Este administrador de casos trabaja con el cliente y el proveedor a fin de coordinar los servicios requeridos para ayudar al cliente a recuperar su nivel óptimo de actividad. La administración de los casos es probablemente el área de la atención gestionada que ha recibido la menor oposición, sencillamente porque el concepto tiene sentido clínico y fiscal para todos aquellos involucrados, incluyendo al cliente, el proveedor y la OAG.

*E*STUDIO DE CASO: EL CASO DE ALICE BEAR

Alice Bear es una denta a quien recientemente se le diagnosticó el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Alice está afiliada a la OCS Lionheart. Hace poco ella experimentó una exacerbación de su enfermedad y su proveedor la ingresó en el Hospital St. Joseph. Después de autorizar la hospitalización, el agente encargado de la revisión de la utilización (ARU) de Lionheart remitió el caso al departamento administrativo de la OCS, donde le fue asignado un administrador de casos. El caso de la señorita Bear fue asignado a la administradora de casos Kathleen Boggan, una EEC con siete años de experiencia laboral en enfermedades infecciosas y que recientemente había trabajado en Denver en una institución destinada al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).

La enfermera Boggan llamó al PAP de la señorita Bear para discutir el caso. El PAP, un médico internista, le preguntó si él podría transferir la coordinación médica del caso al doctor Jack, un médico ampliamente certificado en enfermedades infecciosas. La enfermera Boggan, aprobando la decisión del PAP, coordinó el traslado de la paciente. A continuación, ella contactó al doctor Jack, con quien el PAP se había comunicado previamente. El doctor Jack también consideró que sería muy beneficioso que la señorita Bear fuese trasladada del Hospital St. Joseph al Hospital Colorado Hope, donde existía un centro dedicado al sida. La enfermera Boggan le informó al doctor Jack que el Hospital Colorado Hope no hacía parte de la red de Lionheart y sugirió el centro destinado al sida en el Hospital St. Mary, el cual pertenecía a la red de Lionheart. Dado que el doctor Jack gozaba de privilegios de hospitalización en ambas instituciones, se acordó que la señorita Bear fuese transferida al Hospital St. Mary.

Una vez que la señorita Bear fue trasladada, la enfermera Boggan contactó a la enfermera encargada de su atención y acordó la fecha en la cual se comunicarían nuevamente con objeto de informarse sobre la condición y el progreso de la paciente. Durante cada llamada subse-

cuenta realizada por la enfermera o el doctor Jack, la enfermera Boggan discutiría el estado de la señorita Bear, autorizaría la atención adicional necesaria y establecería la fecha de la próxima llamada de seguimiento. Durante la tercera llamada, la enfermera hospitalaria le informó que la señorita Bear aún estaba esperando que le fuese practicada una serie de pruebas diagnósticas, las cuales habían sido reprogramadas debido a la asignación excesiva de los turnos. Kathleen Boggan informó a la enfermera hospitalaria que el hospital no recibiría pago alguno por los días adicionales de hospitalización que fuesen resultado directo de una falla por parte del hospital en el cumplimiento de las citas asignadas para la realización de las pruebas programadas. La enfermera hospitalaria dijo que transmitiría tal información al departamento de contabilidad.

En el transcurso del mes siguiente, la enfermera Boggan continuó coordinando la atención de la señorita Bear con los distintos miembros del equipo interdisciplinario, haciendo arreglos para su transporte, atención domiciliaria, medicamentos prescritos, EMD, atención de relevo para la familia de la paciente, además de las visitas domiciliarias por parte de una nutricionista, un fisioterapeuta y una trabajadora social. Por medio de una administración efectiva del caso, la enfermera Boggan fue capaz de garantizar la continuidad de atención de la paciente y la tranquilidad emocional de su familia. Después de la muerte de Alice Bear, la familia envió a la enfermera Boggan una carta muy sentida agradeciendo todo lo que había hecho por Alice y por ellos.

El abordaje del manejo del caso en la atención de esta cliente produjo los resultados deseados en la satisfacción del cliente, la satisfacción del proveedor y la satisfacción del plan porque la cliente recibió atención de calidad efectiva respecto al costo. En este ejemplo puede verse el valor de la adecuada administración de un caso (ver figura 20-2).

Autorización o certificación. La autorización es una forma de revisión del servicio utilizado por las OAG. Por medio de este sistema se realiza una valoración de la necesidad médica del ingreso de un cliente al hospital, otra institución de hospitalización y servicio de urgencias, sitio de atención ambulatoria o servicio de atención domiciliaria. Estas valoraciones son realizadas para garantizar que estos niveles de atención sean recibidos solamente por aquellos clientes que los requieren. Usualmente se asigna y certifica la duración de la permanencia considerada adecuada según el diagnóstico de ingreso del cliente y se asume que el pago está garantizado. Estas autorizaciones y certificaciones pueden ser efectuadas antes de la admisión (preingreso), poco después del ingreso (concurrentes) o después del alta (retrospectivas).

De este modo, si un proveedor considera necesario que un cliente sea hospitalizado para un procedimiento quirúrgico, telefona a la OAG del cliente y solicita la autorización. Después de obtener los datos demográficos necesarios, el ARU de la OAG habla con el proveedor y le formula varias preguntas tales como: ¿Cuál es el diagnóstico del cliente? ¿Qué tipo de cirugía se va a realizar? ¿Dónde se efectuará

Valor frente a Costo	
(Calidad)	(Servicio)
Resultados clínicos + satisfacción del consumidor	
Valor =	----- Costo

FIGURA 20-2

Ilustración del valor de la gestión del caso. [NOTA: Tomado de "Critical Challenges for Nursing at the Millennium" (p. 6) by A. M. Zuckerman, 1996, tema presentado en la Reunión Anual de la National League for Nursing, Filadelfia, PA. Reimpreso con autorización].

la cirugía? El ARU decide entonces si la cirugía solicitada puede ser ambulatoria o si requiere hospitalización. Antes de dar su autorización, el ARU también determina si la institución solicitada corresponde a un proveedor participante del plan. Si la autorización no es otorgada, el proveedor puede solicitar hablar con el director del departamento de revisión del servicio o el director médico del plan.

La revisión del servicio ha sido un área que ha generado gran preocupación y controversia entre los profesionales de la atención en salud y las OAG. Actualmente, los ARU operan sin una supervisión reguladora y muchos profesionales de la atención en salud consideran que los ARU crean barreras innecesarias para los servicios de atención de la salud requeridos por el cliente y el proveedor. Otra área de inquietud está relacionada con las calificaciones de los ARU. Los proveedores consideran que las negativas del servicio deben ser efectuadas por un profesional de la salud licenciado cuyas calificaciones, experiencia y especialidad lo hayan preparado para valorar efectivamente el servicio que se encuentra en revisión. La legislación para manejar este asunto se encuentra actualmente en consideración.

Otro tema relacionado con la autorización y la revisión del servicio que tiene disgustados a los consumidores y proveedores es la práctica de las OAG consistente en retener el pago por ciertos tipos de atención. Por lo menos 27 estados han decretado recientemente leyes que limitan estas prácticas por parte de las OAG. Un mínimo de 18 estados han prohibido la denominada atención de maternidad acelerada, práctica hospitalaria consistente en enviar a las madres de regreso a sus hogares en el transcurso de las 48 horas siguientes al parto. Entre tanto, por lo menos 14 estados han puesto trabas a las aseguradoras por rehusar pagar las que resultaron ser consultas innecesarias al servicio de urgencias, tales como los dolores torácicos ocasionados por pirosis que fueron interpretados como ataques cardíacos que amenazaban la vida. Más de 12 estados garantizan el derecho del cliente de acudir directamente a ciertos tipos de especialistas (por ejemplo, obstetras, ginecólogos) sin obtener antes la aprobación de un médico de atención primaria, denominado salvaguardia por las aseguradoras.

Contratos. Los contratos son la sangre vital de una OAG exitosa. Para permanecer económicamente solvente, una OAG debe saber cuáles son los elementos esenciales para incluir en sus contratos con los proveedores y los vendedores. Un contrato es un acuerdo que da lugar a una obligación legal de forzoso cumplimiento (Northrop y Kelly, 1987). Los tres modelos de contrato más comunes son: (1) el modelo de riesgo pleno/beneficio integral; (2) el modelo de riesgo parcial/beneficio limitado; y (3) la tarifa incrementada por el servicio.

En el modelo de riesgo pleno/beneficio integral, el proveedor asume el riesgo financiero de todos los servicios cubiertos y es responsable por controlar el uso innecesario o repetitivo de los mismos. Con este acuerdo, un proveedor de la atención gestionada recibe una tasa de capitación mensual por afiliado para cubrir una amplia variedad de servicios, inclusive los de hospitalización. El proveedor puede suministrar los servicios directamente o con un acuerdo subcontractual; en cualquier caso, el proveedor es responsable por la calidad y el costo de los servicios reembolsados en los pagos de capitación. Es probable que este tipo de contrato defina la relación entre una OCS y una agencia gubernamental.

En el modelo de riesgo parcial/beneficio limitado, la responsabilidad financiera del proveedor corresponde a un paquete de beneficios limitados, usualmente circunscrito a los servicios suministrados directamente (es decir, los servicios de atención primaria) y característicamente excluye los servicios de hospitalización y otros servicios especializados. Es factible hallar este tipo de acuerdo entre una OCS y un practicante de atención primaria o un centro de salud comunitaria.

Es muy probable que el modelo de la tarifa incrementada por servicio sea utilizado en un paquete de servicios inferior al integral. Este emplea como base la tarifa existente por servicio de la **estructura de reembolso** adaptada a un sistema de prestación de la atención gestionada y puede incluir tarifas aumentadas. Tales tarifas incrementadas pueden incluir un aumento de la tarifa o tarifas por la gestión de los casos. Este tipo de acuerdo puede encontrarse entre una OCS y un proveedor, clínica o servicio ambulatorio.

Todos los contratos deben señalar explícitamente los estándares según los cuales la OAG cubrirá a sus proveedores. Los estándares relacionados con el acceso, la calidad, las credenciales, la confidencialidad, la utilización, la coordinación de la atención y presentación de los datos encontrados deben figurar en un contrato adecuadamente redactado.

Estructura de reembolso. Nombre otorgado al sistema en el cual se identifica una fuente de pago por los servicios suministrados.

Atención gestionada por Medicaid

Uno de los programas gubernamentales más costosos es Medicaid, un programa cuyos gastos anuales superan los 80 billones de dólares. Este es un programa de asistencia pública administrado y operado por los gobiernos estatal y territorial participantes. Brinda beneficios médicos a personas elegibles de bajos ingresos que necesitan atención de salud, cualquiera que sea su edad. Dado el éxito que la atención gestionada tuvo en el control de los costos de atención en salud para los grandes negocios, no fue sorprendente que el Gobierno también considerara optar por la atención gestionada. La figura 20-3 es un gráfico que muestra una comparación de los costos de Medicaid por receptor y por año en algunos estados seleccionados.

En 1991, el Gobernador de un estado con importantes gastos en Medicaid convirtió en ley el Acta del Programa de Atención Gestionada Estatal, capítulo 165 de las leyes de 1991. Esta fue una de las iniciativas en el campo de atención en salud más significativas en una década y fue diseñada para producir importantes mejoras en la prestación de los servicios para los receptores de Medicaid. El

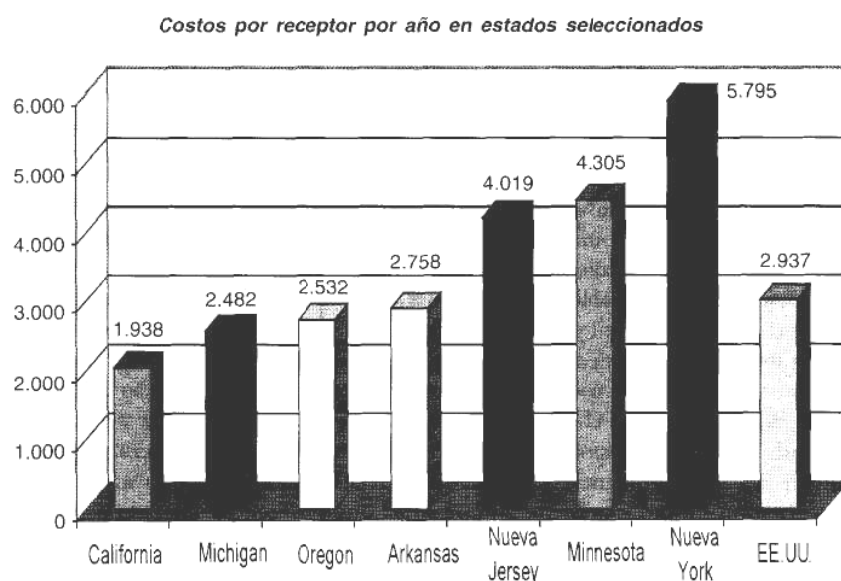


FIGURA 20-3

Comparación nacional de los costos de Medicaid. [NOTA: Tomado de "Critical Challenges for Nursing at the Millennium" (p. 9), by A. M. Zuckerman, 1996, tema presentado en la Reunión Anual de la National League for Nursing, Filadelfia, PA. Reimpreso con autorización].

acta exigió la creación de un sistema integral y coordinado de prestación de la atención médica y de la salud, el cual incluiría los servicios preventivos, primarios y especializados, servicios auxiliares y de atención aguda.

Al aprobar esta Acta, los legisladores confiaban en que cada receptor de Medicaid estaría ligado mediante una relación formal a un practicante de atención primaria. El practicante podría ser un médico particular en una práctica individual o en grupo, el personal de un centro de salud comunitaria o un servicio ambulatorio, asociado con una OCS o una practicante de enfermería. El concepto era que, cualquiera que fuese el escenario, el practicante sería el punto focal del sistema de la atención gestionada. Este practicante sería responsable tanto de la prestación de la atención primaria como de la coordinación y la administración del caso respecto a la mayoría de servicios restantes. El receptor tendría acceso a la atención primaria y a la continuidad de la atención 24 horas al día, siete días a la semana. Más específicamente, este primer plan estatal tenía los siguientes objetivos de la política para la atención gestionada:

1. Mejorar el acceso y la disponibilidad de la atención y los servicios médicos para los receptores de Medicaid.
2. Garantizar que los programas de atención gestionada ofrezcan a los receptores de Medicaid una selección de proveedores de atención primaria y otros servicios médicos tan amplia como sea posible.
3. Promover patrones más razonables para la utilización de los servicios médicos y de salud por parte de los receptores de Medicaid.
4. Garantizar la calidad de la atención en los programas de atención gestionada.
5. Establecer programas de atención gestionada que sean efectivos respecto al costo.

Los estados y los distritos locales fueron estimulados a comenzar voluntariamente nuevos programas de atención gestionada. Una vez que los proveedores del servicio médico se involucraron en la atención gestionada, se vieron obligados a trabajar con los distritos para desarrollar y establecer nuevas estrategias para garantizar y controlar la calidad de la atención. Mientras tanto, el estado estaba considerando seriamente agilizar la atención gestionada obligatoria, proceso que requeriría las renuncias de las HCFA en la sección 1915 del título XIX del Acta de Seguridad Social.

Plan de Servicios de Salud Prepagada (PSSP). Este es un plan de atención gestionada que presta sus servicios únicamente a los clientes de Medicaid.

Atención gestionada obligatoria. Como resultado del Acta del Programa de Atención Gestionada Estatal de 1991, fueron desarrolladas muchas OCS y **Planes de Servicios de Salud Prepagada (PSSP)**. En 1995 había aproximadamente 30 OCS y once PSSP funcionando en este estado. Ese mismo año, el Gobernador patrocinó 1.115 renuncias de las HCFA de los condados estatales, una acción que para 1998 podría dar como resultado la afiliación obligatoria del cien por ciento de los receptores de Medicaid en los planes de atención gestionada. Se espera que finalmente la afiliación obligatoria incluya a las poblaciones con necesidades especiales, la atención infantil y la atención domiciliaria.

La intención del Acta del Programa de Atención Gestionada Estatal era crear un sistema de atención coordinada, el cual brindaría un mayor acceso a la atención primaria, facilitaría el desarrollo de la relación cliente/proveedor y evitaría el uso indiscriminado y costoso de los servicios. Aunque esta intención era excelente, surgieron varios problemas. Las OCS comerciales, inicialmente no interesadas, descubrieron pronto que Medicaid constituía una provechosa línea de negocios. Hubo un viraje hacia la posesión con fines de lucro impulsada por el viraje en el número de personas que se afiliaron a las OCS lucrativas en el país (figura 20-4).

Porcentaje de empleados estadounidenses afiliados

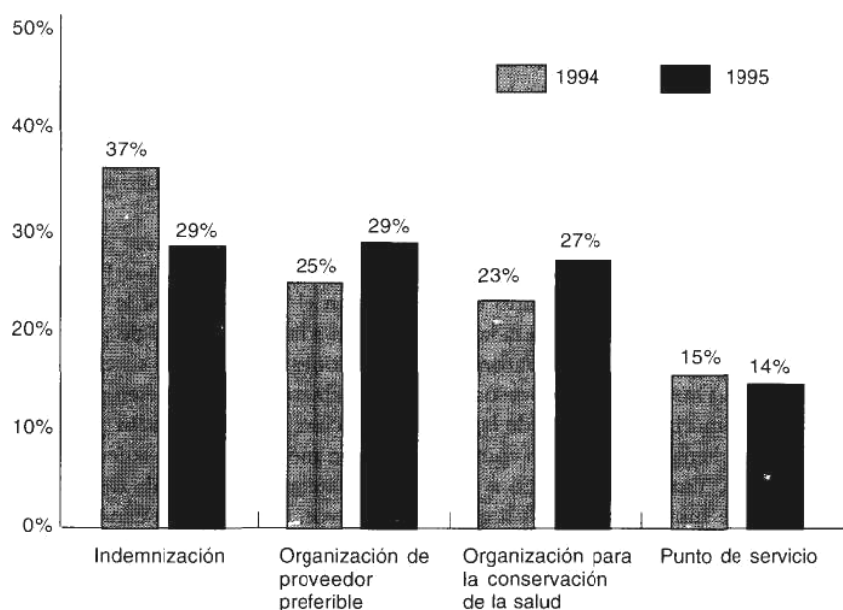


FIGURA 20-4.

En 1995, el número de afiliados a las organizaciones para la conservación de la salud/organizaciones de proveedor preferible (HMO/PPO) aumenta mientras la indemnización disminuye. [NOTA: Tomado de "Medicaid Managed Care: A Challenge to the Health Care Ministry of the Catholic Church" (p. 5), por el Department of Health and Hospitals, Arquidiócesis de Nueva York, 1995, tema presentado en New York State Catholic Healthcare Council Annual Meeting, New York, N.Y. Reimpreso con autorización].

Sin embargo, para algunos el cambio fue demasiado rápido. Este curso de acción condujo a debates muy acalorados entre los grupos de consumidores, grupos de proveedores y legisladores estatales. Había muchas áreas de inquietud, la más significativa de las cuales correspondía a las estrategias de mercadeo utilizadas por algunas de las OCS y PSSP. Se consideró que muchos receptores de Medicaid no comprendían la atención gestionada. Algunos receptores incluso denunciaron que ellos no se habían percatado que habían "contratado cualquier cosa". Los interrogantes surgidos sobre las prácticas de comercialización de algunos de los planes dieron como resultado la congelación de todas las afiliaciones directas al plan por parte de la Oficina de Atención Gestionada del Departamento de Salud del estado el día primero de agosto de 1995.

Para algunos de los planes (PSSP) que contaban únicamente con afiliados a Medicaid, esta dramática propuesta estatal fue devastadora. Significaba que no habría afiliación directa de los miembros a los planes. Esta medida extrema fustigó a todos los planes, incluyendo los legítimos, por las malas acciones de unos pocos. Para los planes comerciales más grandes, en los cuales Medicaid era sólo uno de muchos productos, esta congelación de las afiliaciones no resultó tan difícil; después de todo, la población de atención gestionada por Medicaid en general comprendía únicamente el 25 por ciento de la totalidad de sus miembros afiliados.

La atención gestionada también fue duramente golpeada por los medios de comunicación estatales que sugirieron que "lo que usted desconoce de las OCS puede matarlo" y "las bajas en la atención gestionada son suficientes para hacer que enferme". Los programas de televisión testimoniales presentaron historias que deploraban la pobre atención de la salud ofrecida por las OCS. Una de estas historias correspondía a un hombre que sufrió un ataque cardíaco cuando una OCS retardó su tratamiento quirúrgico debido a una condición cardíaca obvia. Otra historia refirió cómo un niño recién nacido murió luego de ser enviado de regreso a su hogar tras una estancia hospitalaria de un día ordenada por la OCS, aunque la madre había manifestado su preocupación por su salud.

Solicitudes de propuestas. Se trata de una solicitud realizada por un grupo, compañía o agencia gubernamental a las partes interesadas para presentar una propuesta con objeto de convertirse en una entidad participante en un proyecto, recibir donaciones de dinero o conseguir un contrato.

Pese a la mala publicidad recibida por el Gobernador estatal, el comisionado de la salud y el estado, el apoyo a la atención obligatoria gestionada por Medicaid continuó. Prosiguió porque la industria de la atención gestionada redujo la agitación de las protestas populares argumentando que eran producto de individuos que habían invertido su interés en conservar el antiguo estilo de atención en salud, que el número de miembros descontentos era poco como para abandonar los planes y que varios estudios independientes habían demostrado que -en lo que se refería a la calidad de varias clases de atención— las OCS satisfacían o superaban al método tradicional consistente en el pago de una tarifa por el servicio.

El compromiso continuo del estado con la afiliación obligatoria fue expresado a través de una acción de proyección administrativa. Las OCS y los PSSP que deseaban ser seleccionados como compañeros en el plan estatal si la afiliación obligatoria llegaba a ser considerada, respondieron a las **solicitudes de propuestas (SP)** del estado y participaron en las revisiones estatales de su estado de preparación. Durante estos procesos, los planes debieron presentar ejemplos concretos de cómo la supervisión de la calidad, el acceso, la disponibilidad y la satisfacción del cliente, habían dado como resultado un mejor servicio y atención para sus afiliados. También se solicitó a los planes de atención gestionada describir la cobertura de sus clientes y sus programas educativos, todas las vías clínicas desarrolladas y qué resultados habían conseguido y deseaban obtener.

En el estado existen dos escuelas de pensamiento relacionadas con la atención obligatoria gestionada por Medicaid. Los críticos consideran que este sistema no va a satisfacer a muchos receptores de Medicaid porque ellos no serán capaces de obtener la atención de la salud del mismo modo que lo hicieron en el pasado, ni utilizarán a los proveedores con los cuales ya han establecido relaciones. Sin embargo, los defensores del sistema sostienen que la población de Medicaid usualmente no ha tenido acceso a la atención en una forma efectiva respecto al costo, citando en particular el gran porcentaje de receptores de Medicaid que utilizan los servicios de urgencias de los hospitales locales como su principal fuente de servicios de atención de la salud. Los defensores consideran que las OAG realizarán una amplia difusión entre estos afiliados para educarlos respecto al uso adecuado de las salas de urgencias y para animarlos a utilizar los servicios de salud preventiva, los cuales estarán ubicados en los centros de salud familiar, consultorios de PAP y otros sitios convenientemente localizados dentro de sus propias comunidades. Se considera que cualquier proveedor que en la actualidad acepte clientes de Medicaid probablemente será miembro de una red de proveedores de una o más OAG, permitiendo así que los afiliados conserven las relaciones existentes con sus proveedores.

Los planes de atención gestionada son regulados por el Department of Health, Office of Managed Care. El Departamento de Salud tiene estándares muy estrictos e integrales que incluyen los requisitos para el reporte de la verificación de la calidad, los cuales deben ser cumplidos por los planes. En 1996, el Departamento de Salud del estado contrató al National Committee for Quality Assurance (NCQA) a fin de ayudar en la supervisión de la sujeción al plan.

Las enfermeras y la atención obligatoria gestionada por Medicaid

A comienzos de la década de los noventa, diversas asociaciones de enfermería se preocuparon mucho por los temas de la calidad de la atención surgidos en el contexto del debate de la atención gestionada. Después de todo, el primer punto en la agenda legislativa de las State Nursing Associations (SNA) era la defensa del consumidor y la promoción de la salud. Aunque las enfermeras "consideraban

que el marco conceptual de la atención gestionada era bueno y, de hecho, los conceptos básicos de la prevención, preservación del bienestar y educación del paciente concordaban con el modelo de enfermería de un sistema de atención de la salud efectivo", el creciente número de inquietudes expresadas por los consumidores causó cierta consternación (Myers, 1996, p.1).

Una SNA dedicó gran parte de sus energías a los temas de la atención gestionada, trabajando en el desarrollo de una Declaración de Derechos, es decir, la legislación que exigía a los planes de atención gestionada cumplir estándares específicos de funcionamiento para hacer negocios en el estado. La declaración contenía amparos esenciales para el consumidor, los cuales garantizaban el acceso a la atención y la confidencialidad de las historias clínicas; también contenía cláusulas respecto a la cobertura de los clientes, la continuidad de la atención, la selección del proveedor y un sistema que demandaba el reporte de los datos pertinentes recolectados por el plan. Además, la declaración recomendaba cláusulas que garantizaban que los clientes fueran informados sobre sus opciones antes de afiliarse a un plan de atención gestionada. Por supuesto, la SNA ayudó a lograr la cláusula según la cual a los planes de atención gestionada no les es permitido negar los privilegios de los profesionales de la salud basados únicamente en la clase de licencia profesional portada por un proveedor, consiguiendo de ese modo privilegios para las enfermeras de práctica avanzada (EPA) y los médicos así como el reembolso por los servicios prestados.

Esta SNA continúa activa en el debate de la atención gestionada apoyando la plena selección de los planes y el acceso de todos los clientes a la atención en el cambiante medio de la atención en salud. Las políticas de la SNA son las siguientes:

- Oponerse a la afiliación impropia e ilegal de los clientes de Medicaid en la atención gestionada.
- Apoyar el derecho del cliente de Medicaid a información que sea presentada en un lenguaje claramente comprensible y culturalmente adecuado, la cual describa los servicios del plan, sea suministrada antes de su afiliación a cualquier plan de atención gestionada y sea actualizada periódicamente.
- Abogar para que la atención gestionada por Medicaid conserve por lo menos el grupo básico de beneficios actualmente disponibles en el programa estatal de Medicaid, para que la atención gestionada también destaque la prevención, brinde acceso a una gran variedad de proveedores de atención de la salud (inclusive enfermeras registradas), ofrezca los servicios en escenarios geográficamente convenientes y apoye a los proveedores comunitarios tradicionales.

Las enfermeras de este estado han dado testimonio sobre la atención gestionada frente a diversas fuerzas laborales legislativas para la atención en salud y en distintas reuniones municipales convocadas por los políticos locales. Ellas también han laborado en el grupo de trabajo del Gobernador.

Lo que sigue en la agenda de la atención gestionada de este estado es la población de necesidades especiales. Se han otorgado becas de planeación con fondos federales y estatales a las OAG interesadas en diseñar una propuesta que indique cuál debe ser el aspecto de un plan de atención gestionada para una población con necesidades especiales. De seguro, las enfermeras también participarán en esta fase de la atención gestionada por Medicaid. Mientras se promueve la atención gestionada las enfermeras, los grupos de consumidores y las agencias gubernamentales estatales y federales continuarán supervisando las actividades de las OAG y brindarán protección a los afiliados.

ÉTICA DE LA ATENCIÓN GESTIONADA: ¿UTOPIA O REALIDAD?

En el sorprendente lapso de unos pocos años, la atención gestionada ha pasado de ser una industria casera a convertirse en un gran negocio. Puede observarse cierta evidencia de este cambio en el hecho de que los premios en efectivo y acciones entregadas a los jefes de siete de las más grandes OCS lucrativas alcanzaron en promedio los siete millones de dólares en 1994, los más altos vistos en cualquier industria. El mayor paquete de pago fue para el presidente ejecutivo de Healthsource, una OCS de tamaño intermedio con sede en Hooksett, New Hampshire. El valor total del paquete fue de 15,5 millones de dólares, el cual incluía un pago en efectivo por 387.604 dólares y títulos valores por un monto de 15,1 millones (Freudenheim, 1995, p. DI). Puede observarse una evidencia adicional de la atención gestionada como un gran negocio en las temerarias fusiones comerciales que han tenido lugar cuando las compañías de atención en salud han intentado establecer su dominio en un campo lucrativo pero cambiante. Los ejemplos recientes incluyen la fusión de Aetna y US Healthcare, la fusión de Kaiser y Community Health Plan, y la fusión de dos grandes OCS de California, Wellpoint Health Networks y Health Systems International. Esta última fusión, un intercambio de acciones por 1,8 billones de dólares, creó una de las más grandes OCS de propiedad de los accionistas en el lucrativo mercado californiano. La figura 20-5 contiene los nombres de las más grandes OCS de Estados Unidos en 1995.

La aceleración de la penetración de la atención gestionada implica nuevos desafíos para las enfermeras y otros profesionales de atención en salud, muchos de los cuales consideran que la dignidad humana y la justicia social a menudo son incompatibles con las exigencias comerciales de las iniciativas de lucro, iniciativas que han dado como resultado ganancias que baten los récords.

A medida que el Gobierno se traslada a las compañías de atención gestionada en un esfuerzo por conservar los bajos costos, el público también está cuestionando justamente la ética empleada por las estrategias de la industria de la atención gestionada para la contención de los costos. Ninguna proyección es confiable, pero algunas tendencias son claras. El número de personas no aseguradas -que actualmente se acerca a 40 millones- aumentará. Los empleadores privados, que ofrecen aseguramiento a la mayoría de trabajadores y sus familias, están reduciendo en parte la cobertura y contratando los servicios de proveedores externos, en lugar de retener la fuerza laboral regular. El público está nervioso respecto a quién controlará su futuro. A medida que el recorte de los costos se intensifica, parece improbable que las personas estén ansiosas por ceder tan sensible autoridad a los bien remunerados ejecutivos de la atención gestionada, quienes obtienen mayores beneficios cada vez que deciden que cierto procedimiento no vale lo que a ellos les cuesta. Este cambio de actitud es especialmente factible después de que las personas se percatan de que la atención gestionada ha conseguido sus ganancias en parte gastando 15 ó 20 por ciento de los dólares de las primas en comercialización, administración y beneficios, disminuyendo así las proporciones del riesgo médico al 80 u 85 por ciento residual actualmente asignado a la atención del cliente.

Una de las inquietudes suscitadas a raíz de este cambio en la atención de la salud desde un modelo no lucrativo hacia uno con ánimo de lucro es dónde radica la lealtad de las organizaciones lucrativas. Como se discutió en el capítulo 18, las organizaciones o corporaciones lucrativas tienen responsabilidades con sus accionistas, y en la mayoría de los casos los dineros asignados a los accionistas representan una pérdida de los recursos para la atención de los necesitados e insuficientemente atendidos. La atención de la salud va no es una **industria**

Industria casera. Esta es una industria en la cual la producción de bienes tiene lugar en el domicilio del productor en cambio de una fábrica u otro medio organizado.

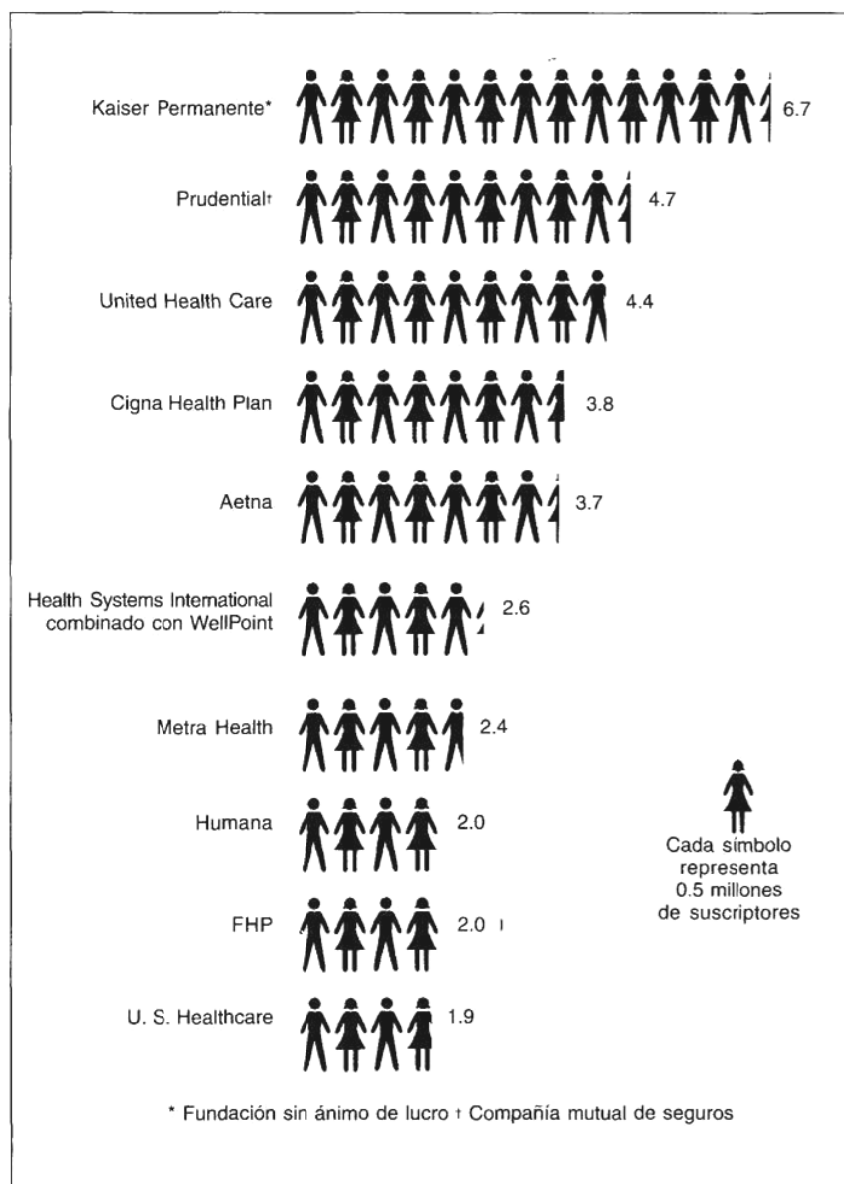


FIGURA 20-5

Las OCS con más suscriptores en Estados Unidos en 1995. Las cifras de 1995 se estiman en millones. Éstas no incluyen a la gente afiliada a los programas de proveedores preferidos. [NOTA: Tomado de "Two California Health Care Providers Agree to an \$1.8 Billion Merger" (p. B1), por M. Freudenheim, *The New York Times*, marzo 28 de 1995. Reimpreso con autorización].

Aunque la mencionada meta de las OAG es brindar al cliente atención de calidad a un bajo costo, los argumentos de que esto no es lo que el cliente necesariamente recibe son crecientes. Las horribles historias de cómo las OAG están negando la atención a sus clientes o cómo el pago ha sido negado a los proveedores han inundado las vías aéreas. Y las historias de cómo las estrategias de las OAG para la reducción de los costos -las cuales incluyen la negación de la autorización de los servicios y los pagos, los retrasos de las demandas hasta por dos años y la anulación de las decisiones clínicas de los médicos— son todas razones por las cuales el público desconfía de las OAG.

Una forma de generar confianza consiste en ceñirse a los estándares éticos; pero, ¿cuáles son o cuáles deberían ser los estándares éticos de la atención gestionada? Los consumidores, los proveedores y las OAG están de acuerdo respecto a

ciertos derechos básicos de atención en salud, es decir, la disponibilidad de una atención de calidad, accesible, ofrecida en forma confidencial por un proveedor calificado. Sin embargo, surge un dilema respecto a la distribución de esa atención. La Fundación Robert Wood Johnson ha suscrito una beca para un estudio sobre las dimensiones éticas de las decisiones de tal distribución. El estudio se concentrará en cinco aspectos primordiales: (1) los incentivos para los médicos; (2) las implicaciones legales; (3) la valoración de la calidad de la atención; (4) el papel del manejo de la tecnología, y (5) la relación entre los administradores y los médicos. Cada uno de estos aspectos merece una seria consideración. En la actualidad, no obstante, en los casos que involucran estos aspectos las decisiones son tomadas por personas que generalmente no tienen todos los datos o no conocen al cliente involucrado. Por tanto, es importante que las enfermeras asuman con seriedad su función como defensoras del cliente.

Tres pasos que las OAG pueden realizar para demostrar al público su interés en las prácticas éticas son: (1) publicar la declaración de los derechos de sus clientes; (2) reconocer los derechos de los proveedores, y (3) establecer un comité de ética encargado de identificar y revisar las políticas y los casos problemáticos. Estos pasos demostrarían al público que, aunque su meta consiste en restringir los costos, las OAG no intentan conseguir esa meta sacrificando la calidad de la atención ofrecida.

*A*ACREDITACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES DE ATENCIÓN GESTIONADA

La acreditación es un proceso por el cual una organización de atención de salud es evaluada por un organismo objetivo que tiene estándares establecidos para garantizar el cumplimiento de un nivel específico de calidad. Existen cuatro organismos de acreditación destacados en el campo de la atención gestionada y la salud comunitaria: (1) El Community Health Accreditation Program (CHAP) (ver capítulo 16); (2) la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO), una agencia conocida por muchos en escenarios de atención aguda que en 1994 comenzó un programa voluntario de acreditación privada para las redes de atención en salud; (3) la Utilization Review Accreditation Commission (URAC), organización privada formada en 1990 por la American Managed Care and Review Association (AMCRA), una organización comercial para las firmas de revisión de la utilización, OPP y OCS comprometidas con el mejoramiento de la calidad y la eficiencia de las interacciones entre la industria de la revisión del servicio y los proveedores, pagadores y compradores de atención en salud, y (4) el National Committee for Quality Assurance (NCQA), organismo de acreditación que ha sido reconocido como líder en el campo de la atención gestionada.

El NCQA es una organización de acreditación de OCS autónoma, no lucrativa, que ha trabajado con expertos independientes en calidad de atención en salud, compradores de atención en salud, reguladores estatales, empleadores, autoridades sindicalistas y representantes de los consumidores para desarrollar estándares que evalúen en forma efectiva los sistemas de gestión de calidad de las organizaciones de atención gestionada. La acreditación del NCQA es obligatoria en varios estados, aunque es voluntaria en la mayoría. "De los 222 planes que han sido revisados en el país por el NCQA, solamente el 37 por ciento obtuvo la acreditación plena. Un 39 por ciento adicional obtuvo una acreditación parcial, el 11 por ciento recibió una acreditación provisional y al 12 por ciento le fue negada la acreditación" (Spragins, 1996, p. 58). Los estándares de la acreditación del NCQA evalúan la estructura, el proceso y los resultados para garantizar los derechos

clave referentes al acceso, la selección, la calidad y la confidencialidad. Sus criterios de elegibilidad para la acreditación están basados en la satisfacción de ciertos estándares respecto al mejoramiento de la calidad, la gestión de la utilización, el otorgamiento de credenciales, los derechos y las responsabilidades de los miembros, los servicios de salud preventiva y las historias clínicas.

Cuerpos reguladores que vigilan la industria de la atención gestionada

El Department of Health and Human Services (DHHS) es una agencia federal a nivel del gabinete, la cual vigila los programas y las actividades gubernamentales de atención en salud, comprende la seguridad social, Medicare y Medicaid. La HCFA, la Health Resources and Services Administration (HRSA), y la Office of Prepaid Health Care Operations and Oversight (OPHOO), hacen todas parte del DHHS. La HCFA es la agencia federal responsable de administrar Medicare, vigilar la administración estatal de Medicaid y manejar el Utilization and Quality Control for Review Program. La HRSA es una agencia federal del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos dentro del DHHS, responsable del desarrollo de servicios y recursos para la atención primaria de la salud, la protección y el mejoramiento de la salud de las madres, los lactantes y los niños, así como de aquellos que se encuentran médicamente mal atendidos y de quienes tienen necesidades especiales, y finalmente, del mantenimiento nacional de una alta calidad de atención en salud.

El National Practitioners Data Bank (NPDB) fue establecido a través del Acta de mejoramiento de la calidad de atención en salud de 1986 (título IV de la Ley Pública 99-660). La responsabilidad de la implementación del NPDB reside en la Bureau of Health Professions, la HRSA y el DHHS. El NPDB es un sistema de alerta o aviso utilizado para facilitar la revisión integral de las credenciales profesionales de los practicantes de atención en salud.

*L*AS ENFERMERAS Y LA ATENCIÓN GESTIONADA

Aunque las enfermeras tienen muchas inquietudes respecto a la atención gestionada, la mayoría consideran que el marco conceptual de la misma es bueno. La filosofía de la conservación de la salud y el acceso a una atención primaria de calidad que sea efectiva respecto al costo, es aceptada tanto por las enfermeras como los consumidores y por las enfermeras como los proveedores. En realidad, un sistema integral que garantice la continuidad de la atención y promueva la prevención, el bienestar y la educación del cliente concuerda con el modelo de la enfermería correspondiente a un sistema efectivo para la prestación de atención en salud.

Temas e inquietudes

Nacionalmente, la ANA y otras organizaciones de enfermería han estado evaluando los efectos que la atención gestionada ha tenido y continuará teniendo sobre la atención de la salud y la enfermería. Tales organizaciones han estado trabajando conjuntamente en un esfuerzo por educar a las enfermeras respecto a los mercados evolutivos de la atención gestionada. Las enfermeras de todas las áreas del país y de cada especialidad reconocen que todos los consumidores deberían tener igual acceso a una atención de calidad suministrada por proveedores calificados y apoyan la mayor parte de la legislación que favorece estos aspectos.

En la Convención del Centenario de la ANA, las resoluciones relacionadas con la defensoría de los derechos de los individuos afiliados a los planes de salud fueron aprobadas por la Cámara de Delegados. La Cámara de Delegados solicitó que la ANA: (1) a través de la legislación federal y la adopción de reglas, intente contar con planes de salud que operen con el mejor interés de los participantes y beneficiarios del plan; (2) apoye la plena revelación de las cláusulas del contrato u otros acuerdos establecidos entre los compradores, los patrocinadores del plan y los proveedores, los cuales pudiesen tener el efecto de dictar las decisiones del tratamiento o las opciones de atención en detrimento del afiliado, y (3) propenda porque la regulación estatal y federal garantice al participante el acceso a la información dentro de los planes de salud, amplíe y estandarice la información reportada, y revelada, e igualmente, ofrezca la independiente revisión y apelación de los reclamos o servicios negados.

Papel de la enfermería en la atención gestionada

Hoy día las enfermeras gozan de una posición única. Ellas no sólo poseen las habilidades y los talentos indispensables en la naciente industria de la atención gestionada, sino que se encuentran políticamente posicionados para contribuir en forma significativa al desarrollo de las políticas corporativas y legislativas que orientarán la industria en el futuro.

En la actualidad existen millares de papeles disponibles para las enfermeras en el campo de la atención gestionada. Dependiendo de su experiencia, ellas pueden ocupar posiciones a nivel de ingreso, administrativo y ejecutivo. Y desde luego, para el profesional de enfermería empresario también existe el cargo de la presidencia. Cualquiera que sea el nivel en el cual las enfermeras ingresan en el campo de la atención gestionada, ellas pueden sentar la diferencia en la forma en la cual se presta la atención en salud.

Los papeles de enfermería asociados actualmente con la atención gestionada son el de proveedor de atención primaria, administrador de casos, verificación de la calidad, *triage*, defensor de los clientes, coordinador de la revisión de la utilización, administrador del riesgo, mercader, enlace con el proveedor, revisor de las regulaciones, especialista en reembolso, intérprete de los beneficios y administrador de los sistemas de información. El capítulo 21 contiene las descripciones de algunos de estos papeles y las habilidades requeridas para ser contratado para los mismos.

Thomas Wolfe dijo en una ocasión: "Si un hombre tiene talento y no puede utilizarlo, habrá fallado. Si tiene talento y utiliza sólo la mitad de éste habrá fallado parcialmente. Si tiene talento y aprende cómo utilizarlo en su totalidad, habrá alcanzado gloriosamente el éxito y logrado una satisfacción y un triunfo que pocos hombres conocerán jamás" (Forbes Leadership Library, 1995, p. 58). Utilizando efectivamente sus papeles, en el campo de la atención gestionada, las enfermeras pueden experimentar la satisfacción a la que se refiere Thomas Wolfe.

Ubicación de los papeles

Aunque algunos papeles en la atención gestionada exigen que las enfermeras trabajen en una institución (por ejemplo, un centro médico, una clínica o viajando de un hospital a otro), la mayoría de cargos tienen su sede en una oficina. Dado que el único contacto con el cliente o proveedor en estas posiciones se realiza a través del teléfono, correo electrónico o correo aéreo, la enfermera acostumbrada al

contacto personal y a la actividad y el trajín de una institución puede no sentirse feliz trabajando con papeles en lugar de clientes. Sin embargo, para la enfermera que se siente satisfecha al saber que este trabajo es tan importante como la atención directa, éste puede ser muy gratificante.

Formación de los profesionales de enfermería

Reconociendo las oportunidades presentadas a las enfermeras en el campo de la atención gestionada y, asimismo, la necesidad de encontrarse capacitadas para asumir distintas funciones, la American Nurses Foundation (ANF) y la ANA desarrollaron un plan de estudios de atención gestionada para los graduados de enfermería profesional. El curso fue diseñado para beneficiar a todas aquellas enfermeras profesionales que carecen de preparación formal en la prestación de la atención gestionada o cuya experiencia previa ha estado centrada exclusivamente en instituciones tradicionales para la atención de la salud (por ejemplo, hospitales, residencias para personas de la tercera edad). Se trata de un curso de seis créditos, de los cuales tres (45 horas) están asignados al contenido didáctico o teórico, y los tres restantes (135 horas) están asignados a la experiencia clínica o práctica. El plan de estudios del curso destaca ocho aspectos principales:

1. Cambio en el énfasis de atención de la enfermedad hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
2. Práctica basada en la comunidad.
3. Destreza tecnológica/electrónica.
4. Colaboración interdisciplinaria.
5. Mejoramiento de la calidad y manejo del riesgo en un medio sensible al costo.
6. Filosofía de la atención gestionada.
7. Ética en la atención gestionada.
8. Responsabilidad.

Si usted está considerando un cargo en la atención gestionada sería útil averiguar si este curso se ofrece en su área. Puede hacerlo contactando la asociación local de enfermería del estado, la National Student Nurses' Association o la ANA.

RESUMEN

La atención gestionada llegó para quedarse -al menos durante un tiempo—, y sería útil que cada enfermera aprendiese lo que pueda sobre este fenómeno rápidamente creciente. Este capítulo ha intentado ofrecer una comprensión más clara de lo que es la atención gestionada, cómo funciona, quiénes son los actores, en qué consiste la atención gestionada por Medicaid y cómo funciona la atención obligatoria gestionada por Medicaid, así como el efecto que este tipo de atención ha tenido y continuará teniendo sobre las enfermeras como consumidores y como proveedores. Se han explorado las ventajas y las desventajas de la atención gestionada y los conflictos éticos por ella creados. Se han discutido algunas de las innumerables controversias suscitadas por la atención gestionada y los pasos que están siendo adoptados para regular, legislar y acreditar la industria de la atención gestionada. Finalmente, se han considerado las oportunidades que la atención gestionada ha creado para las enfermeras y como éstas se están preparando para sacar provecho de tales oportunidades. La atención gestionada es todo un mundo nuevo, un mundo en el cual los profesionales de enfermería están jugando un papel significativo.

PALABRAS CLAVE

Capitación	Organización médico-hospitalaria (OMH)
Administración de los casos	Punto de servicio (PS)
Organización de proveedor exclusivo (OPE)	Previa autorización
Organización para la conservación de la salud (OCS)	Organización de proveedor preferible (OPP)
Atención gestionada	National Committee for Quality Assurance (NCQA)
Plan de estudios de atención gestionada	Revisión del servicio
Organización de atención gestionada (OAG)	

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas.

- El ímpetu tras el movimiento de la atención gestionada ha sido la necesidad de:
 - Médicos que formen asociaciones de práctica independiente (API).
 - Crear posiciones para las enfermeras de práctica avanzada (EPA).
 - Asegurar a quienes no se encuentran asegurados.
 - Controlar los rápidamente crecientes costos de atención en salud.
- Los conceptos de la atención gestionada más acordes con la agenda de enfermería incluyen:
 - Limitar las clases de profesionales licenciados que pueden prestar la atención.
 - Rehusar atender a los no afiliados.
 - La determinación de la conveniencia clínica de la atención por parte de representantes no clínicos.
 - Prestar atención de calidad que sea efectiva respecto al costo.
- Existen muchas clases de organizaciones de atención gestionada (OAG). Las siguientes organizaciones son consideradas OAG, excepto:
 - Una organización de proveedor preferible (OPP).
 - El modelo de personal de una organización de conservación de la salud (OCS).
 - El servicio de urgencias de un hospital local.
 - Un punto de servicio.
- En un sistema de reembolso capitado, un profesional de enfermería esperaría encontrar la siguiente situación:
 - No se requieren formularios de remisión si un cliente necesita ser valorado por un especialista.
 - Un proveedor recibe la misma cifra en dólares por cada cliente, cualquiera que sea su edad.
 - Un proveedor no recibe el pago con base en una tarifa por el servicio.
 - Los médicos pueden no participar en un programa de incentivos.
- Utilizando el Modelo de Alianza, la enfermera de salud comunitaria compararía el círculo interior de la atención gestionada con el siguiente papel de la atención gestionada:
 - Enfermera de administración del servicio.
 - Enfermera de atención domiciliaria.
 - Enfermera especialista clínica.
 - Administrador de casos.

6. Las organizaciones de atención gestionada (OAG) son licenciadas por:
 - A. El Gobierno federal.
 - B. Las oficinas estatales de autorización.
 - C. El Estado.
 - D. El Departamento de Salud.
7. En algunos estados, las prácticas de algunas organizaciones de atención gestionada (OAG) han llevado a la imposición de mínimos legislativos respecto a:
 - A. El número de casos que una enfermera administrador de casos puede coordinar.
 - B. El número de días de permanencia hospitalaria posparto a los cuales tiene derecho una mujer.
 - C. Los niveles salariales de los directores ejecutivos.
 - D. El número de OAG a las cuales se puede vincular un proveedor.
8. El National Committee for Quality Assurance (NCQA) ha fijado estándares para la acreditación de las organizaciones de atención gestionada (OAG) en las áreas de:
 - A. Mejoramiento de la calidad, administración del servicio, otorgamiento de credenciales, servicios de salud preventiva e historias clínicas.
 - B. Acceso, programas de incentivos para los médicos y estándares para la conservación de la salud en atención primaria.
 - C. Calidad de la atención, "reglas terminantes", "retenciones" a los médicos, efectividad respecto al costo y acceso a la atención.
 - D. Valoración y mejoramiento de la calidad, estudios de resultados y servicio de preparación prequirúrgica en la sala de urgencias.
9. En qué círculo del Modelo de Alianza está trabajando la enfermera de salud comunitaria que actúa como defensor de un cliente en una compañía de atención gestionada:
 - A. El círculo exterior.
 - B. El círculo del énfasis en las necesidades basadas en la comunidad.
 - C. El círculo de los sistemas de atención.
 - D. El círculo de las influencias sobre las decisiones para la adjudicación de los recursos.
10. El principal énfasis del plan de estudios de la atención gestionada para los profesionales graduados en enfermería diseñado por la American Nurses Foundation (ANF) y la American Nurses Association (ANA) incluye:
 - A. La colaboración interdisciplinaria.
 - B. El viraje de la promoción de la salud hacia la atención de la enfermedad.
 - C. El Modelo de Alianza para la Valoración de la Salud Comunitaria.
 - D. Cómo interpretar el gasto coronario.

RESPUESTAS

1. *La respuesta es D.* El impulso tras el movimiento de la atención gestionada fue la contención de los costos.
2. *La respuesta es D.* El concepto de la prestación de atención de calidad que sea efectiva respecto al costo es un concepto de la atención gestionada estrechamente acorde con la agenda de enfermería.
3. *La respuesta es C.* El servicio de urgencias de un hospital local no es considerado una OAG.

4. *La respuesta es C.* En un sistema de capitación, el proveedor usualmente no es remunerado con base en una tarifa por servicio.
5. *La respuesta es D.* El administrador de casos de atención gestionada y el administrador de atención del Modelo de Alianza tienen muchas responsabilidades laborales similares.
6. *La respuesta es C.* Las organizaciones de atención gestionada (OAG) son entidades legales licenciadas por el Estado.
7. *La respuesta es B.* Por lo menos 18 estados han prohibido la denominada atención acelerada de maternidad según la cual los hospitales envían a las madres de regreso a sus hogares antes de transcurridas las primeras 48 horas luego del alumbramiento.
8. *La respuesta es A.* El NCQA ha establecido los estándares para la acreditación de las OAG en las áreas de mejoramiento de la calidad, administración del servicio, otorgamiento de credenciales, servicios de salud preventiva e historias clínicas.
9. *La respuesta es D.* La enfermera de salud comunitaria que actúa como defensora del cliente con una compañía de atención gestionada está trabajando dentro del círculo de las influencias sobre las decisiones para la adjudicación de los recursos del Modelo de Alianza.
10. *La respuesta es A.* La colaboración interdisciplinaria es uno de los principales aspectos del plan de estudios de la atención gestionada para los graduados en enfermería profesional diseñado por la ANF y la ANA.

REFERENCIAS COMENTADAS

American Academy of Nursing. (1993). *Managed care and national health care reform: Nursing can make it work*. Washington, DC: Autor.

Esta publicación define la atención gestionada, explica las diferentes clases de atención gestionada y el papel que desempeña la enfermería en ella.

American Nurses Association. (1996, Winter). Understanding the moral life. ANA Center for Ethics and Human Rights. *Communique*, 4(3).

Comunicado publicado trimestralmente; contiene artículos sobre temas relevantes para enfermería.

American Nurses Association. (1995). Managed care: Challenges and opportunities for nursing. *Nursing Facts*. Washington, DC: Autor.

Esta publicación contiene las estadísticas sobre la atención gestionada incluyendo las clases de organizaciones de atención gestionada (OAG), la acreditación de las OAG, los escenarios de la atención gestionada y los papeles de enfermería.

Forbes Leadership Library. (1995). *Thoughts on success*. Chicago: Triumph Books.

Selección de pensamientos de líderes industriales, cabezas de Estado, filósofos, educadores, autores y líderes militares. Todos se enfocan en el significado del éxito.

Freudenheim, M. (abril 11 de 1995). Penny-pinching H.M.O.'s showed their generosity in executive paychecks. *The New York Times*, p. D1.

Este artículo explora cómo las OCS presionan a los proveedores de atención en salud para reducir los costos, mientras recompensan a sus principales ejecutivos con importantes paquetes salariales.

Fubini, S. (1995). National health expenditures forecast 1994-1996. *Healthcare Trenas Report*, 9(5), 3.

Carta mensual que actualiza a los lectores sobre las tendencias en la industria de los servicios de salud.

Hart, S. (1995). *Managed care curriculum for baccalaureate nursing program*. Washington, DC: American Nurses Association.

Esta publicación contiene una visión global, la descripción, los objetivos del curso y el diseño del plan de estudios. También incluye una definición de términos, referencias y bibliografía.

Kellet, A., Leonard, M., Craig, G., y col. (1996). *Report of the task force on standards and regulation of managed care to the congress on nursing practice*. Washington, DC: American Nurses Association. Unpublished paper.

El informe contiene un análisis de nueve diferentes cuerpos reguladores involucrados en la atención gestionada. El análisis considera la estructura, el proceso y los resultados.

Kogan, R. (1996). *A closer look at federal caps and state matching requirements. Inside Medicaid managed care*. Gaithersburg, MD: Aspen Publications.

Publicación con artículos sobre diferentes aspectos de la atención gestionada. El autor es un experimentado analista político del Center on Budget and Policy Priorities con sede en Washington, DC.

Leonard, M. (mayo de 1996). Testimony to the New York State democratic task force on health care in New York State. Unpublished data.

Este testimonio atañe a la atención gestionada. Describe la filosofía de la enfermería respecto al mantenimiento de la salud y el acceso a una atención de calidad, efectiva con relación al costo. Se refiere a las inquietudes de enfermería sobre temas tales como el acceso, los derechos de los pacientes y la confidencialidad. También discute el tema de las enfermeras que trabajan como proveedores de la atención primaria en el campo de la atención gestionada.

Meyers, G. (1996). *Memorandum from the New York State Nurses Association (NYSNA) legislative program regarding managed care*. Guiderland, NY: NYSNA Legislative Department.

Este documento contiene una recopilación de información sobre los recortes del presupuesto federal y el impacto sobre el estado de Nueva York. La señora Meyers hace cabildeo para la NYSNA.

Department of Health and Hospitals, Archdiocese of New York. (1995). *Managed care: A challenge to the healthcare ministry of the Catholic Church*. Paper presented at the New York State Catholic Healthcare Council Annual Meeting. Nueva York, NY.

Esta conferencia indaga cómo la atención gestionada está afectando al Ministerio de Salud y los efectos proyectados.

New York State Department of Social Services and the Department of Health. (1991). *New York State managed care plan*. Nueva York: Autor.

Documento presentado al Gobernador y la legislatura conforme al capítulo 165 de las leyes de 1991, contiene los detalles de este plan de atención gestionada, los objetivos, los aspectos políticos clave, los tipos de reembolso y las normas.

Northrop, C, & Kelly, M. (1987). *Legal issues in nursing*. St. Louis, MO: C. V. Mosby.

Los autores de este libro son enfermeras abogados que desean educar a las enfermeras sobre las leyes. Cada capítulo ofrece una visión global de un escenario de práctica particular, identifica los aspectos legales en esa área del ejercicio, aplica la ley y la legislación específica del caso, discute los estándares, brinda recomendaciones e identifica las tendencias.

Spragins, E. (junio 24 de 1996). Does your HMO stack up? *Newsweek*, pp. 56-63.

Este artículo contiene los resultados de una encuesta que califica a 43 de las más grandes OCS de Estados Unidos.

Stiller, A., & Brown, H. (1996). Case management: Implementing the visión. *Nursing Economics*, 14(1), 9-20.

Este artículo discute la administración de los casos como una estrategia para reestructurar el sistema de prestación de atención de salud. Describe los pasos de la planeación de los programas de administración de los casos y cómo educar al personal de la agencia.

Wooster, D., & Fortham, T. (marzo/abril de 1996). Clinical pathways before implementing a clinical improvement program. *Best Practices and Benchmarking in Health Care*, p. 84.

Análisis objetivo del fenómeno de la vía clínica. Observa los orígenes, los elementos y el propósito de esta técnica para el mejoramiento clínico y critica los resultados de la vía.



FUTUROS RETOS Y OPORTUNIDADES PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

"No existe la seguridad en esta tierra, sólo la oportunidad" (Douglas MacArthur). Nunca antes un número tan pequeño de palabras había tenido un significado tan grande para las enfermeras. Enfermeras que durante la mayor parte de sus vidas profesionales han disfrutado el lujo de la estabilidad laboral, se ven ahora amenazadas por la inseguridad ocupacional y la pérdida del empleo. Los titulares de muchos importantes diarios nacionales están llenos de predicciones fatalistas para aquellos individuos empleados en el campo de la atención de salud. Las fusiones a gran escala, unidas al cambio hacia la atención gestionada, han impactado seriamente la profesión de enfermería.

En el aspecto negativo, los hospitales están sufriendo recortes, reasignando el personal y permitiendo que las enfermeras se marchen. Las facultades de enfermería están cerrando sus programas genéricos puesto que son demasiado costosos y sus programas de doctorado no cuentan con un número adecuado de docentes. Las admisiones están restringidas por temor a que no existan cargos disponibles para los egresados. Las enfermeras administradores han perdido su trabajo a medida que las juntas hospitalarias cierran las salas de los hospitales y eliminan los cargos administrativos superiores.

En el aspecto positivo, se proyecta que el cambio desde las instituciones de atención aguda hacia las instalaciones de atención comunitaria y ambulatoria incrementará considerablemente el número de cargos de enfermería en estos escenarios. Además, el énfasis creado por la atención gestionada sobre la atención primaria de salud ha originado la necesidad de un número significativamente mayor de **enfermeras de práctica avanzada (EPA)**. En respuesta a estos cambios, las facultades de enfermería han comenzado a rediseñar sus programas genéricos otorgando mayor énfasis a la enfermería para la salud comunitaria y muchas han iniciado programas para las practicantes de enfermería. Los programas acelerados que ofrecen un título asociado a los programas de maestría han ganado popularidad. Un número cada vez mayor de enfermeras ha comenzado a darse cuenta de la necesidad de recibir educación adicional y está retornando a las facultades para obtener un título avanzado en enfermería, salud pública, salud comunitaria y administración de empresas.

Muchas enfermeras consideran estos cambios como amenazas para una profesión en la cual se sienten cómodos. Por tanto, es importante que comprendan que los cambios originados por las fusiones a gran escala y por la atención gestionada constituyen simplemente nuevos retos que deben ser afrontados, y entiendan que cambio más reto son iguales a oportunidad.

Este capítulo examina el estado de la enfermería en la nación y expone las fortalezas y debilidades de la profesión. Analiza algunas de las razones por las cuales

Enfermera de Práctica Avanzada (EPA). Este es el amplio término utilizado para designar a algunas enfermeras que obtienen títulos o certificaciones más allá del nivel básico, tales como practicantes de enfermería, enfermeras parteras certificadas, enfermeras especialistas clínicas y enfermeras anestelistas certificadas registradas.

CONTENIDO DEL CAPITULO

- Estado actual de la enfermería
- Oportunidades para los profesionales de enfermería
- Vías profesionales
- Habilidades necesarias para sobrevivir y alcanzar el éxito
- Educación Afiliación profesional Resumen

en este momento la enfermería es y no es una carrera electiva. Evalúa las oportunidades ofrecidas a las enfermeras por el cambiante sistema de atención de salud, y describe las aptitudes que aquellos precisan para aprovechar tales oportunidades.

Mientras se exploran los retos y las oportunidades afrontados actualmente por las enfermeras, también se discuten las diferentes vías creadas por los líderes de la profesión con objeto de preparar a las enfermeras para el futuro, vías que las orientarán a través de las transiciones de los papeles, las transformaciones de los escenarios laborales y el cambio paradigmático introducido por la atención gestionada. "El término paradigma implica una visión o filosofía mundial generalmente aceptada, estructura dentro de la cual se encuentran organizadas las teorías de la disciplina" (Chin y Jacobs, p. 85). Se examina la viabilidad de los peldaños profesionales y las habilidades necesarias para escalarlos. Se discute la práctica diferenciada de la enfermería y los planes educativos diseñados para llevar a la enfermera de la categoría de novata a la de experta. Por último, se analiza la importancia de la afiliación profesional y cómo las enfermeras pueden resultar beneficiados al pertenecer a sus organizaciones profesionales y especializadas.

ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMERÍA

Este capítulo fue diseñado para compartir información importante sobre el estado actual de la profesión de enfermería y proporcionar estadísticas de la ocupación a fin de ayudar a las enfermeras a obtener sus propias conclusiones. La información y las estadísticas incluyen: ¿Cuántas enfermeras existen? ¿Cuántos se necesitarán en el futuro? ¿Qué visión se tiene de la profesión? ¿Quiénes son las personas que ingresan a ella? ¿Qué educación reciben? ¿Dónde laboran? ¿Cuánto devengan? Se considera que esta información ayudará a los estudiantes a encontrar la respuesta a la siguiente pregunta: ¿Sigue siendo la enfermería la carrera de mi elección?

¿Cuántas enfermeras existen? En Estados Unidos existen alrededor de 2,2 millones de enfermeras y cada año se suman a esta cifra cerca de 50 mil nuevos egresados. Esto significa que hay más de dos millones de enfermeras "ayudando al individuo (enfermo o sano) a desempeñar aquellas actividades que favorecen su salud o su recuperación (o contribuyen a una muerte tranquila), las que podría realizar sin ayuda si tuviese la fortaleza, la voluntad o el conocimiento necesario" (Harmer y Henderson, 1960, p. 4). Estas enfermeras provienen de diversos medios y han recibido diferentes grados de educación para satisfacer las distintas necesidades de atención de salud de la población.

¿Cuántas enfermeras se necesitarán en el futuro? Es importante recordar que el aporte, la demanda y la necesidad de las enfermeras registradas ha sido cíclica. Hace no mucho tiempo, Estados Unidos experimentó una severa escasez de enfermeras, resultado de una predicción según la cual se produciría un exceso de profesionales. Esta falsa predicción llevó a una reducción de los admitidos a las facultades de enfermería lo cual, a su vez, condujo a un déficit de profesionales. Dicha escasez dio como resultado unos aumentos sin precedentes en los salarios de las enfermeras así como en los **bonos extraordinarios** pagados a los nuevos empleados y a las enfermeras que remitieran nuevos empleados. Esto también condujo a la amplia contratación internacional de enfermeras provenientes de otros países, especialmente Irlanda y Filipinas.

Actualmente, existe preocupación porque este último intento por **recortar** la fuerza laboral de enfermería pueda originar una escasez de profesionales. En las más recientes proyecciones de contratación realizadas por la Oficina de Estadísti-

Bonos extraordinarios. Estos son bonos pagados generalmente en efectivo, ofrecidos a los enfermeros para animarlos a solicitar empleo en una institución o estimular a aquellos que ya laboran en una institución con objeto de que actúen incorporando personal.

Recorte es el término utilizado para describir la reducción del personal laboral.

cas Laborales (OEL) correspondientes a la industria de los servicios de salud para el periodo 1994-2005, se informó que tal industria estaba entre las diez industrias con proyecciones de más rápido crecimiento; la OEL también clasificó a las enfermeras registradas en el quinto lugar entre las ocupaciones con las proyecciones de mayor crecimiento laboral. Se anticipa que, pese a la reestructuración de la actual industria de atención de la salud, la enfermería disfrutará un aumento en el número de empleos.

¿Qué visión se tiene de la profesión? Las enfermeras tienen diferente edad, color y sexo. Algunas están casadas y otras son solteras. Algunas han escogido la enfermería como su primera carrera, mientras otras la han seleccionado como segunda profesión. En los últimos diez años ha aumentado el número de personas que han optado por la enfermería como segunda ocupación, motivo por el cual muchas enfermeras poseen títulos profesionales en artes libres y otros campos de estudio. La enfermería también es popular como segunda opción entre policías, bomberos y técnicos de urgencias médicas. Según *The Registered Nurse Population, Findings from the National Sample Survey of Registered Nurses* [U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), 1992], la edad promedio de las enfermeras registradas es de 43 años. Más de 60 por ciento de las enfermeras registradas tienen 30 a 59 años de edad, mientras sólo 11 por ciento son menores de 30.

Noventa por ciento de las enfermeras registradas son de origen caucásico, siendo no caucásicas el diez por ciento restante, porcentaje que incluye afro-americanas, cuatro por ciento; asiáticas/isleñas del Pacífico, 3,4 por ciento; hispanas, 1,4 por ciento; indias americanas y nativas de Alaska, 0,4 por ciento.

Aproximadamente 95 por ciento de las enfermeras registradas son mujeres, pero cada día un número mayor de hombres está escogiendo la enfermería como



FIGURA 21-1

carrera. Entre 1980 y 1992 hubo un incremento de 97 por ciento en el número de hombres que ingresaron a la profesión.

La mayoría de enfermeras son empleados de tiempo completo y del total de enfermeras empleados, aproximadamente el 33 por ciento tiene hijos. Cerca de 72 por ciento de las enfermeras están casados; 17 por ciento son viudos, divorciados o separados, y sólo un poco más del uno por ciento nunca han contraído matrimonio.

¿Qué educación reciben las enfermeras? En los últimos cinco años parece que el título de elección era un título asociado: aproximadamente el 59 por ciento de las enfermeras obtenía su título en tales programas. En general, el 34 por ciento de las enfermeras recibió su educación básica de enfermería en programas diplomados; 28 por ciento en programas de título asociado; 27 por ciento en programas profesionales, y tres por ciento son educados en el exterior. La tendencia, sin embargo, está cambiando hacia la educación superior.

¿Dónde laboran y cuánto reciben las enfermeras? Aproximadamente 67 por ciento de todas las enfermeras registradas empleadas laboran en instituciones hospitalarias; diez por ciento en salud comunitaria y pública; ocho por ciento en atención ambulatoria; siete por ciento en residencias para personas de la tercera edad e instituciones de atención de larga estancia; dos por ciento en educación de enfermería; dos por ciento en salud estudiantil; uno por ciento en salud ocupacional; tres por ciento en juntas estatales de enfermería, agencias de planeación de salud e instituciones correccionales, y dos por ciento son empleadas independientes. La OEL proyecta un aumento de 127 por ciento en el número de enfermeras empleadas en salud domiciliaria durante el período 1994-2005, y un incremento de 77 por ciento en el número de enfermeras empleadas en instituciones para personas de la tercera edad. La tabla 21-1 muestra el promedio salarial nacional de las enfermeras en los diferentes escenarios y distintos papeles.

OPORTUNIDADES PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Créalo o no, la impresionante transformación de la industria de la atención de salud ha generado un número de oportunidades para las enfermeras, desde la recién egresada hasta la profesional con varios años en el ejercicio. La recién

*

TABLA 21-1

SALARIOS PROMEDIO DE LAS ENFERMERAS REGISTRADAS

Enfermera de personal hospitalario	US\$ 36.618
Enfermera de personal de salud comunitaria/pública	US\$ 32.621
Enfermera de personal de atención ambulatoria	US\$ 27.949
Enfermera de personal de residencias para la tercera edad	US\$ 31.298
Administradoras	US\$ 45.071
Instructoras	US\$ 36.896
Supervisoras	US\$ 38.979
Enfermeras especialistas clínicas	US\$ 58.185
Enfermeras practicantes	US\$ 43.636
Enfermeras anestelistas	US\$ 76.053
Enfermeras parteras	US\$ 43.636

NOTA: Adaptado de *Nursing Facts* (pp. 3-4), de la American Nursing Association, 1995, Washington, DC: La autora. Reimpreso con autorización.

egresado, si está adecuadamente preparado, considerará tales cambios como retos; sin embargo, a la enfermera que ya se encuentra laborando en la profesión puede resultarle difícil vivir con estos cambios. Se espera que estas profesionales experimentadas identifiquen los retos y se preparen para superarlos. Este capítulo ha sido diseñado como un recurso no sólo para la estudiante sino para el recién egresado y el profesional experto. Para citar a Edgar Watson Howe: "Cada una de las personas exitosas sobre las cuales he tenido noticia, ha dado lo mejor de sí en las circunstancias dadas, sin esperar que éstas mejorasen con el transcurso del tiempo" (Forbes Leadership Library, 1995, p. 106). Por tanto, las enfermeras deben "hacer las cosas lo mejor que puedan en las condiciones que encuentren", además de ejercer su influencia para informar y estructurar el sistema de prestación de atención de la salud.

¿Cuáles son las condiciones? En realidad, las condiciones son buenas. Existen predicciones de un incremento del 25 por ciento en los cargos de las enfermeras registradas para el año 2005. La atención gestionada ha abierto más ampliamente las puertas para las EPA. Los salarios de las enfermeras se encuentran en un nivel máximo y la mayoría de ellos cuenta con excelentes paquetes de beneficios de salud. Aún existe el reembolso de la matrícula para muchas enfermeras y muchos planes educativos están diseñados para adaptarse al estilo de vida del estudiante adulto de tiempo parcial que labora durante tiempo completo y tiene muchas responsabilidades adicionales. Las enfermeras se han unido y la voz de la enfermería ha sido escuchada por la legislatura; ellos han sido invitados a discutir las políticas de atención de salud y han sido reconocidos como uno de los principales actores en el sistema de dicha atención.

¿Dónde se encuentran las oportunidades para las enfermeras? Las oportunidades para las enfermeras se encuentran en: (1) atención aguda, (2) salud comunitaria, (3) atención a largo plazo y (4) atención gestionada.

Atención aguda. Siempre existirá la necesidad de enfermería para la atención aguda, aunque muchas enfermeras que laboran en hospitales temen que los días de la enfermería junto al lecho del enfermo estén llegando a su fin. Ellas temen que la tendencia actual a utilizar técnicos certificados y personal asistente no licenciado (PNL) para la prestación de la atención junto al lecho del paciente, está poniendo en serio peligro la atención y la seguridad del paciente y las posiciones de la enfermería. Esta creciente utilización de PNL para dotar de personal a los hospitales concuerda con las proyecciones emitidas por la OEL, las cuales muestran que aunque se presentará un aumento de 12,5 por ciento en los cargos hospitalarios para las enfermeras registradas, se producirá una disminución de 6,3 por ciento en el número de enfermeras registradas empleadas en los hospitales debido a los recortes y los despidos. En consecuencia, la American Nurses Association (ANA) ha lanzado una campaña para garantizar que los pacientes reciban atención de calidad prestada por enfermeras licenciadas calificadas. Esta *campaña multimedia* está diseñada para aumentar la conciencia del público y de los legisladores respecto a esta práctica potencialmente peligrosa. Dicho simplemente, un trabajador de atención de salud no licenciado, que recibe de 6 a 12 semanas de entrenamiento, no puede de ningún modo tener la base de conocimiento científico sobre la cual las enfermeras licenciadas toman las decisiones para la prestación de la atención.

La mayoría de las enfermeras de atención aguda continuarán laborando en instituciones hospitalarias, pero un gran número trabajará en instalaciones de atención ambulatoria tales como los centros quirúrgicos ambulatorios y centros de atención de urgencias. Las enfermeras de atención aguda también pueden descu-

brirse a sí mismas trabajando en las divisiones de avanzada tecnología de las agencias de atención domiciliaria.

Las enfermeras de atención aguda deben efectuar los pasos necesarios para mantener actualizada su base de conocimientos y sus habilidades, dado que generalmente las oportunidades que este profesional tiene para avanzar en las entidades hospitalarias se presentan en forma de peldaños profesionales o implican niveles avanzados de competencia. Muchos de estos cargos expertos en atención aguda están siendo ocupados por EPA y el número continuará aumentando.

Salud comunitaria y pública. La comunidad brinda a las enfermeras el mayor número de oportunidades. También ofrece una variedad de escenarios: atención domiciliaria, centros para la atención en salud familiar, agencias de salud pública, organizaciones de salud comunitaria, centros de atención ambulatoria, clínicas escolares, atención de hospicios, sitios de salud ocupacional y el ejército. Otra muy interesante área en el campo de la salud pública es el Servicio de Salud Indio (SSI), el cual emplea a más de 2.500 enfermeras. El SSI es una agencia del U.S. Public Health Service, DHHS. Éste opera un sistema integral de prestación del servicio de salud dirigido a 1,3 millones aproximadamente de los dos millones de indios americanos y nativos de Alaska pertenecientes a las 540 tribus federalmente reconocidas en Estados Unidos.

Atención a largo plazo. Las instituciones de atención a largo plazo han experimentado un enorme crecimiento en el transcurso de la última década. La OEL proyecta que el crecimiento en esta área continuará, que dará como resultado un aumento de 77 por ciento en las posiciones para las enfermeras registradas entre 1994 y el año 2005. Estas proyecciones concuerdan con el incremento en el número de personas mayores de 65 años esperado en el año 2005 y la explosión anticipada en este grupo de edad en el año 2010, cuando los "baby boomers" comiencen a cumplir 65 años (el envejecimiento de Estados Unidos).

También se ha producido un aumento en el número de pacientes crónicamente enfermos que requieren atención en instalaciones de atención extendida y en el hogar. Este incremento es el resultado de los avances en el tratamiento de los pacientes crónicos, lo cual ha prolongado la expectativa de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas tales como la esclerosis múltiple.

La atención de enfermería a largo plazo puede ser suministrada en residencias para personas de la tercera edad, instituciones de atención de larga estancia, instalaciones de supervivencia asistida, entidades relacionadas con la salud o el propio hogar del paciente. Las enfermeras con experiencia en geriatría se sentirán bien en este campo.

Atención gestionada. Con el advenimiento de la atención gestionada se han presentado gran cantidad de oportunidades para las enfermeras. El énfasis en la atención primaria ha aumentado considerablemente la demanda de las EPA. Las organizaciones para la conservación de la salud (OCS) han creado toda una variedad de nuevos cargos, tales como enfermeras para la revisión del servicio, analistas de los beneficios y especialistas en reembolso, para mencionar sólo unos pocos. Muchas OCS han tomado los cargos existentes y los han ampliado mediante la adición de responsabilidades; por ejemplo, actualmente al realizar sus evaluaciones, las enfermeras encargados de corroborar la calidad deben considerar el costo y la utilización; los administradores de los casos se encargan hoy de la totalidad (no sólo de una parte) de la atención del paciente y de agregados de pacientes, y el profesional de enfermería en *triage* en el servicio de urgencias ya no sólo evalúa la

necesidad de que un paciente sea visto por un médico sino que también determina si el paciente debe ser trasladado del servicio de urgencias a un centro de atención de emergencia, un centro de salud o el consultorio de un proveedor de atención primaria. Aunque estas nuevas responsabilidades pueden representar novedosas e importantes oportunidades para las enfermeras, también pueden confundir a algunas enfermeras que están intentando decidir la vía profesional a seguir.

VÍAS PROFESIONALES

Existe una diferencia significativa entre una carrera y una ocupación. En el *Webster*, ocupación se define como "una pieza de trabajo, un empleo remunerado regular" (1976, p. 1217) y carrera como "un curso de progreso continuo; una profesión para la cual uno recibe educación especial y que se asume como una vocación permanente" (1976, p. 338). La decisión de escoger una ocupación de enfermería o una carrera de enfermería es personal pero debe tomarse tempranamente. Si la enfermería es una opción profesional, entonces es indispensable familiarizarse con las vías profesionales disponibles. Si su meta consiste en trabajar en la atención directa del paciente, la administración, la academia o la investigación, puede ser una buena idea hablar con las personas que ya están trabajando en el campo y preguntarles por qué escogieron esta área. ¿Cuánto tiempo han permanecido en este campo? ¿Están satisfechas con su selección? ¿Cuáles son las desventajas? ¿Existen oportunidades para progresar? De ser así, ¿qué habilidades se requieren y qué credenciales educativas son esenciales? Este tipo de discusión frente a frente es muy valiosa cuando se intenta escoger entre los campos de la enfermería disponibles. Para cada una de las vías profesionales previamente discutidas, enfermería ofrece diversas áreas de especialización tales como atención aguda, atención primaria, atención comunitaria, atención domiciliaria, atención ambulatoria, atención gestionada, tratamiento del abuso de sustancias, educación tanto en la academia como en el desarrollo del personal, salud escolar, salud ocupacional, **informática para enfermería**, políticas de salud pública, regulación y acreditación, y práctica independiente.

Es importante comprender que todas las vías profesionales siguen la teoría de la pirámide. Existen muchas personas con habilidades de nivel básico, que abarcan el gran número de enfermeras que se encuentran en la base de la pirámide. A medida que se asciende en la jerarquía de la pirámide, existe un menor número de enfermeras calificados para encontrarse en el siguiente nivel, en el cual hay menos espacio. Este ascenso en la jerarquía se logra de diferentes maneras y a través de distintas vías profesionales; por ejemplo, en un sistema hospitalario, usualmente se logra por medio de un mecanismo de peldaños profesionales. En la academia, lograr un nombramiento es considerado un paso gigantesco en la pirámide. Recuerde: "La escalera del éxito no se fija en quién la asciende" (Forbes Leadership Library, 1995, p. 108). La figura 21-2 muestra distintas vías profesionales. Aunque hay jerarquías en las diferentes áreas de enfermería y existen formas diversas de ascender en estas jerarquías, debería existir una comprensión y valoración mutua entre los diferentes papeles y capacidades de todos las enfermeras en el sistema de atención de salud.

En un *modelo para la práctica diferenciada de enfermería* se enunció que: "La valoración y la conciencia mutua de quienes participan en los diferentes papeles es crítica... Las relaciones de colaboración entre las enfermeras que se desempeñan en los diversos papeles de enfermería deben estar basadas en el mutualismo; la experiencia de cada persona es reconocida como necesaria para brindar una atención de la más alta calidad. La valoración mutua conduce al crecimiento, descubri-

Informática en enfermería. Esta es un área de especialización relativamente nueva para los enfermeros. Enfatiza la experiencia en computadoras, el análisis de los datos y el manejo de los sistemas de información.

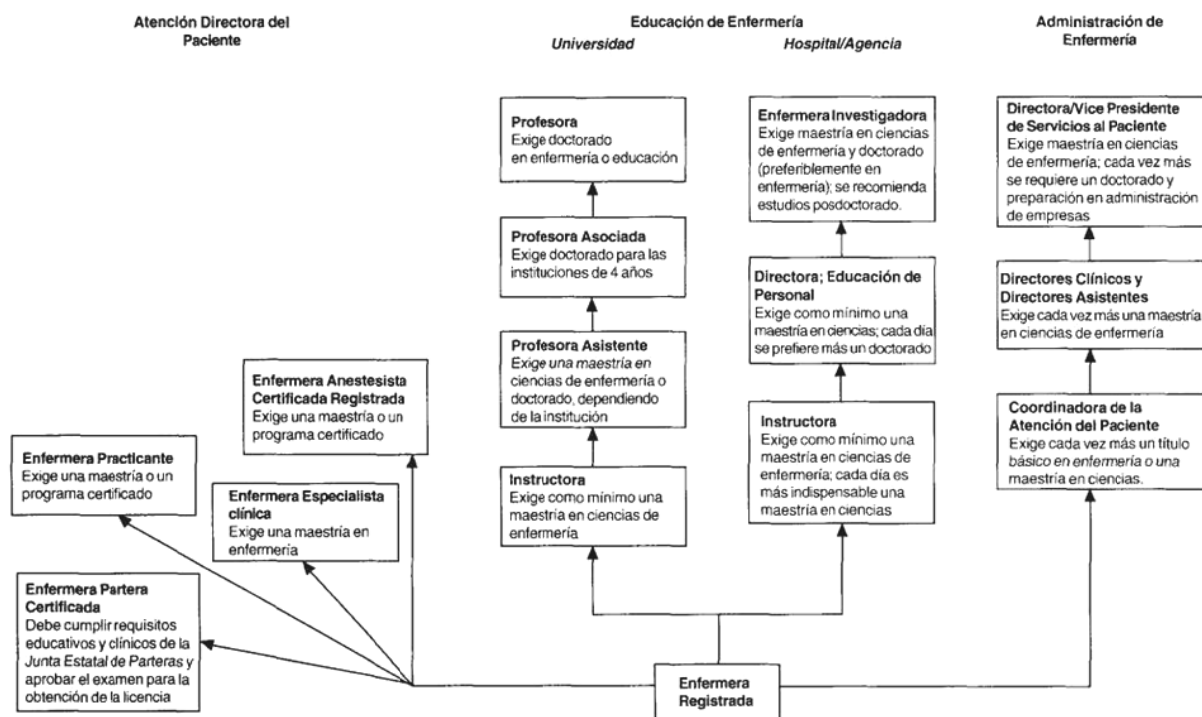


FIGURA 21-2 Adaptado de "Vías profesionales para las enfermeras". (NOTA: Tomado de *Su Futuro en la Enfermería: Una Guía para la Planeación Profesional de las Enfermeras* (pp. 8-9), por la Asociación de Enfermeras del Estado de Nueva York, 1996, Latham, NY: La Autora. Reimpreso con autorización).

miento y conocimiento de uno mismo y al respeto por los restantes papeles del ejercicio. La relación es la base de la práctica de enfermería; las relaciones con el cliente y la familia así como las relaciones entre las diversas funciones de la enfermería realizadas dentro de una comunidad profesional diferenciada reemplazan el antiguo paradigma 'una enfermera que es una enfermera es una enfermera'" (American Association of Colleges of Nursing, 1995, p. 13). Este modelo puede ser útil a las enfermeras mientras la necesidad de un entrenamiento cruzado y de una comprensión mutua sobre lo que hacen las enfermeras sea primordial en el pensamiento de la enfermería y la percepción del público.

Cualquiera que sea la vía profesional de enfermería seleccionada, la aproximación a la experiencia es ascendente y en la cima de la pirámide sólo hay espacio para unos pocos. Aquellos pocos que llegan a la cima han alcanzado el éxito mediante un trabajo arduo, la experiencia, los contactos y la educación.

HABILIDADES NECESARIAS PARA SOBREVIVIR Y ALCANZAR EL ÉXITO

En el cambiante medio de la atención de salud, una cosa resulta perfectamente clara. El profesional de enfermería de hoy debe ser flexible, dócil, actualizado y dedicado. Algunas enfermeras tienen dificultades con el cambio puesto que sienten que no se encuentran preparados para manejar los retos que éste representa. Una manera de evitar convertirse en un producto rígido, desactualizado y no comerciable consiste en considerar el crecimiento individual como un deber.

Benjamin Disraeli dijo: "El gran secreto del éxito en la vida de un ser humano es estar listo cuando se presente su oportunidad" (Forbes Leadership Library, 1995, p. 106).

Las enfermeras pueden prepararse para la oportunidad mediante su propio empoderamiento, el cual se puede adquirir a través del compromiso personal de un aprendizaje vitalicio. Para ser líderes efectivos en la industria de atención de salud, las enfermeras deben poseer muchas habilidades. Algunas de estas aptitudes deberían servir como base a todas las enfermeras en el medio actual de atención de salud mientras ellas persiguen sus sueños y realizan sus metas profesionales.

Agentes del conocimiento

Las enfermeras deberán ser agentes del conocimiento de la atención de salud y embajadores de la buena salud. Esto puede lograrse obteniendo tanto conocimiento como sea posible proveniente de diversas fuentes y utilizando distintas herramientas. Una vez que este conocimiento es asimilado, las enfermeras pueden compartirlo entonces con sus colegas, pacientes, consumidores y legisladores. El conocimiento es poder y las enfermeras necesitan el poder para continuar siendo líderes en la industria de la atención de salud.

Los agentes del conocimiento son aquellas enfermeras que están a la vanguardia de la atención de salud, es decir, las enfermeras que hacen parte del íntimo círculo de los "líderes y agitadores" y que tienen conocimiento de primera mano sobre los próximos cambios en la atención de la salud. Estas son las enfermeras que pertenecen a las fuerzas laborales de las políticas nacionales de salud, los comités estatales de atención de salud y las juntas estatales de enfermería. El conocimiento que estas enfermeras poseen debe ser juiciosamente compartido (agenciado) de modo que sea posible obtener máximos beneficios.

Para ser agentes del conocimiento, las enfermeras deben aprender a recopilar y analizar los datos; deben comprender cómo funcionan los sistemas de información y deben tener acceso al diseño del sistema con objeto de obtener los datos deseados.

Habilidades informáticas

Un conocimiento básico en sistemas es indispensable, no sólo para alcanzar el éxito, sino para sobrevivir en la industria de atención de la salud. "El uso de las computadoras en la atención de salud se está disparando" (Henderson y Deane, 1996, p. 188). Los estudios han demostrado que los estudiantes de enfermería tienen más experiencia en computadoras que las enfermeras tituladas, lo cual puede atribuirse a la mayor utilización de las computadoras en los escenarios educativos. Sin embargo, existen antecedentes de no utilización y oposición a las computadoras entre las enfermeras; las causas de esta oposición incluyen desde factores técnicos, tales como la carencia del *hardware* (la computadora misma) o la mala calidad técnica del sistema de la computadora, hasta factores psicológicos tales como la ansiedad y la contrariedad ocasionadas por la computadora. Las enfermeras pueden superar esta resistencia: (1) familiarizándose con las computadoras y el lenguaje informático y (2) uniendo la fuerza laboral de los sistemas de manejo de información (SMI) de sus organizaciones, de modo que ellas puedan influir las decisiones sobre los sistemas informáticos que serán adquiridos y los programas imprescindibles para ayudar a la enfermería en sus funciones.

La página Web de la ANA es el formato de información de la ANA en Internet.

El conocimiento informático puede adquirirse tomando cursos de sistemas y aprendiendo respecto a las múltiples aplicaciones que las computadoras tienen en enfermería. Las clases de informática se ofrecen en múltiples escenarios, como las universidades, departamentos de desarrollo del personal hospitalario, distribuidores de computadoras, clases educativas para adultos en colegios y bibliotecas, y finalmente el propio domicilio. En la actualidad, en la mayoría de los estados el examen para la licenciatura de la enfermera titulada es realizado en computadora.

El correo electrónico (e-mail) y el Internet son dos herramientas adicionales que pueden ser útiles para las enfermeras. Actualmente muchas fuentes de información disponibles "en línea" permiten a las enfermeras realizar extensas investigaciones bibliográficas. **La página Web de la American Nurses Association** ofrece información actualizada sobre los aspectos legislativos que afectan a enfermería.

Habilidades en el manejo de la información

El medio actual de atención de salud debe contar con sistemas de información innovadores como herramientas de manejo esenciales que permitan un acceso rápido y eficiente a la información del paciente. Las enfermeras, como el más grande grupo de profesionales en el campo de atención de la salud, deben participar en este proceso de manejo de la información. Ellos deben saber cómo ubicar, seguir y analizar los datos. También deben ser capaces de proyectar las probabilidades estadísticas de su análisis de datos. Las computadoras, por supuesto, pueden hacer que este proceso sea mucho más fácil.

Siempre ha sido difícil obtener los datos por parte de las enfermeras porque ellos se encuentran "demasiado ocupados" para llenar cuestionarios o completar formularios de informes adicionales, que consideran irrelevantes para lo que ellos hacen. Por tanto, es muy importante explicar el propósito de la recolección de los datos y compartir con las enfermeras participantes los resultados de las encuestas y los estudios. También es importante que la recolección de los datos se realice de manera que obstruya lo menos posible el trabajo cotidiano del profesional de enfermería. Es aquí donde las computadoras han demostrado ser muy efectivas. Si los datos son rastreados por computadora, las enfermeras estarán más dispuestas a cumplir las solicitudes de la encuesta pues sólo se requiere presionar unas cuantas teclas. Estos datos pueden ser rastreados y analizados para arrojar información útil. La información es lo que orienta tanto a la industria de atención de la salud como a la profesión de enfermería misma. De este modo, aprender a utilizar una computadora redundará en el beneficio de cada enfermera; sin estas habilidades, las enfermeras quedarán rezagadas.

Habilidades en los medios

El profesional de enfermería de hoy debe ser un maestro en los medios. Él no sólo debe ser capaz de utilizar los diferentes medios como modalidades de enseñanza y aprendizaje, sino que también debería ser capaz de contribuir a realzar la imagen de las enfermeras y a adelantar la agenda de enfermería a través del uso de los medios masivos.

El uso cada vez mayor de los medios audiovisuales y de los discos interactivos de computadora como ayudas para la docencia y el aprendizaje son testimonio de su efectividad. Pronto habrá en venta tantos videos de las organizaciones de enfermería y casas editoriales como existen actualmente materiales impresos. Cada día un mayor número de textos son vendidos con versiones del mismo en discos de computadora.

Medios impresos. Los medios impresos son, y sin duda seguirán siendo, la fuente más importante de divulgación de la información. El número de revistas profesionales, comunicados industriales y cartas de organizaciones especializadas se eleva constantemente. Además, muchas enfermeras están escribiendo artículos en publicaciones no profesionales (por ejemplo, *Business Week*, *Modern Woman*). Muchos temas importantes que atañen a enfermería han sido presentados como perfiles en algunos de los principales diarios de la nación tales como *The Washington Post*, *The New York Times* y *Los Angeles Times*.

Una buena forma de iniciarse en la escritura de una publicación consiste en dirigir cartas al editor de un periódico local o escribir un artículo para la edición de una organización local de enfermería. A los editores generalmente les agrada recibir cartas y artículos.

Radio y televisión. Las enfermeras también se han percatado del amplio impacto que la radio y la televisión tienen en los millones de personas que conforman su audiencia. Importantes estaciones nacionales, así como estaciones locales de radio y televisión han emitido historias presentando temas de enfermería. Muchas enfermeras también se han vinculado a las filas de invitados a programas de charlas en radio y televisión y también para producir programas informativos de salud que enteren al público sobre estos temas (por ejemplo, el programa televisivo de Sigma Theta Tau International; y *Enfermera comunitaria: consulta directa*, un programa radial de información de salud en horario especial).

Videos. En el ajetreado mundo actual, existen cosas que compiten por el tiempo y la atención de las personas. Los educadores están comenzando a percatarse que deben presentar la información en formatos rápidos, impactantes y capaces de captar la atención. Los videos, por tanto, se están convirtiendo en el medio de elección porque tienen los elementos necesarios. Son visuales, coloridos y a menudo tienen música. También pueden ser utilizados en repetidas ocasiones para llegar a audiencias más grandes. En consecuencia, todas las enfermeras deben familiarizarse con el manejo de las cintas de vídeo y los equipos. Actualmente muchas enfermeras están produciendo, dirigiendo y protagonizando videos.

Cintas de audio. Los casetes también han ganado popularidad como auxiliares para la enseñanza y el aprendizaje. Prácticamente en cada clase hay por lo menos un estudiante que graba cada conferencia para escucharla y revisarla posteriormente. Diversos textos se consiguen en casetes y muchos estudiantes los escuchan mientras conducen de ida y regreso a la facultad o el trabajo. Por tanto, las enfermeras deben estar familiarizadas con el funcionamiento del equipo de sonido.

Habilidades para la administración de los casos

Las habilidades para el manejo de los casos son indispensables para la enfermera de hoy. Estas aptitudes son utilizadas en todas las áreas de enfermería, a saber: atención aguda, atención primaria, atención gestionada y atención comunitaria/ambulatoria/domiciliaria. También hacen parte de los programas educativos de enfermería.

"La enfermería y la administración de los casos son profesiones complementarias... Oportunidades previamente desconocidas para la profesión se encuentran ahora disponibles como resultado de la administración de los casos" (Williams, 1996, p. 53). No obstante, las enfermeras se encuentran en un cruce de caminos. Por una parte, existe resistencia al cambio, y por otra, existe la oportunidad de

El **benchmarking** es un sistema de comparación. Un *benchmark* o unidad estándar se identifica con suficiente detalle, de modo que otras clasificaciones similares puedan ser comparadas como por encima, por debajo o a un nivel similar al estándar *benchmark*.

destacar la profesión. La tendencia actual es que la administración de los casos se convierta en una especialidad independiente. Los administradores de casos serán enfermeras y otros profesionales. Algunos perciben esto como una oportunidad para trabajar cooperativamente como equipo interdisciplinario y otros lo consideran como una batalla de campo. Cualquiera que sea la visión, una cosa resulta clara: el número de enfermeras que buscan ser certificados como administradores de casos está aumentando rápidamente.

Dado que el principal énfasis de la administración de los casos es la prestación de una atención de calidad que sea efectiva respecto al costo, las enfermeras administradores de casos deben poseer habilidades apreciativas especiales, que les permitan realizar juicios sobre la atención requerida, en ocasiones sin ver al cliente. El administrador de casos debe conocer los conceptos del manejo del servicio, es decir, el concepto de entregar la atención más adecuada por parte del proveedor más apropiado, en el escenario más conveniente, en el marco temporal más favorable, utilizando la tecnología más propicia y los equipos y suministros idóneos. Debe poseer habilidades para la interconexión y negociación puesto que pasará mucho tiempo negociando con otras personas los servicios requeridos por los clientes. El administrador de casos debe ser sensible a los aspectos relacionados con el costo y la calidad, e igualmente utilizar el sistema de comparación para establecer las pautas y los parámetros de la atención. Las enfermeras deben estar familiarizadas con los estándares de la atención reconocidos nacionalmente.

El administrador de casos es un defensor del consumidor y, por tanto, debe ser culturalmente competente para comprender las necesidades expresadas o en ocasiones no expresadas por el cliente; también, debe conocer los paquetes de beneficios y las fuentes de reembolso.

Cuando un programa de administración de casos se encuentra adecuadamente diseñado, el administrador de casos se involucra en la atención del cliente tan pronto como éste es identificado como cliente con un diagnóstico de alto riesgo, o un diagnóstico que requiere una gran utilización de los servicios o precisa una atención prolongada. El administrador de casos establece entonces una relación de confianza mutua con el cliente y el equipo interdisciplinario que trabaja con éste.

En la próxima década los administradores de casos desempeñarán un papel muy significativo en el sistema de atención de salud, y es importante que las enfermeras comiencen a asumir las funciones de administradores de casos. Si ellas no adquieren las habilidades necesarias para asumir tales funciones, otros estarán encantados de hacerlo.

Habilidades para los negocios

Las habilidades para los negocios pueden abarcar desde la comprensión básica de la atención de salud como negocio hasta las habilidades necesarias para poseer y manejar un negocio propio. Estas habilidades se trataron en detalle en el capítulo 18.

Habilidades para el liderazgo

Existen muchas diferencias entre las habilidades para el liderazgo y las habilidades para la administración. Esta distinción parte de la diferencia básica entre los administradores y los líderes. Una diferencia simple pero reveladora entre los administradores y los líderes observada por Bennis es que el administrador hace las cosas correctamente y el líder hace las cosas correctas (Bennis, 1989). En otras palabras, el administrador hará lo que se le indique y lo hará bien. El líder decidirá lo

que es preciso hacer y lo hará o delegará a alguien que lo haga bien. En la actualidad, la industria de atención de la salud está peligrosamente administrada en exceso pero liderada en forma insuficiente por personas que saben poco acerca de brindar atención a los clientes.

Establecer las cosas correctas para la industria se ha convertido en algo cada vez más complejo y ambicioso. Además, hoy día las decisiones no son tomadas por altos ejecutivos sino por consultores que están ocupados en entrevistar a los administradores de la organización de salud para determinar las fortalezas y debilidades, resumir sus hallazgos y efectuar las recomendaciones pertinentes. Generalmente los consultores son contratados para ayudar a reestructurar una organización —mediante el recorte o la adecuación— y están más interesados en la línea de fondo que en la calidad de la atención.

Las enfermeras deben asumir un mayor liderazgo en la industria de la atención en salud. El liderazgo se está convirtiendo rápidamente en una dimensión crítica de la influencia interpersonal que debe impregnar el pensamiento de los administradores de enfermería, si las enfermeras pretenden continuar siendo un componente central en el sistema de atención de salud. En consecuencia, las enfermeras administradores deben acoger el liderazgo como un componente esencial de sus papeles vitalicios de aprendizaje y empoderamiento.

Habilidades como instructores

Los instructores de enfermería son líderes que deben tener excelentes habilidades comunicativas, interpersonales, para los negocios, para la toma de decisiones, de negociación, enseñanza, además de habilidades básicas en interpretaciones legales. Ellos también deben ser capaces de desarrollar e implementar algoritmos que ayuden a las enfermeras en el proceso de toma de decisiones. Asimismo, estos líderes de enfermería deben proyectar una imagen profesional positiva.

Las enfermeras que poseen las cualidades esenciales para el liderazgo, tales como visión y enfoque, deben ser instruidos por otros líderes de enfermería; es decir, las enfermeras instructores deben animar a otras enfermeras a participar en las actividades y estudios que impulsen su crecimiento y progreso en la profesión. Los instructores brindan el apoyo y el estímulo necesarios y también presentan desafíos. Además, las enfermeras pueden beneficiarse cuando sus instructores comparten sus experiencias y les advierten sobre los engaños. Los instructores también son hábiles identificando los signos de los retos inminentes, pueden ofrecer opiniones y alternativas e impartir sabiduría a quienes aconsejan. Generalmente, las enfermeras que cuentan con instructores buscan, encuentran y asumen funciones de liderazgo.

Aunque los estilos de liderazgo pueden variar, los líderes de enfermería deben basarse en una poderosa visión personal de lo que ellos tratan de lograr y deben proyectar su visión a través de sus enfermeras administrando en forma ejemplar: (1) la atención: ellos atraen a las personas mediante su fuerza y el enfoque apasionado de sus visiones, las cuales son vividas; (2) el significado: tienen la capacidad de comunicar su visión de una manera que permite a otras personas hacerla propia y otorgarle un significado personal; (3) la confianza: son totalmente confiables y sus acciones son íntegras e incluyen una interpretación consecuente con su visión; (4) la autoestima: sienten un gran respeto por sí mismas (Bennis, 1983).

Las enfermeras que poseen estas habilidades, y las capacidades previamente mencionadas, ejercen el efecto de otorgar poder a otras enfermeras por medio de las siguientes acciones: (1) haciendo que se sientan importantes y reconociendo sus aportes; (2) enfocándose más en el desarrollo de sus aptitudes que en sus

fallas, (3) creando un sentimiento compartido de comunidad, y (4) realizando proyectos interesantes merecedores de una dedicación incondicional. Cuando se logran estos propósitos, la voz de enfermería se hace más fuerte y la agenda de la profesión avanza hacia una atención de la salud de calidad que sea eficiente respecto al costo y esté al alcance de todos.

EDUCACIÓN

¿Alguna vez ha escuchado la expresión, "No puedes llegar hasta allá partiendo de aquí"? Esta expresión es especialmente válida para las enfermeras. Ellas generalmente no pueden alcanzar la cima de su profesión sin avanzar en su educación. La educación es una de las claves de la autonomía y del éxito, y es lo que está ayudando a las enfermeras en su transición de la enfermería de la atención aguda hacia la enfermería comunitaria.

Durante años, en su preparación para la licenciatura estatal como enfermeras registradas, las enfermeras han sido educadas en diferentes niveles mediante un programa diplomado de tres años, un programa de título asociado (T.A.) de dos años o un programa de nivel básico (N.B.). Durante décadas, las enfermeras han discutido el tema del ingreso a la práctica, considerando muchas de ellas que el nivel básico debería ser la preparación educativa elemental para la profesión de enfermería mientras otras cuestionan este concepto.

Se ha proyectado que la necesidad de enfermeras registradas preparadas a nivel básico, maestría y posmaestría aumentará significativamente en los próximos años. "El American Nurses Credentialing Center, el centro de acreditación que certifica un mayor número de enfermeras que cualquier otro grupo en el país (más de 114.000), exigirá el N.B. para todas las certificaciones de la especialidad a partir de 1998" (ANA, 1995, p. 26).

Al tiempo que las enfermeras comienzan a considerar el regreso a la facultad para ampliar su educación, deben tener en cuenta las siguientes variables: costo, accesibilidad, tiempo dedicado, empatía filosófica (entre el individuo y la facultad), registros disponibles de la especialidad, posibilidad de transferencia de los créditos universitarios previos, y si la facultad otorga o no créditos por la "experiencia adquirida".

También deben tener en consideración los requisitos de admisión. Los estudiantes deben investigar los cursos y programas de revisión ofrecidos, a fin de prepararse para los exámenes de ingreso exigidos por las universidades o facultades o prepararse para los exámenes de suficiencia.

Título asociado al título básico

Los programas de título asociado (T.A.) fueron ideados por Mildred Montag, quien consideró que existen dos premisas básicas sobre las cuales fue desarrollado el título asociado: (1) las funciones de enfermería pueden y deben ser diferenciadas y (2) estas funciones reposan sobre un espectro, en el que el profesional se encuentra en un extremo y el técnico en otro. Los programas de título asociado son probablemente los programas más populares y de más rápido crecimiento en la educación de enfermería. Esto puede ser cierto por distintas razones. Tales programas habitualmente están basados en facultades comunitarias siendo por tanto menos costosos que otros programas y encontrándose profusamente distribuidos en Estados Unidos; son la senda más rápida para la licenciatura de la enfermera registrada (dos años); además, existen muchas oportunidades laborales

para los graduados con título asociado dado que los empleadores no necesariamente diferencian entre los títulos al contratar a las enfermeras de personal pues ambos corresponden a enfermeras licenciadas registradas. Al escoger un programa de título asociado, se espera que éste sea considerado el punto inicial de una mayor educación y no el destino final.

Existen más de 500 universidades y facultades que ofrecen programas para la "enfermera registrada reintegrada" que desea obtener un título básico (N.B.). Los títulos básicos pueden ser obtenidos en enfermería u otros campos asociados a las ciencias de la salud. Para muchas enfermeras, su propia comercialización es una de las razones para buscar un título básico.

Se debe mencionar que el título básico también puede ser obtenido a través de un programa no tradicional ofrecido por el Regents College de la Universidad del Estado de Nueva York. Este programa está diseñado para el aprendiz independiente y ofrece cursos a distancia, los cuales permiten a los estudiantes avanzar a su propio ritmo. Este se encuentra disponible a nivel mundial y no exige un estudio presencial. Sin embargo, los sitios de las evaluaciones son escasos y puede ser necesario recorrer grandes distancias.

Senda rápida

Para muchas enfermeras, el tiempo de dedicación es un factor importante cuando consideran su regreso a la facultad. Por esta razón, diversas instituciones de educación superior han instituido un programa acelerado que permite a la enfermera registrada reintegrada avanzar en un programa básico y de maestría en tres años. Si el título de maestría es la meta final, resultará útil investigar estos programas.

Título de maestría

Se ha proyectado que las enfermeras que posean un título de maestría gozarán de mayor demanda que nunca antes en todas las áreas de la enfermería. Por tanto, puede ser oportuno considerar la consecución de este título. Para ingresar a un programa de maestría es preciso cumplir ciertos requisitos de admisión y fechas de pago. La mayoría de las facultades exigen un título básico, un promedio de notas de pregrado (PNP) —aproximadamente de 3,0 o superior- y puntajes aceptables en el **Graduate Record Examination (GRE)**, o el **Miller Analogies Test (MAT)**. Existen varios títulos de maestría ofrecidos a los profesionales de enfermería: maestría en artes (M.A.), maestría en ciencias (M.C.), maestría en educación (M.Ed.), maestría en ciencia de la enfermería (M.C.E.), maestría en salud pública (M.S.P.) y maestría en administración de empresas (M.A.E.). Actualmente en Estados Unidos existen cerca de 20 planes que ofrecen un programa de dos años, por medio del cual las estudiantes adquieren tanto una maestría en administración de empresas como en ciencia de la enfermería.

El Graduate Record Examination (GRE) es un examen presentado antes de ingresar a un programa universitario, usualmente un programa de grado. Éste evalúa las diferentes habilidades matemáticas y las aptitudes para la comprensión de la lectura.

El Miller Analogies Test (MAT) es un examen utilizado para evaluar el nivel de preparación de un estudiante al ingresar a una universidad. Se refiere primordialmente a problemas que requieren solución mediante el uso de la lógica.

Programas certificados de posmaestría

La mayoría de programas certificados de posmaestría gradúan enfermeras que luego son conocidas como enfermeras de práctica avanzada (EPA) —un término amplio para designar a las enfermeras registradas que han cumplido ciertos requisitos de la práctica clínica y educativos avanzados-. Estos programas se han hecho muy populares en la última década ya que casi 140.000 EPA han esculpido su

nuevo papel en la prestación de una atención de calidad que es efectiva respecto al costo. (Se debe mencionar que no todas las EPA han sido educadas a nivel de posmaestría; muchas cuentan con un título de maestría). Existen cuatro clases principales de EPA: (1) enfermera practicante (EP), (2) enfermera partera certificada (EPC), (3) enfermera especialista clínica (EEC), y (4) enfermera anestesiista certificada registrada (EACR).

Programas para las practicantes de enfermería. En Estados Unidos existen aproximadamente 150 programas para practicantes de enfermería que confieren títulos de maestría. Por lo menos 36 estados exigen que las practicantes de enfermería sean certificadas por organizaciones nacionales.

Programas para las enfermeras parteras certificadas. Los programas para las enfermeras parteras generalmente tienen un año y medio de duración y la mayoría no exigen como prerrequisito un título específico pero sí la finalización de una educación básica de enfermería en cualquier programa acreditado. Estos programas usualmente otorgan certificados, aunque muchos de los mismos están incorporados en los programas de maestría. En algunos estados (por ejemplo, Nueva York), las enfermeras parteras certificadas precisan una licencia adicional.

Programas para las enfermeras especialistas clínicas. A diferencia de los programas para las practicantes de enfermería y las enfermeras parteras certificadas, los programas para las enfermeras especialistas clínicas deben conferir títulos de maestría o exigen que la enfermera que ingrese al mismo posea un título de maestría en enfermería.

Programas para las enfermeras anestesiistas certificadas registradas. Estos programas usualmente duran dos a tres años, tienen como prerrequisito un título básico y deben cumplir requisitos nacionales de certificación y recertificación..

Programas de doctorado

Existen diferentes títulos de doctorado que pueden ser obtenidos por las enfermeras, tales como doctor en ciencia de la enfermería, un programa de estudios que tiende a enfatizar la experiencia clínica; doctor en salud pública, el cual enfatiza la epidemiología y la política pública, y doctor en filosofía (Ph. D.), el cual se enfoca en las ciencias biológicas o sociales. En Estados Unidos existen aproximadamente 50 programas de doctorado en ciencias de la enfermería y Ph.D. Para las enfermeras interesados en la academia, un doctorado en educación puede ser el camino a seguir. Un título de doctorado que ha ganado mucha popularidad entre las enfermeras es el de doctor en jurisprudencia, un abogado de las enfermeras. La mayoría de programas de doctorado exige 90 créditos por encima del grado básico.

Certificación

Existen varias organizaciones de certificación reconocidas en la nación. Muchas de éstas son organizaciones especializadas que certifican a las enfermeras en determinada especialidad. Además, el American Nurses Credentialing Center ofrece certificación en docenas de áreas especializadas. "La certificación está reservada

para aquellas enfermeras que han cumplido los requisitos de la práctica clínica o funcional en un campo de especialización, extendida su educación a un nivel superior a la preparación básica de enfermería y recibido el respaldo de sus colegas" (ANA, 1995, p. 3). Estos exámenes están basados en estándares de la práctica de enfermería reconocidos nacionalmente.

Educación continuada

Muchas enfermeras activan sus habilidades asistiendo a los programas educativos que otorgan las unidades de educación continuada (UEC) a las enfermeras asistentes. No se trata de créditos universitarios y no son utilizados para la obtención de un título. De nuevo, existen diversas organizaciones que otorgan estas UEC, pero la ANA es la mayor de todas. Las UEC pueden ser obtenidas asistiendo a un seminario, observando un vídeo educativo como parte de un programa de desarrollo de personal o respondiendo y enviando las preguntas que aparecen al final de los artículos publicados, por ejemplo, en *American Journal of Nursing (AJN)*.

*A*FILIACIÓN PROFESIONAL

Una de las cosas más importantes que las enfermeras pueden hacer para garantizar su profesionalismo consiste en pertenecer a su organización profesional. Muchas enfermeras pertenecen a distintas organizaciones. Ellos pueden estar vinculados a una organización especializada (por ejemplo, Enfermeras de Cuidado Crítico, Asociación de Enfermeras Negras, Asociación de Enfermeras Filipinas, Asociación de Enfermeras Irlandesas), la asociación estatal de enfermeras, la liga para la enfermería o alguna sociedad honoraria de enfermería (por ejemplo, Sigma Theta Tau International). La afiliación profesional es importante porque brinda al profesional de enfermería un sentido de pertenencia, la sensación de hacer parte de un todo. Las organizaciones profesionales ofrecen fantásticas oportunidades de interconexión y la oportunidad de participar en las decisiones que afectan a las enfermeras. Las organizaciones profesionales son también una excelente fuente de información actualizada sobre lo que está sucediendo en enfermería. Algunas organizaciones funcionan como guardianas de la información a divulgar, la cual puede ayudar o afectar a la enfermería y pueden ser escuchadas como la voz colectiva de las enfermeras. La afiliación profesional constituye otra forma de propiciar la autonomía de las enfermeras y ayuda a fortalecer su compromiso con la profesión puesto que la unión es necesaria para avanzar.

*R*ESUMEN

En este capítulo se examina el estado actual de enfermería y las oportunidades disponibles en la profesión. Se exploran las distintas vías profesionales y las habilidades que las enfermeras precisan para avanzar en tales vías. También se analizan las aptitudes que las enfermeras necesitan para sobrevivir y alcanzar el éxito en la actual industria de atención de salud.

El concepto del conocimiento como poder es destacado en un segmento que discute la importancia que las enfermeras tienen como agentes del conocimiento frente a los clientes, los consumidores y los legisladores. Se exploran las diversas sendas educativas para identificar dónde y cómo pueden las enfermeras adquirir el conocimiento. Finalmente, se discute la importancia que tiene pertenecer a las organizaciones profesionales y cómo la afiliación profesional fortalece a la enfermería.

PALABRAS CLAVE

Administración de casos	Liderazgo
Habilidades informáticas	Medios
Educación	Instrucción
Senda rápida	Oportunidades en enfermería
Informática	Afiliación profesional
Agente del conocimiento	

PREGUNTAS

INSTRUCCIONES: Escoja la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas.

1. El mayor número de oportunidades para las enfermeras ha sido previsto en los siguientes campos, excepto:
A. Salud comunitaria.
B. Atención domiciliaria.
C. Atención de custodia con sede en el hospital.
D. Atención gestionada.
2. ¿Cuál de las siguientes clases de relación entre las enfermeras es enfatizada por el modelo para la práctica diferenciada de enfermería?
A. Mutuamente excluyente.
B. Cooperativa.
C. Interdisciplinaria.
D. Política.
3. ¿En cuál de las siguientes áreas deben las enfermeras actualizar sus habilidades con objeto de permanecer laboralmente vigentes?
A. Tecnología informática.
B. Administración de los casos.
C. Comunicación (verbal y escrita).
D. Todas las anteriores.
4. El *benchmarking* es utilizado en la administración de los casos para ayudar a las enfermeras a realizar todo lo siguiente, excepto:
A. Aprobar las demandas.
B. Determinar el pago.
C. Negociar los servicios.
D. Establecer quién es el cliente.
5. La afiliación profesional es importante para todas las siguientes enfermeras, excepto para aquellas que:
A. Desean mantenerse actualizadas en su área de práctica.
B. Necesitan los beneficios de las interconexiones.
C. Desean limitar sus fuentes de información.
D. Desean ser políticamente activas.

RESPUESTAS

1. La respuesta es C. En la mayoría de los hospitales, quienes planean el alta trabajan diligentemente para encontrar una ubicación para los clientes que precisan atención de custodia en diferentes tipos de instituciones. Por tanto, la necesidad de enfermeras en esta área en la institución ha disminuido significativamente.

2. *La respuesta es B.* En el modelo para la práctica diferenciada de la enfermería, las relaciones de cooperación entre las enfermeras que desempeñan diversos papeles de enfermería deben estar basados en el mutualismo.
3. *La respuesta es D.* Para ser competitiva en el mercado laboral de hoy, el profesional de enfermería debe poseer habilidades en tecnología informática, comunicaciones y administración de los casos.
4. *La respuesta es D.* El *benchmarking* es un sistema de comparación. Un *benchmark* o unidad estándar es identificado con suficiente detalle de modo que otras clasificaciones similares puedan designarse como superiores, inferiores o comparables al *benchmark* estándar.
5. *La respuesta es C.* La participación profesional ofrece información sobre el estado del arte de la práctica, oportunidades de interconexión y activismo político.

REFERENCIAS COMENTADAS

American Association of College of Nursing. (1995). *A model for differentiated nursing practice*. Washington, DC: Autor.

Esta publicación detalla las actividades, los hallazgos y las recomendaciones de una fuerza laboral encargada de la identificación de la práctica diferenciada y los esfuerzos educativos actuales; el desarrollo de un modelo para la educación y la práctica diferenciada, que incluye un grado asociado, básico y de maestría en la educación de enfermería; la identificación de una terminología de valor neutral que describa las funciones diferenciadas de los médicos y el desarrollo de un plan para la divulgación de estos hallazgos.

American Nurses Association. (1996). Supply, demand, need-nursing's numbers revisited. *Backgrounder*. Washington, DC: Autor.

Esta publicación contiene estadísticas sobre las afiras de enfermería provenientes de la U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics (BLS).

American Nurses Credentialing Center (ANCC). (1995). *Credentialing catalog*. American Nurses. Washington, DC: Autor.

Descripción de las diferentes áreas en las cuales las enfermeras pueden ser acreditadas por el CAEA.

Bennis, W. (1983). *On becoming a leader*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Análisis de las diferencias entre las habilidades para la administración y el liderazgo. Descripción de diferentes estilos de lid

Chin, P. L., & Jacobs, M. K. (1997). *Theory and nursing: A systematic approach*. St. Louis, MO: C.V. Mosby.

Este texto se refiere a las limitaciones que implica basar la teoría y la investigación de enfermería en el conocimiento científico tradicional. Reconoce que el conocimiento científico por sí solo es inadecuado para solucionar los problemas íntimamente relacionados con los valores humanos, las actitudes, las creencias, las interacciones y las expresiones personales.

Forbes Leadership Library. (1995). *Thoughts on leadership*. Chicago: Triumph Books.

Recopilación de pensamientos y reflexiones de los más grandes pensadores de la historia.

Harmer, B., & Henderson, V. (1960). *Textbook of the principles and practice of nursing*. Nueva York: Macmillan.

Este libro fue realizado como una guía para los instructores y estudiantes de enfermería y como una referencia para las enfermeras que ejercen en los distintos escenarios. Presenta los principios científicos que fundamentan la práctica de enfermería y sugiere los métodos que encarnan estos principios.

Henderson, R., & Deane, F. (1996). User expectations and perceptions of a patient management information system. *Computen in Nursing*, 14(3), 188-193.

Este artículo discute un estudio analizando el concepto de las expectativas erróneamente confirmadas y el posible impacto que estas expectativas pueden ejercer sobre las percepciones del sistema desarrolladas posiblemente por el grupo de usuarios.

Mattera, M. (Ed.). (1996). Nursing opportunities, *KN*, pp. 13-53.

Esta publicación ofrece un listado alfabético de los perfiles de los empleadores y las oportunidades laborales, así como artículos con consejos respecto a las aptitudes para la entrevista, cómo obtener la licencia y cómo sumar a las credenciales para impulsar la carrera.

New York State Nurses Association (NYSNA). (1996). *Your future in nursing: A career planning guidebook for RNs*. Latham, NY: Autor.

Folleto preparado con la colaboración de los miembros del Council on Nursing Education de la NYSNA. Describe las oportunidades al alcance de las enfermeras con títulos universitarios y explica las credenciales indispensables para el progreso profesional.

U.S. Department of Health and Human Services. (1996). *Opportunities for nurses in the Indian Health Service*. Washington, DC: Autor.

Este colorido folleto detalla las oportunidades disponibles para las enfermeras que desean laborar en una de las doce áreas del Servido de Salud Indio. El folleto también contiene un mapa de Estados Unidos en el que se encuentran señalados estos doce puntos.

Williams, D. (1996). The road less traveled. *Nursing Case Management*, 1(2), 53.

Este editorial considera la administración de los casos como un campo en el que las enfermeras pueden especializarse. También comenta el crecimiento de la administración de los casos y de la Case Management Society of America.

*

*A*PÉNDICES

*A*PÉNDICE A

La definición del papel de enfermería para la salud pública fue desarrollada nuevamente en octubre de 1996 y adoptada en marzo de 1997 por la APHA Public Health Nursing Section. La nueva definición del papel de enfermería de salud pública enuncia que: "La enfermería de salud pública consiste en la práctica de promover y proteger la salud de las poblaciones utilizando el conocimiento de las ciencias de enfermería, ciencias sociales y de salud pública" (APHA Public Health Nursing Section, marzo de 1997).

Pese a la tendencia de los últimos 15 años consistente en contratar enfermeras no preparadas con un título básico, el enunciado de la política incluye y expresa la necesidad de la preparación básica para todos las enfermeras de salud pública (APHA Public Health Nursing Section, marzo de 1997). El enunciado de la política señala además que todos las enfermeras de salud pública deben tener conocimientos en ciencias sociales y del comportamiento, epidemiología, salud ambiental, modalidades actuales de tratamiento y opciones para la prestación de la atención en salud, con objeto de entender a cabalidad la política de la salud y las opciones de tratamiento e investigación, así como traducir este conocimiento en la promoción de poblaciones sanas.

*A*PÉNDICE B

AGENCIAS DEL DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Office of the Secretary (OS)
Administration for Children and Families (ACF)
Administration on Aging (AOA)
Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)
Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR)
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
Food and Drug Administration (FDA)
Health Care Financing Administration (HCFA)
Indian Health Service (IHS)
National Institutes of Health (NIH)
Program Support Center (PSC)
Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

*A*PÉNDICE C

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC)

Office of the CDC Director

Information Resources Management Office

Office of Health and Safety (OHASIS)

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion

National Center for Environmental Health National Center for Health

Statistics National Center for HIV, STD, and TB Prevention National

Center for Infectious Disease National Center for Injury Prevention and

Control National Institute for Occupational Safety and Health

Epidemiology Program Office International Health Program Office

Public Health Practice Program Office National Immunization Program

NOTA: El CDC tiene su sede en Atlanta, Georgia, y es una agencia del Department of Health and Human Services.

A PÉNDICE D

ORGANIZACIÓN DE UNA JUNTA REPRESENTATIVA ESTATAL DE SALUD

State Health Officer
Health Institutional Services
 Accrediting Bodies (Institutions and Professional Licensure)
Research Services
 Vital Statistics
Professional Education Services
Public Health Education Services
Health Care Services
 Dental Services
 Medical Services
 Nursing Services
 Medical Social Services
 Nutrition Services
Environmental Health Services
Legal Counsel

ORGANIZACIÓN DE UNA JUNTA REPRESENTATIVA DE SALUD DEL CONDADO

District Health Officer
Environmental Services
Health Education Services
Public Health Investigation Services
Nursing Services
Social Services
Nutrition and Other Services
Dental Services

*

ÍNDICE

A

Abordaje del equipo, 163

Abuso

conyugal, 64

de sustancias, 64

del alcohol, 126, 329

infantil, 64, 197, 220, 275

sexual, 232

Accesibilidad, a la atención basada en la comunidad, 124

Acceso equitativo, 59

Accidentes

costos financieros de los, 329

relación con el alcohol, 167-168

Acción comunal, 106

Acciones preventivas, en el sistema de salud pública, 286t

Aceptación, de la atención basada en la comunidad, 124

Acompañantes domiciliarios, 264

Acondicionamiento, y actividad familiar, 232

Acreditación

cráterios para la, 300

de las organizaciones de atención

gestionada, 390-391

proceso de, 297, 304

y cambio, 297

y continuidad de la atención, 296, 297, 298

y desarrollo de programas, 298-301

Acta de 1971, 366

Acta de Mejoramiento de la Calidad de la Atención de la salud (1986), 391

Acta para el Ejercicio de la Enfermería, 66, 84, 221, 264

Acta para la Delación del Cabildo (1995), 365

Actitudes, de la comunidad integral, 106

Actividad física, de la familia, 232

Actividades de la vida diaria (AVD), 209

Adjudicación de recursos, 77, 125, 132, 154

aseguramiento de salud, 152-153

en el Modelo de Alianza para la Salud, 113, 113f

gestión de la atención, 190

macronivel, 272

micronivel, 272

patrones para, 85, 150

recolección de los datos para la, 93-103

valores y creencias de la población, 151

y coberturas del seguro, 374

y conflictos de campo, 277

y enfermeras de práctica avanzada, 277

y financiación gubernamental, 152

y grupos de interés especial, 152

y toma de decisiones, 190

Administradores de casos,

certificación, 302-303

enfermeras especialistas clínicas

como, 313

- funciones de los, 278, 278t
- Administradores, salarios de los, 331
- Adolescentes
 - alcoholismo en los, 168
 - trastornos alimenticios en los, 185
- Adolescentes Alcohólicos, 167
- Adultos jóvenes, en el sistema de atención de la salud, 49-50
- Advertencia de salud, 167
- Aetna (OCS), 389f
- Afecto, supresión del, 247-248
- Afiliados, 377, 378, 379
- Afroamericanos, 46
- Afrontamiento de la comunidad
 - ineficaz, 153
 - potencial para un mayor, 145
- Ageismo, 47, 48
- Agencia de Protección contra la Violencia Doméstica, 220
- Agencias buscadoras de empleados, 336
- Agencias de atención domiciliaria, 183, 326, 332-333
 - certificadas, 333
 - licenciadas, 332-333
- Agencias de empleo de los trabajadores de la atención de la salud, 336
- Agencias de salud pública, 6
- Agencias
 - combinación de, 333
 - con sede en hospitales, 334
 - de planeación de la salud, 326
 - de salud comunitaria y servicios sociales, 143
 - privadas, sin fines lucrativos (PSL), 334
 - propietarias, 334
 - públicas, 334
 - valoración de, 143-144, 150, 265
 - voluntarias, 3
- Agente de revisión del servicio, 380, 382
- Agente, en el proceso epidemiológico, 14,15
- Agentes del conocimiento, 467
- Agregados
 - definición, 9, 119
 - detección de, 172
 - en riesgo, 177
- Aislamiento, forzado, y salud comunitaria, 120
- "Alameda 7", 174
- Albergues para los indigentes, 108
- Alcance, 153
 - comunitario, 123
 - educativo, 159
- Alcohólicos Anónimos, 82, 168
- Alcoholismo en los adolescentes, 168
- Alianza cliente-proveedor de la atención, 77
- Alianza para salud, 4
- Alianzas
 - concepto de, 125
 - defensivas, 246
- Alojamiento
 - en familia, 240-241
 - vs. autonomía, 58
- Altos cargos administrativos, salarios de, 331
- Ambiente, 110
 - de la familia, 243
 - en el proceso epidemiológico, 14,15,16f
 - seguro, 195-196
 - y necesidades basadas en la comunidad, 80
- American Academy of Nurse Practitioners, 303
- American Association of Colleges of Nursing, 148
- American Cancer Society, 287
- American Heart Association, 173
- American Journal of Public Health*, 13
- American Managed Care and Review Association (AMCRA), 390
- American Medical Association (AMA), 368
- American Medical Political Action Committee (AMPAC), 368
- American Nurses Association (ANA), 4, 148, 303, 320
 - cabildeo de la, 367-368
 - código de ética de, 56, 56t, 59
 - Comité de Acción Política (CAP) de, 349 368-369
 - datos de enfermería en 1995 de la, 351
 - enfermería para la salud comunitaria definida por, 324
 - funciones de, 366
 - Nurses Strategic Action Team, 352, 369
 - página Web de la, 408
 - principios de la atención según la, 84
 - principios de la práctica de enfermería para la salud comunitaria según la, 7t
 - programa de estudios de atención gestionada desarrollado por, 393
 - unidades de educación continuada (UEC), conferidas por la, 415
 - y atención gestionada, 391
- American Nurses Credentialing Center, 412, 414
 - de ANA, 303

- American Nurses Foundation (ANF), Programa de estudios de atención gestionada desarrollado por, 393
- American Public Health Association (APHA) 84, 148
- Amigo de la enfermería, 360
- Análisis
- del mercado, 338
 - del mercado/servicio, 335
 - del personal, 339
 - del Radón, 195
 - del riesgo, 340
 - en la valoración de enfermería, 186
 - Ver también* Evaluación de la comunidad, 154
- Anatomía, 103
- Ancianos frágiles, 48. *Ver también* Ancianos
- Ancianos
- abuso de los, 139
 - como fuente de información, 135
 - defensa de los, 291
 - en el sistema de atención de la salud, 31, 47-48
 - en la ciudad, 10-11
 - número de, 327f
 - y necesidad de atención de salud comunitaria, 327
 - y prestación de la atención, 288
- Anemia de células falciformes, 46, 329
- Anestesiastas, enfermera certificada registrada (EACR), 312, 313, 351
- Angeles Guardianes, 138
- Antropología, 43
- Apoyo, las enfermeras como, 353
- Aprendizaje. *Ver también* Educación
- afectivo, 171
 - cognitivo, 171-172
 - continuidad del, 183
 - definición, 170
 - psicomotor, 171
 - tres dominios de, 171-172
- Apropiaciones del Tesoro y Servicios Postales (1996), 365
- Árbol telefónico, 361
- Arnstein, Sherry, 65
- Arte, 81
- en la comunidad, 199
 - la enfermería como, 353
- Aseguramiento compartido, 375
- Aseguramiento de la calidad, 6
- Asimilación, cultural, 41, 44
- Asistencia extendida, 279
- Asistencia pública, 275
- Asistentes de enfermería, 32
- Asistentes educadores de la salud, 279
- Asistentes encargados de la atención, 288-289
- Asma, 195
- Asociación de práctica independiente (API), 375
- Asociaciones de Enfermeras Visitantes (AEV), 333
- como recurso, 135-136
 - establecimiento, 29
- Aspectos de campo, 166
- de enfermería, 277
 - definición, 276
 - empleados asistentes en salud comunitaria, 279
 - médicos, 277
 - nacientes controlados por los clientes, 280
- Aspectos de la calidad de la atención y atención gestionada, 386
- y consultores, 411
- Aspectos legales, 66
- Association Community Health Nurse Educators (ACHNE), 148
- Association of Retired Persons (AARP), 9
- Ataques isquémicos transitorios (AIT), 273
- Atención
- aguda, 8
 - a largo plazo, 8, 48, 404
 - coronaria, 176
 - del recién nacido, 8-9
 - del relevo, 199
 - domiciliaria, 3, 322
 - prenatal, 87, 329
 - primaria, 313-315
- Atención ambulatoria
- cambio de la atención aguda a la, 328-329
 - y educación de enfermería, 326t
- Atención de calidad, definida por el PASC, 297
- Atención de la salud
- aparición, de la, 60
 - aprendiendo sobre, 309-311
 - basada en la comunidad, 124
 - como derecho, 35
 - descentralizada, 293
 - domiciliaria, 330
 - fuerzas laborales legislativas de la, 387
 - gastos nacionales en, 328, 330t
 - influencias culturales en la respuesta a la, 36

- justicia distributiva, 59
- razonamiento moral, 67
- sistema del pagador único en la, 152
- valores y, 38
- Atención de maternidad, acelerada, 382
- Atención después del parto, cubrimiento del seguro, 7-9
- Atención interdisciplinaria, 123, 149-150
- Atención intrascendente, 83
- Atención, de enfermería
 - barreras a la, 258
 - cambio paradigmático en la, 399
 - características necesarias en la, 309t
 - certificación de la calidad, 308
 - clases de, 376
 - como gran negocio, 330-334
 - conciencia pública sobre la, 374-387
 - de alta tecnología, 255, 257
 - de atrasada tecnología, 256-257, 256t, 258, 261
 - de avanzada tecnología, 255-256, 256t, 257, 261
 - definición, 376
 - empleo en, 332f
 - enfermeras y, 391-393
 - escenarios para la, 393
 - ética en la, 388-390
 - funcionamiento de, 377-383
 - gastos en, 330
 - Medicaid, 383-387
 - obligatoria, 384-387
 - oportunidades de enfermería en, 331-332
 - oportunidades ofrecidas por la, 403
 - para indigentes, 222
 - perspectiva económica de la, 375-376
 - plan estatal para la, 384-385
 - principales conceptos de la, 374
 - programa de estudios del curso de, 393
 - rápido crecimiento de la, 350
 - reglamentación de la, 379
 - sistemas de soporte para, 292
 - y administración de los casos, 379
 - y EPA, 403
 - y SNA, 386-387
 - y visitas posnatales, 9
- Atención, vs. política, 347
- Atención. *Ver también* Continuidad de la atención; Atención de la salud; Atención gestionada
 - basada en el hospital, 309
 - basada en la comunidad, 114, 177
 - basada en la población, 170, 176-177
 - continuidad de la, 271, 273-274
 - curativa, 256t
 - delegación de la, 264
 - expectativas del público respecto a la, 146
 - interdisciplinaria, 149-150
 - preventiva, 256t
 - restaurativa, 256t
- Audiencia, en el proceso legislativo, 357
- Autoconfianza, de la familia, 237
- Autodeterminación, derecho del cliente a la, 69
- Autonomía, ética y, 56-57
- Autoridad regente, en el proceso legislativo, 356
- Autorización de las OAG, 381-382
- Auxiliares de atención domiciliaria, 205, 264
 - plan de atención seguido por los, 222f
 - supervisión de, 221
- B
 - "Baby boomers", 50
 - Bajo peso al nacer, 46, 195
 - Baños tibios, 23
 - Barreras, a la atención domiciliaria, 257
 - Barton, Clara, 27
 - Base de datos, 25
 - Beneficencia, principio de, 58
 - Beneficio individual frente al beneficio social, 67
 - Bennis, W, 410
 - Biblioteca, comunitaria, 135, 137
 - Bien individual, vs. bien social, 67-68
 - Bienestar, 61
 - Bioestadística, 136
 - Bioética, 56
 - Bloom, R, 171
 - Bombas de infusión intravenosa, 255
 - Bonos extraordinarios, 402
 - Brewster, Mary, 29
 - Bureau of the Census, U.S., 327
 - Burocracia, 105
- C
 - Cabildeo
 - campana con postales y, 362
 - campana de redacción de cartas para el, 362-363
 - controversia sobre el, 364, 365
 - definición, 360-361

- estrategias para el, 364
- frente a frente, 363-364
- organización de una campaña popular y, 361-362
- reglamentaciones del, 365-366
- telecomunicaciones para el, 362
- Caída de la mollera, 43
- Calefacción, problemas de, 197
- Calendarios de la Cámara, en el proceso legislativo, 357, 357f
- Calidad de los indicadores de la atención, 220
- Calidad de vida
 - evaluación de, 184-185
 - frente a la cantidad de vida, 68-69
- Cámara de Comercio, como fuente de datos, 135
- Cambiar vendajes, 256
- Cambio
 - oposición al, 408
 - y vida familiar, 242-243
- Cambio paradigmático, de la atención
 - gestionada, 399
- Cambio planeado
 - basado en la comunidad, 186
 - definición, 176
- Campaña:
 - con postales, 362
 - de telecomunicaciones, 362
 - mediante redacción de cartas, 362-363
 - popular, 361
- Cáncer, 46
 - afrontar el, 260
 - de mama, 195
 - programas de detección del, 164, 165, 329
 - quimioterapia domiciliaria para el, 260
- Cáncer pulmonar, en las mujeres, 48
- Capitación, 377-378
- Cárceles, 108
- Carcinógenos, lista del DHHS, 195
- Caridad Pública, Comisionado de 28
- Casas de aislamiento, 24
- Casas de caridad, 26
- Catéter de Broviac, 260
- Catholic Medical Center of Brooklyn and Queens-Home Care División, 334
- CDC, costos financieros del, 329
- Cementerios, 143
- Census, U.S. Bureau of, 327
- Centers for Disease Control (CDC), 6, 194, 216, 329
- Centros comunitarios, 140
 - para la salud mental, 326
 - para la atención de salud, 177
- Centros de atención
 - aguda, 287
 - de urgencias, 326
- Centros de pensionados, 326
- Centros prenatales, 159
- Centros vecinales de salud, 326
- Certificación, 414
 - autorización de la, 381-382
 - profesional, 302-303
 - y continuidad de la atención, 296
- Certificado de Necesidad (CN), 332, 360
- Ciclos circadianos, y actividad familiar, 231
- Ciencia, la enfermería como, 352-353
- Cigna Health Care, 389f
- Ciudad de Nueva York
 - poblaciones de inmigrantes en la, 27-28
 - programa de la facultad de enfermería en la, 30
 - sedes en la, 29
 - servicio distrital de enfermería en la, 20
- Clark, E., 14
- Clase actuarial, 378
- Clases
 - de conducción, 329
 - de higiene, 31
 - para padres, 329
- Clases, sobre seguridad infantil, 286t
- Clero, 142
- Cliente
 - historia de la salud del, 217-218
 - la comunidad como, 117
 - valoración de enfermería del, 217
- Clientes
 - autodeterminación de los, 69
 - autonomía de los, 56-57
 - como consumidores, 271
 - educación de los, 290
 - empoderamiento de los, 57
 - impresión dada por los, 133
 - tecnología y, 287
 - validación de los servicios según los, 87
- Clima político, 350-352
- Clínicas sin sangre, 58
- Coalición de Personas con SIDA, 110
- Coalición, como alianza defensiva, 246
- Coalition for the Homeless in Washington, D.C., 287
- Cobertura del seguro, 374
 - a la nueva madre, 8-9

- patrones de, 86
- y visitas postnatales, 9
- Cocinas comunales, 31
- Colaboración, en la planeación de la salud, 175-176
- Colaboradora, enfermera de salud comunitaria como, 166
- Colegio Médico Femenino, Nueva York, 29
- Colesterol sérico, elevado, 126
- Comercialización, 307
- Comission for Case Manager Certification, 303
- Comités
 - de acción política (CAP), 380-381, 382
 - de ética, 390
 - de verificación de la calidad, 265
 - para la utilización de los recursos, 271
- Community Health Accreditation Program (CHAP)', 296-297, 301-302, 304, 332
- de la LNE, 205
- estándares basados en resultados, 298
- y el proceso de acreditación, 298
- Compañías de producción de vídeos, 336
- Compañías editoriales, 336
- Complejo médico - industrial, 285
- Compromiso, negativo, 248
- Comunicación, 105, 100
 - familiar, 238-239
 - para los asistentes encargados, 288
 - y continuidad de la atención, 274
- Comunidad
 - adquiriendo conocimiento sobre la, 127t
 - afiliaciones en la, 110
 - ampliando el conocimiento sobre la, 123-124
 - anatomía y fisiología de la, 103
 - anómica, 108
 - asuntos éticos de la, 60-66
 - autodefinición de, 114
 - bien coordinada, 79f
 - como sistema de cliente, 160
 - como sistema, 117-118
 - como socio, 110
 - como una alianza para la salud, 113, 113f
 - definición de la, 103-104
 - difusa, 107
 - encargada de la atención, 111-113
 - estructura de una, 103
 - evaluación de la, 133
 - funciones de una, 104, 108-110, 109t
 - Gemeinschaft*, 104-105
 - Gesellschaft*, 104-105
 - integral, 106
 - observación de la, 133-134
 - oportunidades laborales en la, 402-403
 - parroquial, 106
 - saludable, 114, 120
 - susceptible, 153
 - transitoria, 107
 - versátil, 107
- Comunidad Amish, 41
- Comunidades
 - agrupadas, 9
 - clasificación según Warren de las, 105-108
 - diversidad dentro de las, 120
 - enlace dentro de las, 120
 - intervención preventiva en las, 121-122
 - multiculturales, 39
 - necesidades de las, 11
 - pensionadas, 85
 - polifacéticas, 119
 - saludables, 78
 - sanas, 5
 - vulnerables, 120
- Comunidades Mexicanas, 43
- Conducta abusiva y pobreza 45-46
- Confidencialidad, 59
- Confidentes, las enfermeras como, 353
- Conflicto de papeles. 238-239
- Conflictos
 - campo del servicio social, 278-279
 - familiares, 242
 - y disfunción familiar, 245
- Confusión de papeles, 238
- Congressional Budget Office (CBO), 328, 330
- Conocimiento, como poder, 415
- Consejera, la enfermera de salud comunitaria como, 170, 173
- Consejería
 - e información de la salud, 171
 - familiar, 262
- Consejo Internacional de Enfermeras, 349
- Consenso, en las familias, 240
- Construcción de la alianza, 166
- Consultores, 411
- Consumidores
 - asociación con los proveedores de la atención, 169-170
 - definición, 152
 - expectativas de los, 146
 - influencia de los, 265

- y criterios de atención, 148
- y toma de decisiones, 280
- Contacto, percepciones culturales acerca del, 42
- Contaminación ambiental, 157, 195
- Contención de costos, 55, 374
 - investigación de la, 313
 - y atención gestionada, 388
- Continuidad de la atención, 271, 273-274
 - acreditación y, 297-298
 - comunicación y, 274
 - definición, 273-274
 - falta de, 274
 - para hombres, 276
 - para los niños, 275
 - para los no asegurados, 274
 - para los portadores del VIH, 275-276
 - para mujeres, 275
 - pobreza y, 274
 - seguimiento de la, 273
 - y conflictos de campo entre los proveedores, 276-281
- Continuidad rural/urbana, definición, 184
- Contracturas, prevención de las, 259-260
- Contratistas independientes, las enfermeras como, 331
- Contratos, de las OAG, 382-383
- Contribuciones a las campañas, 364-365
- Convalecencia, 16
- Conveniencia, de la atención basada en la comunidad, 124-125
- Cooperación, en la atención de la salud basada en la comunidad, 169-170
- Coordinadoras de la atención, las enfermeras como, 166, 292
- Corporaciones
 - con fines de lucro, 323
 - definición, 323
 - internacionales, 322
 - sin ánimo de lucro, 324
- Correo electrónico, haciendo cabildeo a través del, 362
- Costeabilidad, 124
- Costos, en la atención gestionada, 377-378
 - Ver también* Atención gestionada
- Costumbres religiosas, 23
- Council for Community Health Services, 84
- Creencias, 142
 - sobre la salud, 36, 37
 - y adjudicación de recursos, 85
 - y educación de la salud, 170
- Creencias culturales, 40
 - de los profesionales de la salud, 37
 - valores y, 36
- Criterios de Excelencia en Atención Domiciliaria, 301-302, 304
- Cruz Azul del imperio y Protección Azul, 336
- Cruz Roja Americana, 27, 220
- Cuidado de la traqueotomía, 258
- Cuidado propio, 36, 116
 - de los ancianos, 47
 - familiar, 244, 250
- Cultura, 81, 110, 117, 151
 - aspecto económico de la, 45-47
 - choque de, 147
 - de los proveedores de atención de la salud, 37
 - expresiones de, 198
 - influencia de la, 35
 - papel del mito en la, 36
 - y estética, 142
 - y pobreza, 46
- Curadores, 23
- Curandero, 43
- Chadwick, sir Edwin, 25
- Chivo expiatorio, en las familias, 247
- D
- Datos de identificación, 218
- Datos del Censo, 17, 135
- Datos estadísticos, 135
- Declaración de Derechos de Atención de la Salud, 387
- Declaración de los Derechos del Paciente, 214
- Defensor del consumidor, el administrador de casos como, 409-410
- Defensora, 175
- Delegación de la atención, 264
- Demografía 80-81, 137-138
 - internacionales, 81
 - nacionales, 80
 - recolección de datos, 93
 - y medición de resultados, 192-195
- Departamento de bomberos, 139, 197
- Departamentos de policía, 138, 139
- Departamentos de relaciones comunitarias, 164
- Department of Health and Human Service (DHHS), 326
- Depresión, terapia de grupo para la, 262-263
- Desarrollo de los recursos, 175

- Desarrollo de políticas, en el sistema de salud pública, 5, 286
- Descendencia, representación genográfica de la, 235f
- Descubrimientos médicos, enfermería y, 32
- Desfiles, en la comunidad, 142
- Desnutrición, detección de la, 290
- Desorientación, en la familia, 249
- Desviaciones, 142
- Detección
 - de cáncer cervical, 329
 - de las ETS, 285, 290
 - de los casos, 159, 177, 191
- Detecciones
 - de plomo, 329
 - mamográficas, 121, 275, 239
- Detectores, las enfermeras como, 290-291
- Diabetes, 47, 173, 263
- Diagnosis Related Groups, 328
- Diagnósticos
 - enfocados en el individuo, 156
 - en el proceso de enfermería, 13
- Diagnósticos, comunitarios, 154-160, 163
 - aprobados por NANDA, 155
 - definición, 132
 - ejemplos de, 144-145, 156, 157
- Diálisis, 83
- Diarrea, en las guarderías, 13
- DICN (doble ingreso con niños), 50
- Diferenciación, en la familia, 237
- Directorio telefónico, como recurso, 135
- Directorio, recurso comunitario, 144
- Discriminación, y salud comunitaria, 120
- DISN (doble ingreso sin niños), 50
- Disponibilidad, de la atención basada en la comunidad, 125
- Disposiciones anticipadas, 61-62
- Distanciamiento, en la familia, 246
- Diversidad, 141
 - cultural, 39, 40
 - definición, 36
- Divorcio, 237
- Doble ciego, dentro de la familia, 248
- Dock, Lavinia, 30, 349
- Documentación
 - de las visitas domiciliarias, 219
 - para los servicios, 175
- Drogadicción, 126, 199, 329
- Dupleta, 227
 - comunicación en la, 239
 - y alianzas defensivas, 246-247
- Durkheim, Emile, 67
- E
- Economía
 - como subsistema comunitario, 110
 - de la atención de la salud, 59-60
- Edad, y atención de la salud, 47
- Educación, 110, 170
 - aprendizaje vitalicio, 407
 - continuada, 415
 - de los encargados de la atención, 288-289
 - del cliente, 9
 - del público, 289-290
 - del servicio interno, 290
 - interdisciplinaria, 314
 - prevención del cáncer, 236
 - preventiva, 9
- Educación, de la comunidad, 123, 195
- Educación, de la salud, 170, 219
- Educadoras, las enfermeras como, 289-290
- Ejercicio
 - clases, 329
 - y actividad familiar, 232
- El pago a un tercer partido, 61
- Embarazo, en la adolescencia, 38, 47
- Empleadas independientes, 325
- Empoderamiento
 - definición, 146
 - la defensoría como, 175
 - y condición de salud, 198
- Empresa, definición, 322
- Empresarias, las enfermeras como, 289, 335-341 "Encargados". *Ver también*
- "Asistentes encargados"
 - enfermeras como, 289
 - grupos de apoyo para los, 65
- Encuestas, locales, 137
- Endémico, definición, 17
- Energía familiar, 242
- Enfermedad
 - cardiovascular, en mujeres, 48
 - cerebro vascular,
 - cerebro vascular, 261, 273
 - de Alzheimer, 86, 199, 286t
 - de Parkinson, 58, 65, 220, 259
 - estrategias familiares para la, 237
 - historia natural de la, 13-15, 16f
 - percepciones de la, 37
 - prevención de la, 184
- Enfermedad cardíaca
 - costos económicos de la, 329
 - factores de riesgo para la, 173

- Enfermedades transmisibles
 - control de las, 286
 - en el siglo XIX, 25
 - en el siglo XVIII, 24
- Enfermedades transmitidas por el agua, 196
- Enfermera
 - experta, 78
 - general, 7
 - novata, 78
- Enfermeras
 - administradoras, 398
 - anestelistas, 277, 312, 313, 351
 - contratación internacional de, 400
 - de práctica avanzada, 123, 277, 350, 351, 387, 404, 413
 - de salud pública, 5
 - edad, 401
 - educadoras, 177
 - empleo para las, 326t
 - estadísticas de las, 400
 - habilidades requeridas por las, 406-412
 - oportunidades para las, 402-405
 - verificación de la calidad por las, 403
- Enfermeras de práctica avanzada (EPA), 277, 350, 351, 387, 413
 - como agentes de comunicación, 123
 - y atención gestionada, 404-405
- Enfermeras de salud comunitaria, 206 *Ver* Enfermeras, salud comunitaria
- Enfermeras especialistas clínicas (EEC), 277, 302, 312, 313, 351
 - funciones de las, 278, 278t
 - programas para, 414
- Enfermeras investigadoras, 68, 184
- Enfermeras practicantes, 277, 312, 313, 351
- Enfermeras, como defensores, 305
- Enfermeras, de salud comunitaria, 32
 - características valiosas en las, 165
 - decisiones éticas de las, 62
 - definiciones culturales, 42-43
 - en investigación, 68
 - estándares de la práctica para las, 6
 - papel de las, 4-5, 123, 165-166
 - participantes en la investigación, 68
- Enfermería de atención aguda, 403-404
- Enfermería de práctica avanzada, 312-313
 - investigación y, 313-314
 - y educación de enfermería, 314-315
- Enfermería de servicio de salud pública, 5, 30
- Enfermería ocupacional, 30
- Enfermería para la salud comunitaria
 - alcance de la atención de la, 5
 - ANA en la, 31
 - definición según la ANA, 4
 - definición, 5
 - evolución de la, 24-32
 - principios básicos de la, 3-5
- Enfermería parroquial, 221
- Enfermería. *Ver también* Enfermería para la salud comunitaria
 - atención a largo plazo, 404
 - como segunda ocupación, 40
 - de atención aguda, 403-404
 - escenarios para la, 402
 - transcultural, 43-44, 194
- Enfermeras parteras, 276, 277, 312, 313, 351
- Enfoque global, 5
- Enlaces, 125
 - creación de efectivos, 178
 - desarrollar, 168
- Entrada, en el sistema familiar, 227
- Enunciado de la misión, 338
- Environmental Protection Agency (EPA), 157
- Epidemia, 80
 - de cólera, 12, 25
 - de influenza, 159
 - definición, 18
 - enfermería y, 31
- Epidemiología, 11-12
 - descriptiva, 17-18
 - proceso en la, 14-16, 14t
 - y la historia natural de la enfermedad, 14-15, 17f
- Equipo médico duradero (EMD), 380
- Equipos interdisciplinarios, 87, 89, 147
 - administradores de los casos en, 409-410
 - educación y, 315
 - y criterios de acreditación, 299
- Escalas de crecimiento, 31
- Escalera de la participación, 65
- Escasez, en la enfermería, 402
- Esclerosis múltiple (EM), 46, 57, 65
- Espacio
 - percepciones culturales del, 42
 - y funcionamiento familiar, 231
- Especialistas
 - en enfermería, 7
 - papel de los, 287
- Estadísticas vitales, 135, 136, 137
- Estado de salud
 - en la historia de la salud, 218
 - mediciones del, 184

- Estado nutricional de la familia, 231
- Estancias hospitalarias, 32
- Estándares de la atención, 314-315
 - aceptados, 84
 - recolección de datos para los, 96
 - y atención gestionada, 149
- Estándares de la práctica, de salud comunitaria, 6-7
- Estandarización, Benchmarking*, 410
- Estética, 81
 - en la valoración de la comunidad, 141-143
 - y medición de resultados, 198-200
- Estilos de vida, 110
 - opciones de, 174 y
 - epidemiología, 11
- Estimación del riesgo, 173-174
- Estimulación nerviosa electrónica transcutánea (TENS), 255
- Estrategias de enfermería, 307, 321
- Estrés
 - familiar, 241-243
 - la familia como fuente de, 226
 - y familias disfuncionales, 245
- Estructura, evaluación de la, 187
- Estudio de la industria, 338
- Ética
 - Código de la ANA, 56, 56t, 59
 - de la atención gestionada, 386-390
 - de los hombres vs. las mujeres, 67
 - definición de, 55, 70
- Etnocentrismo, 41
- Evaluación, de la salud comunitaria, 76
 - identificación de problemas en la, 88-89
 - modelo de alianza para la, 77f-78, 89
 - recolección de datos para la, 93-99
- Evaluaciones culturales, 44-45
- Eventos culturales, 142
- Examen físico, 218
- Expectativa de vida
 - de los Afroamericanos, 46
 - y necesidad de atención de la salud comunitaria, 327
- Expectativas, del público, 83
- Expresiones artísticas, 142
- F
- Facilitadora, la enfermera de salud comunitaria como, 165
- Factores de riesgo
 - controlables, 126
 - en la comunidad, 168-169
- Facultad de enfermería, 221
- Familia, 117
 - atención de enfermería para la, 261-264
 - cambios en la estructura de, 50, 327
 - chivo expiatorio en la, 247
 - como cliente, 227-228
 - como sistema abierto, 227
 - compromiso negativo en la, 248
 - con dos profesionales, 241
 - conflicto en la, 242
 - definición de, 226
 - diferenciación en la, 237
 - doble ciego en la, 248
 - energía de la, 242
 - enfocadas en los niños, 241
 - estrés en la, 242
 - funcionamiento integral de la, 228
 - impacto del ambiente sobre la, 243
 - límites de, 237
 - metas educativas de, 233
 - mezclada, 237
 - orientación en las metas, 227-228
 - papeles en la, 238-239
 - patrón de la vida diaria, 232-233
 - patrones de comunicación de la, 239
 - patrones disfuncionales de, 229, 245
 - 249, 291
 - patrones funcionales de la, 229, 231-245
 - poder en la, 241
 - proceso en la, 228
 - propio cuidado, 244-249
 - pseudomutualidad, 248-249
 - reconstituida, 237
 - subsistemas dentro de la, 227
 - toma de decisiones en la, 240-241
 - valores de la, 240
 - virtual, 278-279, 288
 - y cambio, 243
 - y transmisión multigeneracional, 233-237
- Familias con múltiples padres, 52
- Farr, William, 11
- Fax, haciendo cabildeo vía, 366
- Federal Election Commission, 366
- Ferias comunitarias, 142
- Ferias de la salud, 167 FHP (OCS), 389f
- Fiebre
 - amarilla, 25
 - tifoidea, 25
- Financiación gubernamental
 - confianza en la, 85

y adjudicación de recursos, 150-151
 Fisiología, 103-104
 Fisioterapeuta, 353
 Fliedner, Frederika, 26
 Fliedner, Pastor, 26
 Formalismo ético, 55
 Formato, 485, 206
 Franklin, Benjamín, 25
 Fuerza laboral, definición de, 176
 Fundación Robert Wood Johnson, 390

G

Ganancias de capital, definición, 322
 Generación X, 49
 «Generación sandwich», 48
 Genograma
 definición, 234
 familiar, 233, 234f, 236-237
 relaciones sentimentales, 236f
 Gerente ejecutivo (GE), 331
 Geriatra, 148
 Gestión de la atención, 125, 132, 154, 271
 competencia de los profesionales, 147-148
 en el Modelo de Alianza para la
 Valoración de la Salud, 113, 113f
 integración de los sistemas de, 88
 integral, 273
 interdisciplinaria, 149-150
 recolección de datos para la, 93-99
 sistemas de, 77, 177
 técnicas para, 82-84, 145-150
 y adjudicación de recursos, 190
 y criterios de la atención, 148
 y expectativas del público, 146-147
 Gilligan, C, 67
 Gobierno
 estatal, 355
 federal, 85, 354-355, 375
 local, 85
 naturaleza del, 354
 Gobierno Federal
 Medicaid y Medicare, 376
 operaciones del, 353-354
 y adjudicación de recursos, 85
 Grabaciones, 409
 Gradúate Record Examination (GRE), 443
 Graunt, John, 11
 Grupo interesado, 265
 Grupos de apoyo, 172
 Grupos de interés especial, 348

y adjudicación de recursos, 85, 150
 y cabildeo, 365
 Grupos defensores, 291
 Grupos, atención de enfermería de, 261-264
 Guarderías, 233, 326
 diarrea en las, 13
 políticas de salud para, 137
 residencias diurnas para adultos, 199
 Guerra Civil Americana, 27
 Guerra de bandas, 138, 139
 Guerras, la enfermería y las, 32
 Guía de Valoración del Bienestar
 Familiar, 230f-231f

H

Habilidades
 como instructores, 413-414
 frente a los medios, 408-409
 informáticas, 409-410
 para el liderazgo, 412-413
 para el manejo, 409-410
 para la administración de casos, 411-412
 para la enfermería, 407-414
 para la evaluación, 410
 para los negocios, 412
 valoración de las, 411-412
 Habitantes urbanos, ancianos, 10-11
 Hábitos de la salud, 174
 Hatch Political Activities Act (1939), 365
 Health and Human Services, U.S.
 Department of (DHHS), 6, 391
 Health Care Finance Administration
 (HCFA), 206, 332, 376, 391
 Health Resources and Services
 Administration (HRSA), 391
 Health Systems International, 389f
 Healthcare de los Estados Unidos (OCS),
 389f
 Healthsource (OCS), 388
Healthy People, 46, 126, 127, 157, 192, 195,
 328, 329
 Hebrew Female Benevolent Society, of
 Philadelphia, 28
 Hemiparesia, 261
 Henry Street Visiting Nurse Association, 349
 Herbert, Sir Sidney, 26
 Hipertensión, 46
 como factor de riesgo, 126
 en mujeres, 48
 Hipócrates, 11

- Historia familiar, 218
- Hogares para niños recién nacidos abandonados, 30
- Home Care Association (HCA), 359
- Home Health Certification and Plan of Care, 206
- Hospedador, en el proceso epidemiológico, 14, 15, 16f
- Hospice and Home Care, Foundation for, 332
- Hospicios, 8, 326
- Hospital Bellevue, 28
- Hospital de Nueva York, 25
- Hospitales
 - cierre de los hospitales públicos, 89
 - de caridad para niños recién nacidos abandonados, 24
 - función de los, 287
 - municipales, 24
- Howe, Edgar Watson, 403
- Humana, 389f
- I**
- Idioma
 - como barrera, 36
 - y asimilación cultural, 44-45
- Imperturbabilidad, dentro de la familia, 247
- Implementación, 132
 - en el proceso de enfermería, 14
 - en la evaluación de enfermería, 186
- Incendios, en la comunidad, 139
- Indicador de la integridad, 125
- Indigentes
 - atención domiciliar de los, 221
 - demografía de los, 138
- Industria casera, 388
- Industria de atención de la salud, 321-322
 - crecimiento del empleo en la, 332f
 - información en la, 408
 - reestructuración de la, 400
 - uso de computadores en la, 407
- Industria de la atención gestionada
 - enfermeras en la, 392
 - reglamentación de la, 391
 - y protestas populares, 386
- Industria de los seguros, 271, 281, 326
- Industria, de atención de la salud. *Ver* industria de atención de la salud
- Infección, prevención de la, 259
- Infecciones oportunistas, 275
- Influencia política, 351
- Información
 - de la salud, 170
 - fuentes de, 135
- Informantes clave, 127-128, 135, 136
 - como recepcionistas, 128
 - identificación de, 136
- Informática, y enfermería, 405, 407-408
- Informe de la visita, de enfermería, 206, 207f-208f
- Informe de las visitas posteriores, 209, 210f
- Informe Flexner*, 30
- Informes, en la evaluación de enfermería, 186
- Inmigración, y salud comunitaria, 27-29
- Inmunización, 31, 37, 285
 - detección para la, 290
 - educación sobre la, 172
 - infantil, 275
- Inquietudes ambientales
 - recolección de los datos pertinentes a, 94
 - y mediciones de los resultados, 194-195
- Inserción del catéter de Foley, 256
- Instalaciones
 - correccionales, 326
 - de enfermería profesional (IEP), 334
 - recreativas, 140
- Instituciones para la rehabilitación de la drogadicción, 199
- Instituciones, relacionadas con la salud, 82
 - en la valoración comunitaria, 143-144
 - y mediciones de los resultados, 200
- Integridad
 - características, 118
 - de la comunidad, 117-118
- Interacción social, y variación cultural, 42
- Interconexión, 410
- Intereses, 110
- Intermediarias de la comunicación, enfermeras de práctica avanzada como, 123
- Internet, 6, 362
- Internet y la red mundial, 362
- Intervenciones
 - medición de los resultados de las, 258-261, 262-264
 - preventivas, 121, 286t
- Intervenciones, basadas en la comunidad, 163
 - estrategias para las, 170-176
 - metas de las, 166
 - prevención, 169

Intervenciones, de enfermería
 nivel macro, 272f
 nivel micro, 272f
Inventario del bienestar, 174
Investigación
 de la atención primaria, 313-315
 en la educación interdisciplinaria, 314-315
 y práctica avanzada, 313
Investigadoras, enfermeras, 68, 184, 285

J

Jefes operativos (JO), 331
Jenner, Edward, 24
Jerarquía de las necesidades individuales
 según Maslow, 10f
Jerarquías generacionales, 227
Joint Commission on Accreditation of
 Health care Organizations (JCAHCO),
 332, 390
Junta de Revisión, en el proceso de
 acreditación, 297
Juntas de planeación, de atención de la
 salud, 150
Justicia *Ver también* Ética, 59-60
Juventud, recursos para la recreación y la
 socialización de la, 168

K

Kaiser Permanente (OCS), 389f
Kohlberg, L., 67
Krout, J. A., 124

L

La comunidad como sistema, 117
Laceración de la piel, prevención de la, 259
Lavado de las manos, 216
Leavell, H. R., 15
Leavitt, J., 352
Leininger, M., 43-44
Leucemia linfocítica aguda (LLA), 260
Lewin, Kurt, 40, 55
Ley de pobres, 26
Leyes terminantes, 379
Liberación temporal, 248
Liderazgo, 105
Límites
 familiares, 237-238
 familia unida vs. dispersa, 245
Limpieza, de la vivienda, 243

Longevidad
 en el siglo XVIII, 24
 y Revolución Industrial, 24
"Los niños no pueden volar", 197
Lupus eritematoso sistémico (LES), 57,65
Llamadas telefónicas, de presentación, 209

M

Madres, sistemas de apoyo para las
 nuevas, 292
Maestras, las enfermeras de salud
 comunitaria como, 170, 172
Maletín de enfermería, para la visita
 domiciliaria, 216
Managed Care Organizations (MCOs),
 326, 374, 376, 377
 acreditación de las, 390-391
 contratos de, 382-383
 meta enunciada por las, 390
 pago retenido por, 381
 quejas contra las, 379
Manejo
 de la colostomía, 256
 de los datos, 126
Manejo del caso, 5, 379-380
 certificación para la, 303t
 certificación, 298f, 330f
 habilidades para, 408-409
 valor de, 381 f
Manejo del estrés
 de las mujeres, 48-49
 programas para, 329
Manejo del maletín, en las visitas
 domiciliarias, 216
Maniobra de Heimlich, 172
Mason, D., 352
Matrimonio, representación genográfica
 del, 235f
Mecánica corporal, de los asistentes
 encargados, 288
Medicaid, 46, 61, 275, 391
 atención gestionada por, 383-386
 comparación nacional de los costos de,
 383f
 y atención gestionada obligatoria,
 386-387
Medicare, 32, 46, 61, 206, 296, 376, 391
Medicina deportiva, 276
Medición del colesterol, 329
Mediciones de la presión sanguínea, 121,329

- Médicos, 23
 - en América colonial, 24-25
 - en los conflictos de campo, 277
- Medios masivos, y la agenda de enfermería, 408
- Medios
 - impresos, 409
 - radio y televisión, 409
- Meses por afiliado, 379
- Metas, de la salud comunitaria, 199, 200
- Metra Health (OCS), 389f
- Metropolitan Life Insurance Company (MLI), 334
- Mezcla de clientes, 82, 145
- Miller Analogies Test, 430
- Minorías, 41
 - definición, 46
 - pobreza y, 350t
- Mito, y problemas de salud, 36
- Modelo cibernético de Lewin's, 41
- Modelo de Alianza para la Evaluación de la Salud Comunitaria, 76, 77f, 78, 89, 113, 113f, 125, 126, 190, 200, 217
 - análisis comunitario, 154
 - en la gestión de la atención, 379
 - política y, 348
 - recolección de datos para el, 93-99
 - tres esferas del, 155, 160
 - y práctica avanzada, 314
- Modelo de evaluación, 217
- Modelo de tarifa por el servicio, 382
- Modelo de transformación de atención de la salud, 60f
- Modelo Transcultural de Salud, 44
- Montag, Mildred, 411
- Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 6
- Morbilidad
 - patrones de, 191-192
 - y necesidades basadas en la comunidad, 80
- Morgan-Witts, Max, 13
- Mortalidad
 - infantil, 17, 159, 275
 - patrones de, 191-192
 - y necesidades basadas en la comunidad, 80
- Mothers Against Drunk Drivers (MADD), 167
- Motivo de consulta, 218
- Movimiento de reforma social, 29
- Movimiento moderno de enfermería, en Estados Unidos, 27
- Muerte, asistida, 62
- Muertes
 - prematuras, 329
 - violentas por distintas armas, 159
- Muestra de prueba, 335
- Mujeres
 - continuidad de la atención para las, 275
 - en el sistema de atención de la salud, 48-49
- Música, 81
- N
- NANDA. Ver North American Nursing Diagnosis Association
- Nataro, Ann, 12, 13
- National Association for Home Care (NAHC), 333
- National Committee for Quality Assurance (NCQA), 386, 390
- National Council Licensure Exam (NCLEX-RN), 302
- National Home Caring Council, 332
- National Institutes of Health (NIH), 194
- National League for Nursing (NLN), 84, 148, 177, 205, 296
- National Nursing Research Agenda, 124
- National Practitioners Data Bank (NPDB), 391
- National Vaccination Board, 25
- Necesidades especiales, y aspectos de seguridad, 139
- Necesidades, basadas en la comunidad, 77, 80, 124, 132, 154, 160, 190-191
 - en el Modelo de Alianza para la Salud, 113
 - énfasis en, 136-137
 - recolección de los datos sobre, 93
 - y cambio planeado, 175
- Necesidades, jerarquía de, 10
- Negación, de la familia, 248
- Negocio
 - clases de, 322-324
 - de la salud comunitaria, 324-326t
 - definición, 322
 - familiar, 325
 - la atención de la salud como, 321
 - la atención domiciliaria como, 330-334
- Negocios de consejería para la ubicación en residencias para personas de la tercera edad, 336, 351
- Negocios de consultoría, 336

- Negocios de seminarios educativos, 336
- New York State Nurses Association (NYSNA), 334, 355t, 359f
- Nightingale, Florence, 26-27, 30
- Niños
- continuidad de la atención para los, 275
 - defensa de, 291
 - desaparición de, 196
- Niveles de plomo, 195
- No asegurados
- número de, 388
 - y continuidad de la atención, 275
- Normas, 35, 36, 38
- de la comunidad integral, 106
 - definición, 240
 - y vida familiar, 240
- Normas del «Derecho a Saber», 286t
- North American Nursing Diagnosis Association, 70, 145, 150, 153, 155, 159
- Nota de certificación al cabo de 60 días, 209, 221 f
- Nueva York, Universidad del Estado de, 413
- Nurses Association of the Countries of Long Island (NACLI), 354t
- Nurses Coalition for Action in Politics (N-CAP), 349, 369
- Nurses for Political Action (NPA), 368
- Nurses Strategic Action Team (N-STAT), 352, 368
- Nutrición parenteral total (NPT), 255
- Nutricionistas, 353
- O**
- Obesidad, 69, 126
- Obstetras, 276
- Ocio y esparcimiento familiar, 232-233
- Office of Prepaid Health Care Operations and Oversight (OPHOO), 391
- Oficina de Estadísticas Laborales (OEL), 331, 400-401
- Oportunidades profesionales, 404, 405, 406f
- Ordenes para la No Reanimación (NR), 57, 62
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 6, 324
- Organizaciones
- de enfermería comunitaria (OEC), 326
 - de proveedor exclusivo (OPE), 357, 377
 - de proveedor preferencial (OPP), 82
 - de servicio comunitario, 135
 - laborales, del siglo XIX, 28
 - médico-hospitalarias (OMH), 375, 377
 - profesionales, 353, 400
- Organizaciones basadas en la comunidad (OBC), 326
- función de las, 287
 - y educación de enfermería, 310
- Organizaciones para la conservación de la salud (OCS), 82, 375, 404
- afiliados, 385f
 - clases de, 376
 - fusiones de, 388
 - principales, 388
 - y SP, 386
- Orgullo comunitario, 198-199
- P**
- Padres
- de Niños Asesinados, 110
 - hispanos, 43
 - solteros, 50
- Página Web, de la ANA, 408
- Panel, 378
- Papeles
- de la enfermera de salud comunitaria, 4-5, 122, 165-166
 - familiares, 238-239
 - políticos, 352, 353-355t
 - recíprocos, 238
- Papeles, en la enfermería, 285, 292-293
- cambiantes, 290
 - como proveedor de la atención, 289
 - en atención gestionada, 392
 - en coordinación de la atención, 292
 - en defensoría, 291
 - en detección, 290-291
 - en educación, 289-290
 - en planeación, 291
 - en supervisión del personal auxiliar, 292
- Paramédicos, 324
- Parent Teacher Association (PTAs), 111
- Parentesco, 226
- Parques, en la comunidad, 142
- Parteras, 24
- Parteras, enfermeras certificadas (EPC), 312, 313, 351
- Participación comunitaria, 65-66
- Partidos políticos, 355

- Pasividad, dentro de la familia, 247-248
 Passthrough, definición, 323
 Patogénesis, 15, 16
 Pedagogía de la enfermería, 307, 412-415
 avanzada, 399
 cambios en la, 308-309
 continuada, 290, 415
 estadísticas de, 400-401
 programas de grado en la, 7, 314, 412-414
 senda rápida en la, 412
 y atención ambulatoria, 326t
 y práctica avanzada, 314-315
 Pérdida de peso, preocupación por la, 38
 Pérdida, estrategias familiares en caso de, 237
 Personal asistente no licenciado (PNL), 264, 292, 351, 403
 definición, 279
 plan de las actividades del, 280f
 y educación de enfermería, 311
 Personal auxiliar, enfermeras como supervisoras del, 292
 Pew Health Professions Commission, 311-311t
 Plagas, 23, 25
 Plan
 de atención, para los AAD, 222f
 de indemnización, 375
 Plan de negocios
 desarrollo del, 336-337
 elementos del, 337, 337t, 338-340
 Planeación, 132
 de atención de la salud, 86, 175
 de la atención interdisciplinaria, 149
 en el proceso de enfermería, 14
 en la evaluación de enfermería, 186
 Planeadoras, las enfermeras como, 291-292
 Planes de acción, 82, 84
 Planes de atención interdisciplinaria (PAI), 82, 84, 96
 Planes de Servicios de Salud Prepagada (PSSP), 384, 385
 Población blanco
 definición, 168
 y sistemas de gestión, 192
 Población que envejece, 60
 necesidad de la, 80
 presiones de la, 61
 y necesidad de atención de salud comunitaria, 327
 Poblaciones de alto riesgo, 46
 Pobreza
 estadísticas de la, 350t
 salud y, 45
 y Afroamericanos, 46
 y continuidad de la atención, 274
 Poder, 352
 de la Atención de la Salud, 61, 62, 62f, 67f
 dentro de la familia, 241
 ejecutivo, federal, 354
 el conocimiento como, 415
 Poderes Duraderos del Abogado
 respecto a la Atención de la Salud, 61-62
 Política. *Ver también* Cabildeo, 110, 348, 366
 las enfermeras y la, 366, 367f, 368
 naturaleza de la, 352-353
 Political Action Committee of ANA (PAC), 349, 368, 369
 Práctica, de la enfermería
 avanzada, 312-315
 centrada en la población, 7
 de salud comunitaria, 4
 privada, 322
 Practicantes privados, 334
 Precauciones universales, 212, 215-216, 288
 Prepatogénesis, 15, 16f
 Preservativos, 286t
 Presión ambiental, 40, 55
 Prestación de la atención
 cambios en la, 288-289, 351
 cambios en la, 308
 personal asistente involucrado en la, 293
 Prestación del servicio, 293
 Presupuesto de funcionamiento, proyectado, 339
 Prevalencia del exceso de peso, 156
 Prevención, 61
 atención de los ancianos, 48
 Nightingale y la, 27
 primaria, 15, 16t, 48, 122, 125, 169
 proceso, 14
 programas de detección y, 290-291
 secundaria, 15, 16, 48, 122, 125, 169
 terciaria, 15, 16, 48, 122, 125, 169
 Privacidad, asunto de, 59
 Problemas con las palomas, 143
 Procedimiento de consentimiento informado, 68
 Proceso
 de evaluación, 167
 familiar, 228
 y el resultado, 189
 Proceso de autoestudio, de la acreditación, 298, 304

- Proceso de enfermería, 14t, 70,117,132,177
 definición, 183
 evaluación en el, 185-187
 fase de valoración del, 160
- Proceso de toma de decisiones éticas, 69,69t
- Proceso legislativo, 352
 estatal, 358-359Í
 federal, 356-358
- Procesos tecnológicos, 64
 de atención de la salud, 60
 y razonamiento moral, 63
- Producto interno bruto (PIB), 375
- Producto nacional bruto (PNB), 321
- Profesionales
 competencia de los, 83-84, 147-148
 las enfermeras como, 353
- Programa
 alimentación a domicilio, 148, 193, 220
 de diplomado, 412
 de doctorado, 414
 definición, 187
- Programas
 de ayuda voluntaria, 65
 de educación de la salud, 64, 195
 de incentivos para los proveedores, 379
 de inmunización, 329
 de mejoramiento de la calidad, 301-302
 de nutrición, 329
 de prevención de la violencia, 285
 de prevención del asma, 329
 de prevención, 195
 de relevo, 65
 de vacunación contra la gripe, 329
 Headstart, 291
 para el Abandono del Tabaquismo, 194, 195
 para la niñez temprana, 233
 para la prevención de la adicción a las drogas, 329
 para la prevención del abuso del alcohol, 329
 para parteras, enfermeras certificadas, 414
 para practicantes de enfermería, 398, 414
- Programas certificados, posmaestría, 413-414
- Programas de anestesia, enfermera certificada registrada, 413
- Programas de detección, 121, 172, 191
 de la anemia de células falciformes, 329
 de la desnutrición, 290
 de la hipertensión arterial, 122, 329
 de las enfermedades de transmisión sexual, 285
 de los niveles de plomo, 329
 de los trastornos de la alimentación, 185
 del cáncer, 164, 329
 del colesterol, 329
 mamográficos, 121, 274, 329
 prueba de Pap, 36
- Promoción de la salud, 61, 206
 áreas prioritarias de la, 127t
 y evaluación de los resultados, 188
- Promoción del bienestar, 12
- Propietario, único, 322
- Proporción, definición, 17
- Proporciones entre las enfermeras y los clientes, 265
- Proporciones, demográficas, 138
- Protección, importancia de la, 138
- Protecciones en las ventanas, 197
- Proveedores de atención de la salud, trabajando con, 221
- Proveedores. *Ver también* Encargados de la atención
 definición, 152
 derechos de los, 390
- Proyecciones temporales, 340
- Proyecto de ley de la Cámara (C.R.), 356
- Proyecto de Ley de Todo Proveedor Voluntario, 379
- Proyecto de ley del Senado (S.), 356
- Prudential* (OCS), 389f
- Prueba de Papanicolaou (Pap), 36
- Pseudomutualidad, 248-249
- Public Health Act (1848), British, 25
- Publicidad, de los proveedores de atención de la salud, 83
- Punto de servicio (PS), 375, 377
- Quimioterapia
 administración intravenosa de, 255
 domiciliaria, 260
- R
- Racismo, y salud comunitaria, 120, 240
- Radio, impacto sobre la enfermería, 409
- Rathbone William, 29
- Razonamiento moral, 67
- Reanimación cardiopulmonar, 57,62,171,172
- Recambio
 definición, 227

- del personal, 265
 - Recepcionistas
 - definición, 107
 - los informantes clave como, 128
 - Reclusos, defensoría de los, 291
 - Recolección de datos, 154, 407
 - demográficos, 137
 - en la evaluación de enfermería, 186
 - Recreación, 110
 - Recursos
 - comunitarios, 337
 - ubicación de, 135-136
 - Redes
 - de apoyo, 288
 - populares, 352, 368
 - Reducción del riesgo
 - enseñando respecto a la, 236
 - estrategias para la, 173-174
 - Reducción, 321
 - Reembolso
 - aspectos del, 321
 - estructura para el, 383
 - Reforma de la campaña, 366
 - Reforma, de la atención de la salud, 328
 - Regents College, NY, 413
 - Rehabilitación, 16
 - Relación cliente-enfermera, 309-310
 - Relación, definición, 17
 - Relacionar, 114, 144, 154, 188
 - Religión, 81, 147, 151
 - Remisiones, 220
 - Remuneración, de las enfermeras de atención domiciliaria, 331-332.
 - Ver también* Salarios
 - Requisitos de admisión, a los servicios, 175
 - Residencias para personas de la tercera edad, 48, 326
 - Respiradores, 83
 - Responsabilidad
 - de las enfermeras de práctica avanzada, 312
 - personal, 69
 - social, 69
 - Responsabilidad, de las enfermeras de práctica avanzada, 312
 - Restricción, de la atención de la salud, 55
 - Resultados
 - criterios para, 183
 - de los clientes, 265
 - definición, 184
 - en la atención gestionada, 377
 - evaluación de los, 183, 188
 - medición de, 258-261, 262-264
 - Resumen de salida, 206, 21 lf
 - Retención del pago, por las OAG, 382
 - Reverby, S., 334
 - Revisión del servicio, controversia sobre la, 382
 - Revolución industrial, 24
 - Revolución Sanitaria, 24
 - RISKO: Una Estimación de la Salud del Corazón, 173
 - Roma, antigua, enfermería en, 30-31
 - Rouche Barton, 13
- S**
- Sacerdotes, 23
 - Sachs, Richard, 360
 - Safe home, 168
 - SAFE Visión, 322
 - Salarios
 - de los administradores, 331
 - promedio de las enfermeras registradas, 402
 - Salida, 227
 - Salud, 110
 - conceptos de los clientes sobre la, 36
 - determinantes de la, 174
 - impresiones de la, 37, 40
 - Salud comunitaria
 - cambio en la, 7-10
 - el negocio de la, 324-328
 - Salud pública. *Ver también* Salud comunitaria
 - funciones de la, 285-287
 - oportunidades para la enfermería en la, 402-403
 - principales funciones de la, 286
 - Sanador familiar, 247
 - Saneamiento, 285
 - Sanitarios, 23
 - Satisfacción del cliente, 271
 - realidad económica, 271
 - y proceso de acreditación, 301-304
 - Satisfacción, evaluación de la, 184, 185
 - Schiff Jacob H., 30
 - Sede de Enfermeras, 30
 - Sede de la Calle Henry, 334
 - Segregación, y salud comunitaria, 120
 - Seguimiento de las enfermedades transmisibles, 87

- Seguimiento, de los contactos de los casos, 192
Seguridad Social, 391
Seguridad, 110
 de la enfermera de salud comunitaria, 213
 de la importancia, 138
 en el sistema de salud pública, 286
 familiar, 244
 precauciones de, 134
 servicios públicos para la, 195-196
Seguro contra la práctica errónea, 340
Seguro de salud, 32. *Ver también* Seguro
 cambios en el, 61, 87
 y adjudicación de recursos, 152-153
Sensibilidad cultural, 41
Separación, y las familias, 237
Servicio comunitario, en el siglo XX, 30-32
Servicio de la Enfermera Visitante, 3
 de New York, 324
Servicio de Salud Indio (SSI), 404
Servicios
 ambulatorios, 7
 basados en la comunidad, 167-168
 de enfermería, 271
 de Protección para Adultos, 220
 de saneamiento, 140
 del hospicio, 256
 extrahospitalarios de emergencia, 139
 gratuitos disponibles, 140
 para adquisición de alimentos, 193
 reembolsables, 175
 sociales, 110
Servicios públicos, 81, 138-141
 recolección de los datos, 93-95
 y medición de los resultados, 195-198
Sexualidad, y actividad familiar, 232
Sigma Theta Tau International, 411
Silencio, en la familia, 249 Síndrome de
inmunodeficiencia adquirida
 (SIDA), 46, 59, 64, 86, 205
 educación sobre, 147, 328-329
 y generación X, 49
 y necesidades de aprendizaje, 172
 y OAG, 379-380
 y suministro de atención, 288
Síndrome de muerte súbita infantil
 (SMSI), 197
Sistema
 abierto, la familia como, 227
 de reembolso capitado, 375, 377-378
 de valores, 110
 emocional, la familia como, 245
 social, la familia como, 226
Sistema de atención de la salud
 cambios en, 399
 cuota por cada servicio de, 375
 negocio del, 321
Sistemas
 de creencias, 47, 141
 de información, 339, 408
 de manejo de la información (SMI), 407
 de tutoría, para los médicos, 25
Sistemas humanos, interactuantes, 118f
Sistematización, de las historias, 220
Sitios de trabajo, programas de bienestar
 para los, 194
Snow, John, 11, 25
Sobrecarga de papeles, 238
Sobrevivientes del suicidio, 110
Socialización
 familiar, 231
 oportunidades para la, 143
Sociedad
 entre los proveedores de la atención y
 los consumidores, 169-170
 definición, 323
 general, 323
 limitada, 323
Solicitudes de propuestas (SP), 386
Sociedad de Damas de Beneficencia, de
 Charleston, SC, 28
State Nurses Associations (SNA), 360
 y ANA, 366, 367f
 y atención gestionada, 386-387
State Wide Managed Care Program (1991)
 383, 384
Students Against Drunk Drivers (SADD), 167
Subgrupos, 141
Supervisión de la salud, vitalicia, 174
Surtidor de Broad Street, 12f
- T**
- Tabaquismo, 126
 costos financieros del, 329
Talbot, S., 352
Tarjetas de reporte de las agencias, 265
Tasa de inmunización, 87
Tasa, definición, 17
Tasas
 absolutas, 17
 de incidencia, 18, 136
 de morbilidad, 17
 de natalidad, 137

- de prevalencia, 18, 137
- demográficas, 138
- Tasas de mortalidad. *Ver también* Tasas de muerte, 136
- infantil, 18
- infantil en el siglo XIX, 25
- Tasas de muerte, 144. *Ver también* Tasas de mortalidad, 137
- absolutas, 17
- específicas según edad, 18
- Taxonomía
- NANDA, 145, 153, 157
- Teatro, en la comunidad, 142
- Técnica aséptica, 212
- Técnicas de relajación, 261
- Técnicos de urgencias médicas, 197
- Televisión, impacto sobre la enfermería, 409
- Teoría de la jerarquía de necesidades, 10f
- Terapia
- antibiótica, 327
- de grupo, 262
- de infusión domiciliaria, 300, 315f
- de infusión intravenosa en el hogar, 83
- Testigos de Jehová, 58 Thomas, Gordon, 14
- Tiempo, percepciones culturales del, 42-43
- Tifo, 25
- Tipología, 105
- Tiroteos, 138, 139
- Título asociado, al título básico, 412-413
- Título básico Q., 4, 7
- título asociado a, 412-413
- y práctica avanzada, 314
- Título de maestría, 7, 314, 413
- Tolstoy, L., 141
- Toma de decisiones, 105
- consumidores y, 280
- de hecho, 241
- efectiva, 190
- en la atención de la salud, 307
- familiar, 240-241
- fuerzas que influyen en la, 190
- portador del seguro, 280
- unilateral, 241
- Tönnies, E., 104
- Trabajadores
- de hospicios, 65
- de la atención personal (TAP), 221, 264
- sociales, y conflictos de campo, 278-279
- Tradición integral, de la enfermería de la salud comunitaria, 218
- «Trámites», 105
- Transmisión multigeneracional, 233-234
- Transporte, 110
- Trastornos de la alimentación, detección de los, 185
- Triada epidemiológica, 14, 15f
- Triadas
- comunicación en, 239
- en la familia, 227
- Triangulación
- alianza defensiva, 246
- concepto de, 236
- Tuberculosis (TBC), 69, 191-192
- U
- Unidad
- de atención, 117
- de cuidados intensivos neonatales, 86
- móvil, 164
- Unidades de educación continuada (UEC), 290, 415
- United Health Care, 389f
- Utilitarianismo, 56
- Utilización (servicio)
- como resultado evaluable, 184
- en la atención gestionada, 377, 379-380
- Utilization Review Accreditation Commission (URAC), 390
- V
- Valoración, 5, 132
- continua, 186
- de la atención de calidad, 187
- de la estructura, 187
- de las necesidades de la salud de la comunidad, 185
- del estado de la salud comunitaria, 286
- en el proceso de enfermería, 14, 184
- formativa, 185
- modelo médico de, 217
- planeada basada en la comunidad, 186t
- proceso de, 188-188
- resultado de la, 188-189
- sumativa, 185
- Valoración, comunitaria, 154, 336
- de la estética, 141-143
- de las instalaciones relacionadas con la salud, 143-144
- definición, 132
- demografía y, 137-138

- morbilidad y, 136
 - mortalidad y, 136
 - servicios públicos en, 138-141
 - Valores, 142
 - clarificación de, 38-39
 - de la comunidad integral, 106
 - definición, 170
 - estética y, 198-199
 - familiares, 240
 - y adjudicación de los recursos, 85, 150
 - y la educación de la salud, 170
 - Veto del presidente, 358
 - Vías clínicas, 379
 - Vida cotidiana, patrones familiares de, 231-233
 - Vida familiar, normas de la, 240
 - Videos, 408-409
 - "Vigilancia comunitaria", 105
 - Vigilancia del vecindario, 138
 - Vínculo familiar, 226
 - Violencia
 - en la familia, 249
 - humana, 159
 - y generación X, 49
 - Viruela, 24, 25
 - Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), 289-290
 - continuidad de la atención para los portadores de, 275-276
 - educación sobre, 147
 - y necesidades de aprendizaje, 171
 - y prestación de la atención, 288
 - Visión integral, 87
 - Visitantes de la sede, en la acreditación, 297
 - Visitas domiciliarias, 206
 - equipo de asepsia en las, 216
 - equipo para las, 216-217
 - examen físico durante las, 218-219
 - hora y ubicación de las, 213
 - lavado de las manos y, 216
 - notas de evolución de, 219
 - programación de las, 209
 - responsabilidades posteriores a la visita, 219-220
 - revisión de las, 212-213
 - seguridad en las, 213
 - tono terapéutico de las, 214
 - y comunicación, 214-215
 - y precauciones universales, 215
 - Visiting Nurse Service (UNS) of New York, 334
 - «Vistazo de reconocimiento», 10, 111, 133, 151
 - Vivienda, 194 patrones de, 138
 - transitoria, 233
 - y funcionamiento familiar, 232
 - Voluntad de Vivir, 57, 61, 62
 - Voluntarios, 288
 - Voto, 352. *Ver también* Política, 364
- W**
- Wald, Lillian, 12, 29-30, 32, 349
 - Warren, D. I., 105
 - Washington George, 25
 - Wellpoint (OCS), 389
 - Wolfe Thomas, 392

booksmedicos.org

Enfermería SALUD COMUNITARIA

Una alianza para la salud

Libro centrado en las necesidades del estudiante y de la enfermera practicante de la salud comunitaria, conciso, de redacción clara y amena.

Este contiene una introducción altamente comprometida con la salud de la comunidad.

La obra incorpora todos los avances importantes en esta época de cambio para el cuidado de la salud, los temas son revisados de manera profunda sin llegar a los detalles que cansan al estudiante.

En el texto encontrarán:

- La comunidad como paciente
- El cuidado de las personas en su hogar
- Las políticas de salud en la comunidad
- Reingeniería de la profesión de Enfermería — Una industria en los cuidados de salud —
- Oportunidades que estos cambios presentan en las implicaciones y manejo del cuidado de la salud

En todos los capítulos, se encontrarán notas al margen que esclarecen el contenido e incluyen una lista de palabras clave.

Otros libros de la biblioteca de enfermería McGraw-Hill:

- REEVES – Enfermería medicoquirúrgica
- O'BRIEN – Enfermería psiquiátrica
- VELASCO-WHETSELL- Enfermería pediátrica

www.mcgraw-hill.com.mx

ISBN 958-41-0172-2



9 789584 101723

**McGraw-Hill Interamericana
Editores, S.A. de C.V.**

A Subsidiary of The McGraw-Hill Companies

