

Modelo de prestación de servicios de enfermería centrados en la persona y su familia

Amanda **Bonilla M.** / Miguel **Sánchez C.** / Victoria **Cabal E.** / Lina **Vargas E.** / Ruth **Valle B.** / Mildred **Guarnizo T.** / Carolina **López T.** / Katherine **Clavijo T.** / Gloria **Antolínez R.**



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Modelo de prestación de
servicios de enfermería
centrados en la persona
y su familia

Modelo de prestación de servicios de enfermería centrados en la persona y su familia

Amanda **Bonilla M.** / Miguel **Sánchez C.** / Victoria **Cabal E.** /

Lina **Vargas E.** / Ruth **Valle B.** / Mildred **Guarnizo T.** / Carolina **López T.** /

Katherine **Clavijo T.** / Gloria **Antolínez R.** /

610.73 B65m

BONILLA MANCHOLA, Amanda Lucía

Modelo de prestación de servicios de enfermería centrados en la persona y su familia / Amanda Lucía Bonilla Manchola, Miguel Antonio Sánchez Cárdenas, Victoria Eugenia Cabal Escandón, Lina María Vargas Escobar, Ruth Valle Ballesteros, Mildred Guarnizo Tole, Carolina López Triviño, Katherine Clavijo Triana, Gloria Patricia Antolínez Ruiz. -- Bogotá : Universidad El Bosque, 2016.

56 p.

ISBN 978-958-739-073-5 (Impreso)

ISBN 978-958-739-074-3 (Digital)

1. Enfermería 2. Enfermera y paciente 3. Servicios de salud - Enfermería 4. Atención hospitalaria. I. Sánchez Cárdenas, Miguel Antonio II. Cabal Escandón Victoria Eugenia III. Vargas Escobar, Lina María IV. Valle Ballesteros, Ruth V. Guarnizo Tole, Mildred VI. López Triviño, Carolina VII. Clavijo Triana, Katherine VII. Antolínez Ruiz, Gloria Patricia.



Modelo de prestación de servicios de enfermería centrados en la persona y su familia

ISBN impreso: 978-958-739-073-5

ISBN digital: 978-958-739-074-2

© Universidad El Bosque

© Editorial Universidad El Bosque

Autores

Amanda Lucía Bonilla Manchola
Miguel Antonio Sánchez Cárdenas
Victoria Eugenia Cabal Escandón
Lina María Vargas Escobar
Ruth Valle Ballesteros
Mildred Guarnizo Tole
Carolina López Triviño
Katherine Clavijo Triana
Gloria Patricia Antolínez Ruiz

Rector: Rafael Sánchez París

Vicerrectora Académica: María Clara Rangel Galvis

Vicerrector de Investigaciones: Miguel Otero Cadena

Vicerrector Administrativo: Francisco Falla Carrasco

Decana Facultad de Enfermería:

Rita Cecilia Plata de Silva

Editorial Universidad El Bosque

Dirección: Av. Cra 9 n°. 131A-02, Torre D, 4.º piso

Teléfono: +57 (1) 648 9000, ext. 1395

Correo electrónico: editorial@unbosque.edu.co

Sitio web: www.uelbosque.edu.co/editorial

Editor: Gustavo Zuluaga Hoyos

Dirección gráfica, carátula y diseño: Alejandro Gallego

Corrección de estilo: Ana María Orjuela

Impresión y acabados:

JAVEGRAF

Cll 46A n.º 82-54, PBX: 416 1600, Bogotá, D. C.

Impreso en Colombia

Abril de 2016

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni total ni parcialmente, ni entregada o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sin la autorización previa de los titulares del Copyright.

CONTENIDO

9		Introducción
11		Justificación
17		Objetivos
19		Marco conceptual
23		Principios del modelo de prestación de servicios de enfermería
27		Características del modelo de prestación de servicios de enfermería
31		Recomendaciones para la implementación del modelo
31		• Cultura organizacional
33		• Organización para la prestación del servicio
37		• Aspectos operativos
51		Referencias

ÍNDICE DE TABLAS

35		Tabla 1. Unidades de gestión de la dirección de enfermería
48		Tabla 2. Razón enfermero - paciente de cinco IPS de Bogotá, D.C.
48		Tabla 3. Propuesta razón enfermero – paciente

ÍNDICE DE FIGURAS

25		Figura 1. Diagrama del modelo de prestación de servicios de enfermería en el marco del modelo de atención centrado en la persona y su familia
34		Figura 2. Estructura organizacional de enfermería, en el marco del modelo de prestación de servicios centrado en la persona y su familia

Introducción

La prestación de servicios de salud ha evolucionado de acuerdo con las concepciones del proceso salud-enfermedad y con las necesidades de salud de la población que han surgido en las diferentes épocas de la historia, lo que ha generado interés y preocupación en las organizaciones y profesionales de diferentes disciplinas sobre la mejor manera de proporcionar estos servicios. Este interés sigue vigente en la actualidad y ahora con mayor relevancia, pues se considera que las personas y las comunidades están más informadas y cada vez tienen mayores expectativas sobre la manera en que desean recibir estos servicios en un marco de derechos en salud.

Los sistemas de salud y los modelos de atención que hoy guían la práctica de organizaciones y de profesionales de la salud han conseguido algunos logros importantes en términos de cobertura; sin embargo, también se aprecian grandes vacíos respecto a sus resultados en salud en términos de accesibilidad a los servicios, en el énfasis de lo curativo por encima de lo preventivo, en la fragmentación de los servicios, en la falta de integralidad en la atención y en el predominio del concepto de cliente o usuario sobre el de persona (1); todo esto con la consecuente percepción de insatisfacción en las personas y familias, que son la razón de ser de los sistemas y de las organizaciones de salud. En consonancia con esto, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entes acreditadores

como la *Joint Commission International*, y la normatividad colombiana sobre calidad en salud, abogan por una atención centrada en la persona y la familia que ofrezca servicios cada vez más humanizados, satisfaga las necesidades de la persona y mejore la experiencia de atención en salud. Para cumplir este objetivo, las instituciones deben prepararse organizacional y estructuralmente, y afrontar los retos de un nuevo modelo. Todo lo anterior apunta no sólo a dar respuesta al “Sistema obligatorio de garantía de la calidad”, en el marco de una atención segura y confiable, sino también a lograr competitividad en el mercado.

De otra parte, desde la formación del recurso humano en salud, se hace indispensable enriquecer los contextos educativos para que así se superen modelos de atención funcionales (centrados en la actividad y en los profesionales), y se exploren modelos innovadores más integrales que reconozcan al ser humano en sus dimensiones biopsicosociales, culturales y espirituales, y en los que la persona y su familia desempeñen un papel protagónico en la prestación de servicios de salud. Es así como el modelo que se propone aquí contribuye a consolidar una cultura de calidad y a mejorar la experiencia del usuario a partir de pilares como la humanización, la educación y la investigación, necesarios para la articulación de la docencia con las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Considerando todo lo anterior, y como una producción académica de un grupo de profesores de la Facultad de Enfermería, presentamos este *Modelo de prestación de servicios de enfermería centrado en la persona y su familia*, que aporta herramientas conceptuales y recomendaciones para la implementación. En efecto, para aclarar los términos, “un modelo de prestación de servicios” de salud corresponde a un eslabón en la cadena de servicios que conforman la atención y se refiere a prestaciones específicas de naturaleza única o disciplinar, que para este caso serían los servicios de enfermería, mientras que *un modelo de atención* de salud hace referencia al conjunto de servicios que se ofrecen de una manera multidisciplinaria e integrada.

De esta manera el planteamiento que se propone no sólo contribuye a obtener mejores resultados en la atención en salud de la población, sino que también favorece el ejercicio disciplinar con un cuidado de enfermería integrador, innovador e incluyente.

Justificación

La reforma al Sistema de Salud colombiano, iniciada por la Ley 100 de 1993, y las consecuentes modificaciones (Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011), ponen de manifiesto, para las instituciones de salud, la creciente necesidad de trabajar no sólo en la integración de servicios de salud, sino de adaptarse organizacionalmente para ser más competitivas en el mercado y afrontar nuevos retos en la prestación de los servicios, en el marco del “Sistema obligatorio de garantía de la calidad” y de una atención segura y confiable. Esto se evidencia en las exigencias de calidad que se hacen en el orden nacional mediante estándares de habilitación y acreditación, y en el internacional, con estándares de acreditación establecidos por la *Joint Commission International* y la *American Nurses Credentialing Center*, entre otras instituciones.

Ante estos preceptos, la Universidad El Bosque y la Facultad de Enfermería, desde su misión, asumen el enfoque biopsicosocial, cultural y espiritual, que busca guiar los procesos de formación y, a la vez, crear las condiciones que permitan “el desarrollo de valores ético-morales, estéticos, históricos y tecnocientíficos enraizados en la cultura de vida, su calidad y su sentido”(2), a fin de mantener como “imperativo supremo la promoción de la dignidad de la persona humana en su integridad”(1) para el desarrollo académico, científico y humanístico de los profesionales de la salud en los niveles de pregrado y posgrado. De esta forma, se contribuye a la prestación de servicios de salud humanizados y de

calidad, como actualmente lo solicitan los usuarios y las organizaciones nacionales e internacionales.

Es importante reconocer que la expectativa en la atención de salud de los usuarios (la persona y su familia) ha transformado la concepción de calidad. En este sentido, la percepción de la salud ha pasado a ser un punto fundamental en la forma de proveer servicios. Bajo esta idea deben asumirse modelos de atención y, por ende, de prestación de servicios capaces de dar respuesta a la dimensión humana de la salud y a las necesidades particulares de las personas, la familia y la comunidad. El punto de partida, por lo tanto, consiste en

ver el proceso salud-enfermedad a través de los ojos de la persona, por lo que lograr cuidados centrados en la persona y familia, implica no solo mejorar el estilo individual de la relación enfermera-sujeto de cuidado, sino que es necesario un cambio radical desde el sistema de salud en general y de las instituciones en particular (3).

En este sentido, es importante considerar también los aportes realizados por sectores diferentes al de la salud. Según Lathrop —citado por Kendall (4)—, en los Estados Unidos, en la década de los 80, un grupo de administradores aplicó de forma exitosa la atención centrada en la persona en procesos de producción. Esta experiencia permitió reflexionar sobre la aplicabilidad de estos preceptos en otras áreas, entre ellas las de la salud. El propósito de esta tendencia organizacional era brindar un mejor servicio a las personas con el fin de alcanzar un mejor clima financiero con base en las necesidades de la persona, por encima de las necesidades de la organización. Esta experiencia se puede extrapolar a las instituciones de salud porque permite asumir a la persona y a su familia como el centro de la prestación de los servicios de salud.

Tales antecedentes reafirman la importancia de la atención en salud bajo modelos que, desde una perspectiva organizacional, facilitan a los profesionales de la salud la interacción humanizada, la comunicación asertiva, la educación efectiva, la participación activa de la persona y la familia y la cooperación, en aras de identificar las necesidades y expectativas que surgen en la experiencia individual del proceso salud-enfermedad.

El competitivo contexto nacional e internacional, sumado a la necesidad de responder a las inevitables transformaciones del sistema de salud, constituye

para las instituciones prestadoras de salud una oportunidad para superar debilidades e innovar en la manera de proveer servicios. Así mismo, exige de parte de cada organización el compromiso continuo de hablar con sus usuarios (paciente y familia), de entenderlos, de traducir sus necesidades en productos y servicios y, finalmente, de verificar si los resultados de la atención cumplieron con dichas expectativas. Por lo tanto, la cultura de calidad y el modelo de atención centrado en la persona y su familia representan los lineamientos de gestión requeridos para integrar la prestación de servicios de salud, mejorar su rentabilidad al garantizar una gestión clínica eficiente, y crear un contexto de trabajo colaborativo e interdisciplinar que propenda por una atención más cálida, integral y segura en la que primen, ante todo, la persona y su experiencia en el proceso de salud.

El compromiso de la Universidad El Bosque, establecido en el Proyecto Educativo Institucional (5), es crear condiciones que lleven al desarrollo de una cultura a través de la formación integral

[...] con los más altos valores humanos para la autonomía, para la solidaridad, el amor, la ternura, la comprensión, el trabajo, la equidad, la tolerancia, la apertura al otro, el respeto, la búsqueda de la verdad, el servicio, el rigor académico, la honradez, la responsabilidad social, la creatividad, la constancia, la justicia, el manejo de la adversidad y el respeto por la vida y los ecosistemas.

Estos atributos son indispensables para alcanzar contextos de trabajo colaborativo más humanizados, que verdaderamente tengan como eje central a la persona y a su familia, que asuman los retos actuales en materia de salud y calidad, y que se enfoquen en la prestación de servicios de salud de excelencia para el país.

En ese sentido, la Facultad de Enfermería asume la participación en el modelo de atención de dos maneras: por un lado, de modo independiente, en tanto que enfermería es una disciplina que tiene un cuerpo de conocimientos propios basados en “el estudio [...] del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana” (6), y está dirigida a proveer cuidados desde las necesidades de la persona y su familia; por otro lado, de modo interdependiente, porque hace parte del equipo interdisciplinario para dar una atención integral en pro de la salud y la calidad de vida.

En efecto, el acto de cuidado se fundamenta en una relación interpersonal basada en el conocimiento de la persona, su situación particular de salud y el con-

texto que lo rodea. De este modo, la persona, su familia o cuidador son actores centrales en la toma de decisiones para mejorar la situación de salud, así como para proyectar, o bien un adecuado reintegro de la persona a la vida cotidiana, con las mejores condiciones posibles, o su bien morir.

El ejercicio de la disciplina de enfermería articula herramientas de gestión a las intervenciones de cuidado, a través de procesos soportados en la mejor evidencia disponible derivada de la investigación, lo que contribuye a lograr altos estándares de calidad y hace que el modelo que aquí se presenta sea innovador a nivel local y nacional, y favorezca el desarrollo conceptual de la disciplina.

De este modo, este enfoque consolida y dinamiza los lineamientos organizacionales que inciden directamente en la satisfacción de la persona y su familia, y permite una mejor experiencia en la atención en salud. Análogamente, la implementación de este enfoque aporta a la formación de excelencia del talento humano en salud y al desarrollo de la investigación en esta área.

Desde la academia, esta propuesta permite la integración de los principios orientadores para la formación de los nuevos profesionales de la salud establecidos en el proyecto educativo del programa de Enfermería y la misión institucional, en los que es explícita la orientación biopsicosocial, cultural y espiritual. En este contexto, la formación en enfermería propende por la construcción de competencias profesionales que permiten un desempeño de calidad en los diferentes ámbitos de atención en salud.

En este sentido, se hace necesario definir para el presente modelo la perspectiva desde la cual los profesionales de enfermería fundamentan su quehacer disciplinar, a partir de cuatro conceptos principales que delimitan el ejercicio de la práctica, la investigación y la teoría de enfermería. Estos conceptos se mencionan a continuación:

- *Persona*. En el ámbito de enfermería, este término no solamente se refiere al individuo como sujeto de cuidado, sino que abarca la familia, los grupos y la comunidad, y reconoce en cada caso la individualidad que los caracteriza y las dimensiones biológica, psicológica, social, cultural y espiritual (7). Así, cada persona es vista de manera activa, integral y en constante relación de reciprocidad con el entorno en el cual se desarrolla, pues tiene características que la hacen particular y diferente a otros (8). Para el caso del modelo propuesto, los términos “familia” y “persona” se separan con el fin de diferenciar y reconocer a cada sujeto en su propia naturaleza, con necesidades y experiencias de salud individuales.

- *Salud.* El concepto de salud se entiende como la confluencia de las condiciones en las que se desarrolla cada una de las dimensiones del ser humano, desde una perspectiva multicausal, dinámica e influenciada por la percepción de la persona sobre su bienestar y calidad de vida (7). Los efectos de la interacción entre el desarrollo de las dimensiones humanas y su entorno determinan el proceso salud-enfermedad en los sujetos de cuidado.
- *Entorno.* Se considera como el conjunto de variables externas al sujeto de cuidado que pueden constituirse en determinantes para facilitar o limitar el desarrollo de la persona, la familia, los grupos o colectivos. En ese sentido, surge una interacción entre la persona y el ambiente; ambos inciden significativamente en la construcción continua de prácticas de comportamiento, significados, actitudes, creencias y valores que determinan la salud del sujeto de cuidado (7).
- *Cuidado – Enfermería.* Está constituido por el conjunto de intervenciones que surgen de la interrelación con la persona y su familia. Se basan en el conocimiento científico, técnico y disciplinar, y se encaminan a la promoción y recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y, al mismo tiempo, favorecen el bien morir. Dichas intervenciones se concentran, sobre todo, en buscar la calidad de vida de quienes participan recíprocamente en esta relación de proximidad (7).
- *Enfermería.* En el marco de este desarrollo conceptual, la enfermería se asume como el ejercicio de un arte y de una disciplina. Arte porque requiere de la sutileza para comprender al otro holísticamente a partir de su trayectoria socioantropológica, biológica, psicológica y espiritual; es decir, demuestra un interés particular por reconocer la individualidad del sujeto de cuidado; disciplina porque tiene un conocimiento propio, un desarrollo histórico y un ejercicio profesional definido (7).

Objetivos

Objetivo general

Proponer lineamientos para un modelo de prestación de servicios de enfermería en el marco de la atención centrada en la persona y su familia para instituciones de salud.

Objetivos específicos

- Ofrecer un marco conceptual que fundamente el modelo de prestación de servicios de enfermería en el modelo de atención centrado en la persona y su familia.
- Establecer los principios y características que determinan el modelo de prestación de servicios de enfermería en el marco de la atención centrada en la persona y su familia.
- Establecer recomendaciones desde la perspectiva de la cultura organizacional y los aspectos organizacionales y operativos, para la prestación de servicios de enfermería que contribuyan a la adecuada implementación del modelo de atención centrado en la persona y su familia.

Marco conceptual

Para establecer los lineamientos de un modelo de prestación de servicios de Enfermería en el marco del modelo de atención centrado en la persona y su familia, es importante la definición de algunos conceptos que unifiquen la comprensión del mismo. De esta forma, se presentan las siguientes definiciones:

Atención en salud. De acuerdo con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia (SOGC), la atención en salud hace referencia al

[...] conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (9).

Para establecer los lineamientos del presente modelo de prestación de servicios de enfermería, se asume que la atención en salud es el conjunto de servicios que se prestan a la persona y su familia en el marco del aseguramiento que contempla el actual sistema de salud.

Servicios de salud. Estos hacen referencia a aquellas prestaciones de salud específicas, de naturaleza única o disciplinar, que contribuyen a satisfacer necesidades y expectativas de salud de las personas. Por lo tanto, el acto de cuidado de enfermería es un servicio que aporta a la atención integral en salud

de las personas en los diferentes niveles de prevención y de complejidad de las instituciones de salud.

Modelo. Según la Real Academia de la Lengua (10) se define modelo como “un esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento”. La diversidad de significados del concepto de “modelo” depende de la mirada que se le dé: en términos generales puede considerarse como “representación de la realidad, explicación de un fenómeno, ideal digno de imitarse, paradigma, canon, patrón o guía de acción; idealización de la realidad; arquetipo, prototipo, uno entre una serie de objetos similares, un conjunto de elementos esenciales o los supuestos teóricos de un sistema social” (11). A partir de estas perspectivas, para el caso que nos ocupa, “modelo” se entenderá como una explicación teórica que ayuda a entender una realidad y da un direccionamiento a la práctica de enfermería.

Modelo de atención en salud. La atención en salud es la acción sistémica en la cual interactúan equipos de salud multidisciplinarios que coordinan su trabajo, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el Encuentro sobre Gestión de Calidad (1998), los modelos de atención “corresponden a la forma de organización que permite desarrollar el proceso de atención a la salud” (12). Teniendo en cuenta estos conceptos, un modelo de atención en salud hace referencia a la forma sistemática de organizar recursos y procesos institucionales para prestar la atención en salud desde una perspectiva de servicio y calidad.

De acuerdo con Tobar (13), un servicio de salud tiene tres dimensiones: a) una política a la que se denomina *modelo de gestión*; b) una económica, que constituye el *modelo financiero*, y c) una técnica, que hace referencia al *modelo de atención o modelo asistencial*. En este contexto, Tobar asume que el modelo de atención involucra los aspectos relacionados con la forma en que debe ser dividido y organizado el trabajo de los equipos de salud para responder a las demandas y necesidades de las personas y sus familias.

Modelo de atención centrado en la persona. El concepto está centrado en organizar la atención en salud pensando en la persona y su familia, más que en los que la facilitan:

El Institute of Medicine define la atención centrada en la persona como la atención en salud que establece una colaboración entre profesionales, pacientes y

familias y asegura que las decisiones respeten los deseos, necesidades y preferencias de los pacientes y que los pacientes tengan la educación y el apoyo que requieren para tomar decisiones y participar en su propio cuidado (14).

Modelo de prestación de servicios de enfermería centrado en la persona y la familia. El presente modelo hace referencia a una representación teórica que establece las directrices para que el personal de enfermería gestione, organice y provea un cuidado integral a partir de la experiencia en salud de la persona y su familia, en aras de satisfacer sus necesidades y expectativas. En este orden de ideas, las directrices incluyen acciones independientes e interdependientes con otras disciplinas en un marco organizacional.

A partir del referente teórico y contextual expuesto, se presenta a continuación un diagrama (véase Figura 1) con la propuesta del modelo de prestación de servicios de enfermería, el cual parte de un marco general de calidad y mejoramiento continuo e integra los componentes conceptuales, así como los principios y características que proyectan las particularidades del modelo. En un contexto organizacional y mediante el proceso de atención de enfermería como herramienta disciplinar, se hace posible la prestación de servicios de enfermería seguros y confiables, dirigidos a optimizar la experiencia de la salud de la persona y su familia.

Principios del modelo de prestación de servicios de enfermería

Los principios son considerados lineamientos organizacionales que orientan y guían el saber y la práctica del profesional de enfermería en el marco de la atención centrada en la persona y su familia, y se fundamentan en el reconocimiento de sus derechos y dimensiones biopsicosociales, culturales y espirituales.

Primacía de la persona. El punto de partida para la prestación de servicios de enfermería es el reconocimiento de la persona como sujeto de derecho. Por eso, responder a los derechos humanos en general, y, en particular, al derecho a la salud, está sobre cualquier otro interés (15). Cada persona es valiosa y respetable por el solo hecho de existir y *ser humano*, por lo tanto, por naturaleza es digna de ser reconocida por los otros y de reconocer a otros (16). Por lo anterior, surge la necesidad de organizar la prestación del servicio de enfermería para la persona y su grupo familiar que garantice un cuidado basado en sus necesidades y derechos.

Individualidad. Procura un servicio de enfermería personalizado y flexible, de tal forma que se adapte a las condiciones y necesidades de la persona, de acuerdo con sus dimensiones biológica, psicológica, social, cultural y espiritual, y que prevalezca la vivencia individual del proceso salud-enfermedad.

Autonomía. Este aspecto se refiere al derecho que tiene toda persona de decidir sobre su propia vida y su salud. Desde esta perspectiva, la autonomía se asume como una facultad o condición sustantiva de la realidad humana, como un

acto de elección individual, basado en la intencionalidad, el conocimiento y ausencia del control externo (17). Este principio propende por la participación activa de la persona y su familia en las diferentes situaciones de atención en salud. Lo fundamental en este caso es el derecho del sujeto de cuidado a recibir el apoyo necesario para la toma de decisiones informadas sobre su salud y su tratamiento.

Participación. Este principio es entendido como un espacio común entre el equipo de salud, el personal de enfermería, la persona como sujeto de cuidado y el grupo familiar; en la medida que todos intervienen en la toma de decisiones relacionadas con las posibles intervenciones que buscan la recuperación y conservación de la salud, la calidad de vida de dicho sujeto, así como con el bien morir.

Respeto. Hace referencia al cuidado en salud basado en el reconocimiento del otro en su individualidad, sistema de valores, creencias, preferencias, necesidades y cultura, así como en sus deberes y derechos como ciudadano.

Integralidad. Hace referencia a la persona como un ser multidimensional, con dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales. En esa medida, el cuidado y las intervenciones de enfermería en cuanto a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación de la salud y el bien morir deben dar respuesta de modo global a todas las dimensiones de la persona.

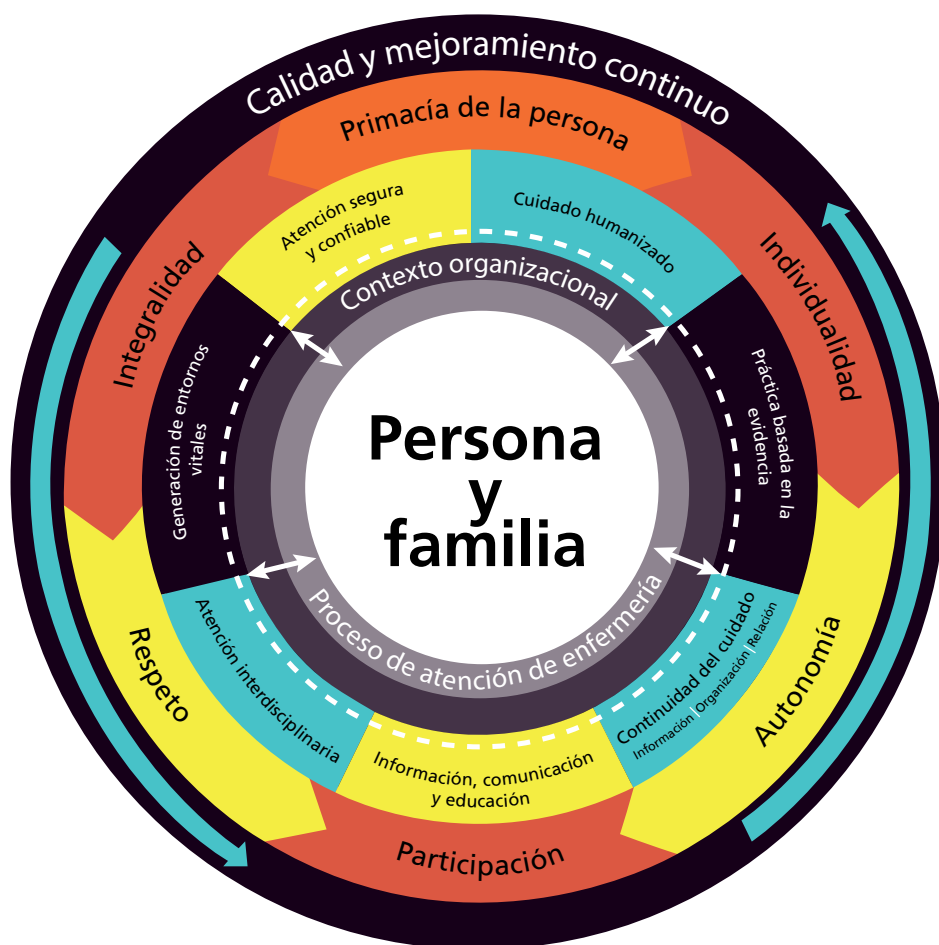


Figura 1. Diagrama del modelo de prestación de servicios de enfermería en el marco del modelo de atención centrado en la persona y su familia.

Fuente: Grupo académico Modelo de prestación de servicios de enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad El Bosque, 2016.

Características del modelo de prestación de servicios de enfermería

El modelo de prestación de servicios de enfermería se asume como un compromiso de la organización con los sujetos de cuidado, que contribuye a ofrecer una atención en salud de calidad, la cual debe estar acorde con las necesidades de las personas y sus familias como el centro de las instituciones de salud.

De esta forma, las instituciones prestadoras de servicios de salud que adopten este modelo podrán ser referentes para la gestión organizacional en enfermería, la calidad de la atención y la consecuente satisfacción de la persona y su familia, en tanto la prestación de servicios de enfermería ofrezca un valor agregado único y diferencial. En concordancia con estos planteamientos, se presentan a continuación las características del modelo de prestación de servicios de enfermería centrados en la persona y su familia.

Continuidad del cuidado. Esta característica del modelo hace referencia a que se deberán establecer mecanismos para garantizar la no interrupción de las intervenciones terapéuticas acordadas entre la persona, su familia y el equipo de salud. Lo anterior busca trascender la estancia hospitalaria del sujeto de cuidado para lograr un proceso adecuado de adaptación a la situación de salud e impactar positivamente en la percepción de bienestar de la persona y su familia.

Según Bernárdez y Luna (18) la continuidad del cuidado requiere los siguientes componentes, que para este modelo se presentan así:

- *Continuidad de la información:* se refiere a todos aquellos mecanismos que establece la institución para evitar el fraccionamiento de la información relacionada, entre otros aspectos, con la condición de salud, tratamientos, circunstancias personales (preferencias individuales), necesidades, creencias y valores de la persona y su familia, sobre las que se proyecta la carga de cuidado y de manera consecuente el plan de cuidado de enfermería. Implica a nivel organizacional garantizar el acceso y calidad de la información y estandarización de la misma para todo el equipo de salud y por tanto evita la repetición de la misma en las diferentes etapas del proceso.
- *Continuidad de la organización:* representa el manejo de la condición de salud de la persona a través de la eficacia organizacional, lo que implica estandarización y aplicación efectiva de guías y protocolos para el cuidado de Enfermería, durante la admisión, la hospitalización, alta y pos-alta, lo cual requiere efectividad en la comunicación.
- *Continuidad en la relación:* se genera cuando se establecen organizacionalmente mecanismos para garantizar, desde la enfermería, la coordinación y el seguimiento al manejo terapéutico durante la estancia hospitalaria, el alta y pos-alta, con el propósito de generar confianza y satisfacción en el paciente y su familia, en tanto que identifica en todo momento a la o las personas “a cargo” de su cuidado, potenciando la mejora de resultados (19).

Información, comunicación y educación. La relación enfermero-sujeto de cuidado deberá estar mediada por una comunicación basada en el respeto y la confianza que les permita a la persona y a su familia expresar libremente preocupaciones, creencias, valores, inquietudes y expectativas, sobre su estado de salud y tratamiento. Es importante identificar las necesidades de educación para asegurar un plan de cuidado que facilite empoderar al sujeto de cuidado en la toma de decisiones informadas y la participación activa en su autocuidado.

Esta característica es transversal a todo el modelo, así como esencial para el éxito del mismo. La persona y su familia deben estar al tanto de la situación de salud, las opciones terapéuticas, el alcance y pronóstico del tratamiento. Este tipo de información suministrada a la persona debe ser entregada por el equipo de salud de manera pertinente, completa, veraz, y proporcionada de acuerdo con la capacidad cognitiva y de comunicación.

Cuidado humanizado. Para Watson, citado por Poblete y Valenzuela, (20), el cuidado humano debe basarse en la reciprocidad, así como tener una

calidad única y auténtica. De este modo, la enfermera es quien ayuda a la persona a aumentar la armonía de su mente, su cuerpo y su alma, y, en esa medida, genera procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también un agente humanitario y moral, copartícipe en las transacciones de cuidados humanos. Los profesionales de enfermería se caracterizan por comprender la diferencia y la importancia del abordaje biopsicosocial, cultural y espiritual en cada una de las personas y sus familias, y responden atendiendo a las necesidades individuales, en aras de crear un ambiente en el que se valore la vida.

Atención segura y confiable. Siguiendo los lineamientos del entonces Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2005), la seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (21). Esta característica permite, mediante diferentes estrategias, entre ellas guías, protocolos y procesos de seguimiento, identificar y prevenir posibles riesgos relacionados con el acto de cuidado que pudieran afectar el proceso de recuperación de la salud de la persona. Por lo tanto, un servicio de enfermería seguro y confiable optimiza los procesos relacionados con la calidad de la atención en general, e impacta en la disminución de los eventos adversos, lo que a su vez se refleja en el nivel de satisfacción de las personas y sus familias.

Atención interdisciplinaria. Esta tiene que ver con la participación activa y coordinada de cada una de las disciplinas que hacen parte del equipo de atención, las cuales, mediante diferentes estrategias de integración de saberes, propenden por la toma de decisiones terapéuticas, acordes con la condición de salud de la persona, su familia y su contexto.

Generación de entornos vitales. Desde el cuidado de enfermería, se debe procurar por que los entornos hospitalarios sean espacios de vida e interacción que permitan al sujeto de cuidado llevar su vida lo más cercana posible a su cotidianidad, de modo que se favorezca su desarrollo humano y se evite el estancamiento de su ciclo vital y familiar. Asimismo, la familia hace parte de esta característica; se debe promover entonces la participación de personas significativas para el sujeto de cuidado, así como incluir actividades propias de su ciclo vital y mantener sus hábitos y el confort de sus entornos.

Práctica basada en la evidencia. El cuidado de enfermería debe estar respaldado por el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible, derivada de la teoría y la investigación (22) en enfermería, lo cual se verá reflejado en protocolos y guías de manejo propios de la institución. El uso de esta evidencia debe aplicarse de acuerdo con las singularidades de la persona y su familia, en consideración de su experiencia de salud. La práctica basada en la evidencia permite al profesional de enfermería tomar decisiones sobre el mejor cuidado disponible para garantizar la calidad del mismo.

Recomendaciones para la implementación del modelo

Conscientes de que muchas de las actividades del cuidado de enfermería son servicios intangibles, pero inciden de manera importante en la percepción de calidad en la atención en salud, a continuación se presentan algunas recomendaciones generales que ayudan a la implementación del modelo de prestación de servicios de enfermería centrado en la persona y su familia.

Los autores recomiendan la implementación de este modelo desde tres perspectivas: la cultura organizacional, la organización para la prestación del servicio y los aspectos operativos:

Cultura organizacional

Toda organización tiene una cultura establecida que es susceptible de modificarse de acuerdo con las necesidades y transformaciones que se requieran. A su vez, los aspectos culturales se constituyen en pilares esenciales que apoyan de forma significativa el funcionamiento de una organización y, con mayor razón, cuando se generan cambios significativos como la implementación de un nuevo modelo de atención y prestación de servicios.

Las siguientes son las principales recomendaciones para generar una nueva cultura organizacional, que facilite la comprensión y la implementación del modelo de atención centrado en la persona y la familia:

- Se necesita conocimiento y convencimiento absoluto por parte de las directivas de la organización acerca de las bondades del modelo de prestación de servicios y de la atención centrada en la persona y su familia, pero también, de los riesgos y las limitaciones que tendría la institución para lograr su operativización. Este análisis permitirá realizar una ruta concertada, progresiva y flexible para su implementación.
- En el caso de que se implemente el modelo en una institución en funcionamiento, se propone, en primera instancia, la definición de un servicio específico para la prueba piloto: en este caso, para la selección, se sugieren servicios con alta cohesión y niveles de comunicación eficientes, como por ejemplo en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y servicios de pediatría.
- Reuniones previas de sensibilización sobre el modelo de prestación que se va implementar: estas reuniones sirven para sensibilizar, aclarar y disipar dudas y temores en el personal de enfermería y el equipo de salud por posibles inquietudes que se presenten ante el cambio. Es importante en estos encuentros conocer las expectativas y motivaciones del personal involucrado que puedan facilitar la implementación del modelo.
- Es necesario definir el personal de enfermería que hará parte de la prueba piloto: se recomienda una participación voluntaria como premisa, de modo que exista una buena actitud hacia el cambio, así como aptitudes de trabajo con los otros, y el liderazgo. Por tanto, se deben analizar los perfiles de los profesionales que se postulen y, de ser necesario, buscar nuevos, con disposición y habilidades para el trabajo en equipo interdisciplinario. A partir de esta selección, se debe priorizar la participación de estos profesionales en la formulación e implementación del modelo, de tal modo que sean motores y protagonistas del mismo. Este criterio aplica para los demás profesionales de la salud que sean parte del servicio y de la prueba piloto, como médicos, terapeutas, químicos farmacéuticos, entre otros.
- También es importante la definición del recurso humano de apoyo, es decir, el personal administrativo, de hotelería, mantenimiento, cocina y restaurante, que contribuyen a optimizar la experiencia del paciente y la familia durante el proceso de atención en salud.
- La capacitación y formación inicial del personal de enfermería y de los demás integrantes del equipo de salud debe orientarse, ante todo, según los

principios y características del modelo: los derechos humanos, la autonomía, la integralidad, la continuidad del cuidado, la información, la comunicación, la educación, la visión humanista del cuidado, la atención segura y confiable, la interdisciplinariedad, los entornos vitales, la práctica basada en la evidencia, entre otros. Dicha formación facilitará la comprensión del modelo y cambiará valores y comportamientos en la forma de proveer servicios, de modo que se considere a la persona y su familia como el centro del cuidado y la atención.

- Se deben implementar estrategias de motivación relacionadas con las necesidades, expectativas y metas personales y profesionales. Del mismo modo, la equidad en aspectos como cargos, funciones, base salarial, entornos laborales, entre otros, pues este tipo de acciones repercuten en la calidad de las condiciones laborales y por ende, en la calidad de la prestación de los servicios.
- La información, la comunicación y la educación de la persona y su familia acerca del modelo de atención es imprescindible, esto a partir de que ellos como principales actores compartan sus experiencias e identifiquen la atención por parte de la institución.
- Es importante también realizar marketing interno para favorecer la apropiación del modelo y su implementación de acuerdo con el contexto organizacional, de este modo se facilitará la comprensión de las nuevas tendencias en el cuidado y en la atención en salud, así como la prestación de servicios de enfermería, la gestión y el desarrollo de la institución.

Organización para la prestación del servicio

La estructura de las organizaciones establece un orden de trabajo y define las relaciones entre los diferentes actores; Varo (23), retomando a Mintzberg, plantea que una organización requiere tener en cuenta tres niveles en su estructura: macro, meso y micro, en los que se abordan las partes fundamentales de la institución para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

El nivel macro está constituido por las personas cuya responsabilidad se orienta a definir la Misión, Visión, principios corporativos y políticas institucionales, así como la toma de decisiones estratégicas y el seguimiento para su cumplimiento y calidad. Por su parte, el nivel micro corresponde a los responsables de

las actividades relacionadas con el servicio que se presta, de acuerdo con lo que la organización plantea ser y hacer, y según los objetivos institucionales. Finalmente, al nivel meso le corresponde la integración de los dos anteriores; tiene la responsabilidad de garantizar que la comunicación entre los dos niveles sea recíproca, con el fin de lograr la implementación de los lineamientos institucionales y favorecer el logro de los objetivos propuestos.

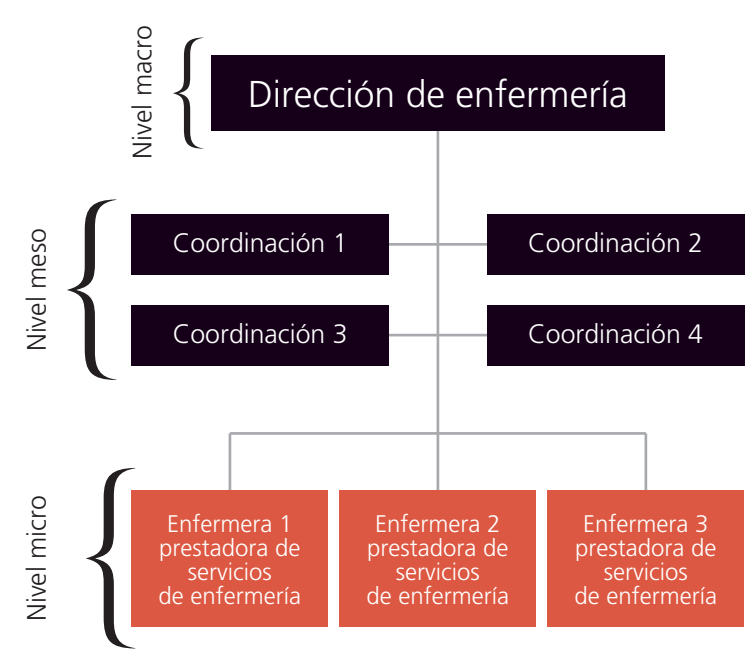


Figura 2. Estructura organizacional de enfermería, en el marco del modelo de prestación de servicios centrado en la persona y su familia.

Fuente: Grupo académico Modelo de Prestación de Servicios de Enfermería, 2015.

En un organigrama institucional, el nivel macro debe contemplar la dirección de enfermería, que representa el gobierno de enfermería. Para lograr el desarrollo de esta propuesta, se requiere en este nivel tener en cuenta que enfermería:

- hace parte del *staff* directivo de la institución.
- es miembro decisorio del gobierno corporativo de la institución.
- integra su desarrollo disciplinar con la administración efectiva de servicios de salud.

En su estructura, la dirección de enfermería contempla unidades de gestión, que se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1. *Unidades de gestión de la Dirección de Enfermería.*

Nivel Organizacional	Unidades de gestión de enfermería	Responsabilidades
Nivel estratégico de enfermería	Administración del talento humano de enfermería	Administra el personal de enfermería en la medida que otorga los recursos humanos de calidad y cantidad suficientes que permitan la prestación de los servicios de salud de manera armónica, eficiente y productiva.
	La gestión del cuidado	Define las funciones esenciales para sustentar la organización de los servicios de enfermería. Desarrolla el enlace con los departamentos afines y los servicios hospitalarios para planear, ejecutar y evaluar la prestación de servicios.
	La calidad del cuidado	Determina los estándares de calidad del cuidado de enfermería en función de la mejor evidencia científica disponible, la normatividad vigente y la plataforma estratégica institucional y de enfermería.
	Educación e investigación de enfermería	Reglamenta y promueve el desarrollo de la investigación en enfermería y la formación del recurso humano en programas de educación continuada. Es responsable del seguimiento de los convenios docencia-servicio.

Fuente: Grupo académico Modelo de Prestación de Servicios de Enfermería, 2015.

Por su parte, el nivel meso se refiere a la integración de los niveles macro y micro de la organización, es decir, es la instancia en la cual se determinan las relaciones ascendentes y descendentes para implementar el modelo. Esto incluye un proceso de adaptación mutua en el que “la coordinación se consigue a través

de la comunicación informal y el control del trabajo es responsabilidad de quien lo realiza” (23).

En este nivel se necesita que el profesional de enfermería:

1. Sea reconocido por su experticia en el área.
2. Cuento con capacidad de adaptación a los cambios, de trabajo en situaciones de alto estrés y toma de decisiones autónomas y fundamentadas.
3. Tenga habilidades para el trabajo en equipo, el manejo de conflictos, la innovación, el liderazgo y la motivación para el cumplimiento de los objetivos.
4. Maneje una comunicación asertiva, efectiva y eficiente para conocer y transmitir los lineamientos institucionales, entre otros.
5. Tenga habilidades para diseñar y elaborar protocolos de los procesos de trabajo para tener el menor grado de incertidumbre en la práctica.
6. Asuma el desarrollo de competencias y habilidades del personal a su cargo.
7. Defina el perfil de cada puesto de trabajo y la preparación requerida para su desempeño.

Por otro lado, el nivel micro requiere que se definan los aspectos específicos relacionados con la prestación de servicios de enfermería teniendo en cuenta las características de la población objeto, la distribución interna de los diferentes servicios de la institución, el nivel de complejidad de los mismos y la definición de procesos administrativos y procedimientos asistenciales.

En este nivel se implementa un cuidado de enfermería integrador, innovador e incluyente en todo el ciclo de atención de la persona y su familia. Por tanto, en este nivel es pertinente que el profesional de enfermería:

1. Tenga experiencia y formación en las competencias necesarias para el área de desempeño.
2. Cuento con capacidad de adaptación a los cambios, de trabajo en situaciones de alto estrés y toma de decisiones.
3. Demuestre habilidades de trabajo en equipo, manejo de conflictos, innovación, liderazgo y motivación para el cumplimiento de los objetivos de cuidado de la persona y su familia.
4. Maneje una comunicación asertiva, efectiva y eficiente con el equipo interdisciplinario en torno al cumplimiento de las metas terapéuticas

de la persona y su familia, así como sobre el establecimiento de la relación de cuidado.

5. Actúe como agente motivador y dinamizador del personal a su cargo.
6. Demuestre habilidades en la gestión de recursos que apoyan la prestación del cuidado de enfermería.

Aspectos operativos

En este apartado se establecen algunas recomendaciones generales para la implementación del modelo, de acuerdo con las características y principios propuestos.

La sugerencia general es adoptar modelos de gestión que integren las diferentes disciplinas, teniendo en cuenta que la atención interdisciplinaria es uno de los atributos del modelo. Por lo tanto, la primera recomendación para su operativización es la gestión por procesos, de tal forma que se trascienda el paradigma tradicional, y, de ese modo, se pase a una gestión que integre, empodere y lleve a la autogestión de cada una de las disciplinas que intervienen en el proceso de atención en salud.

En el proceso de atención en salud genérico se identifican tres grandes momentos en una institución hospitalaria: el ingreso, la estancia hospitalaria y el alta y posalta. Cada uno de ellos determina el funcionamiento de los equipos interdisciplinarios y, por tanto, el de enfermería; de ahí que la segunda recomendación sea establecer el mapa de procesos y procedimientos en los momentos mencionados, y que estén soportados simultáneamente en los procesos administrativos de apoyo y enmarcados en los estándares nacionales e internacionales de acreditación. Asimismo, es fundamental la organización de los recursos y actividades necesarios para que los resultados en la prestación de servicios de enfermería sean exitosos, evidenciados en la satisfacción de la persona y la familia como verdadero centro de la atención.

A continuación se hacen algunas recomendaciones operativas en el contexto de las características del modelo de prestación de servicios de enfermería centrado en la persona y su familia:

La continuidad del cuidado. Se dimensiona desde tres aspectos esenciales de la atención en salud: continuidad en la información, en la organización y en la relación, a saber:

- *La continuidad del cuidado en la información* es una característica que debe estar definida desde el momento del ingreso hasta el término de la atención, con el alta y el posalta, de tal forma que la información se encuentre al alcance de todos los niveles de la organización, pero principalmente del equipo interdisciplinario de salud.

Para que la continuidad de la información se mantenga y se evite la repetición de procesos, es indispensable que la organización establezca una historia clínica unificada que permita el pleno conocimiento de la persona y su familia en sus dimensiones *biopsicosociales*, culturales y espirituales, de tal manera que desde el momento mismo del ingreso, se registre la valoración integral realizada por las diferentes disciplinas, incluida la de enfermería. Estos registros, además de soportar los hallazgos físicos, deben contener información de las preferencias, necesidades, hábitos, creencias y valores que contribuyan a evaluar la carga de cuidado para enfermería y a la vez a proyectar el plan de intervención que trazará y desarrollará el equipo de salud; el objetivo en todo caso es garantizar una atención centrada en la mejor experiencia de la persona y su familia. Por todo esto, concertar la información en la historia clínica para todas las disciplinas garantiza la calidad y la continuidad de la misma.

Como parte de la continuidad en la información, es importante que la enfermería no sólo indague y registre los aspectos trascendentales ya mencionados para la planeación del cuidado, sino que también mantenga una comunicación efectiva sobre los derechos y deberes en salud, y dé respuesta a inquietudes, expectativas y dudas manifestadas por la persona y su familia, de tal manera que se integren las acciones informativas y estas queden registradas para el conocimiento de todo el equipo interdisciplinario en la historia clínica. Igualmente, durante la estancia hospitalaria, los registros de enfermería en la historia clínica deben ser continuos y personalizados, de modo que se haga seguimiento a toda la situación de salud de la persona, en compañía de su familia.

Para asegurar la continuidad de la información, el alta y el plan de egreso se contemplan desde el ingreso mismo de la persona a la organización. Este plan debe quedar registrado, para que el equipo interdisciplinario y en especial el profesional de enfermería puedan realizar el seguimiento e

incidir en el logro de las metas propuestas de tratamiento y recuperación. Igualmente, es importante la evidencia del respectivo plan de cuidado en el posalta, el cual contempla, entre otros aspectos, la educación de la persona y su familia por parte del equipo de enfermería, así como las metas de salud planteadas para esta etapa. De acuerdo con los mecanismos organizacionales que se establezcan, los registros para los controles pos-alta deben quedar estandarizados, ya sean derivados de centros de excelencia constituidos o de clínicas especializadas.

- *La continuidad de la organización* muestra la eficacia institucional y es el resultado de la integración de los diferentes aspectos contemplados en este modelo. De este modo, son necesarias la construcción e implementación de guías y protocolos para la prestación de un servicio con calidad durante el ingreso, la hospitalización, el egreso, y el posalta, así como la coordinación entre los diferentes niveles y redes de atención para las intervenciones en salud; todo esto debe integrar la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, y las intervenciones al final de la vida.

El establecimiento de guías y protocolos dan fundamento a la estructura organizacional para la prestación del cuidado de enfermería, es decir, todos los procesos que tienen que ver con la valoración integral, la información, la educación para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, los procedimientos de apoyo terapéutico y los relacionados con la gestión del riesgo, según los requerimientos propios del servicio, para garantizar una atención segura y confiable.

Por otro lado, “la continuidad de la organización” busca pasar de la prestación de servicios tradicionales hacia la creación de centros especializados para la atención de problemas de salud específicos de la persona y su familia, de manera más personalizada y eficiente. De este modo, podría darse lugar a la consolidación de clínicas especializadas y centros de excelencia, donde el papel del servicio de enfermería sea clave, junto con el equipo de salud que dé cuenta de una atención interdisciplinaria como una particularidad de este modelo.

- *La continuidad en la relación* está soportada especialmente en mecanismos organizacionales como la implementación de equipos a cargo de la

persona y su familia, para una atención interdisciplinaria continua y transversal en todo el proceso. Estos equipos deben estar constituidos por al menos un profesional de enfermería y un médico, y se busca que sean los que generen mayor grado de contacto, confianza y reconocimiento por parte de la persona y su familia. Al mismo tiempo, aquellos deben ser responsables de coordinar a otros miembros del equipo y a los distintos aseguradores del SGSSS. Es necesario que en la historia clínica esté consignado el *equipo a cargo*, con el fin de que todo el personal asistencial y administrativo pueda identificarlos para el seguimiento de la persona en toda su hospitalización y su alta y pos-alta.

Con estos equipos se busca, ante todo, generar satisfacción en la persona y su familia, y facilitar los procesos de adaptación y afrontamiento de la condición de salud y el ambiente organizacional en el que se encuentran inmersos, incluidas las etapas del alta y posalta. Es importante tener siempre presente en este modelo el mejoramiento de la experiencia de salud de la persona y su familia.

Otros mecanismos de coordinación y seguimiento para la continuidad del cuidado involucran a los equipos asistenciales. Se hacen operativos mediante mecanismos como las “entregas y recibos de turno”, “las rondas” y “revistas de los equipos interdisciplinarios”, entre otros, para lo cual se requiere la participación del profesional de enfermería, el médico tratante, el químico farmacéutico, y la persona en diferentes momentos. En estos procesos es fundamental que, con una actitud de apertura, la voz de la persona y su familia sea tenida en cuenta, que se promueva la expresión de sus preocupaciones o expectativas sobre su cuidado y tratamiento, preferencias, necesidades, creencias y valores. Todo esto es indispensable para la instauración del plan de cuidado de enfermería, el manejo terapéutico global, el abordaje farmacológico, la evolución de la situación de salud, los estudios diagnósticos, los procedimientos pendientes y el plan de alta o posalta.

La continuidad en la relación también debe establecerse en la posalta, como se mencionó anteriormente, desde los mecanismos organizacionales sugeridos —centros de excelencia o clínicas especializadas—, pero también mediante la coordinación entre redes de servicios. Lo anterior, de acuerdo con la Ley 1438 de 2011, en la que se propone una política de coordinación eficiente entre las instituciones prestadoras de servicios de salud, en los diferentes niveles de atención. Otros mecanismos menos complejos son aquellos de comunicación

directa, ya sea a través de seguimiento telefónico, comunicaciones de texto y voz, por medio de internet o visitas domiciliarias, los cuales dan un valor agregado a la experiencia del usuario, que seguramente redundará en la satisfacción del mismo y de su familia.

Es importante tener en cuenta que el plan de alta institucional es definido como un conjunto de actividades específicas e individualizadas realizadas por el equipo de salud, con la intención de satisfacer las necesidades identificadas en la persona y su familia, en sus dimensiones biopsicosociales, culturales y espirituales. El principal objetivo es resolver problemas prioritarios reales o potenciales que surjan durante la experiencia de salud y el tratamiento instaurado (24). Por ello, el objetivo del plan de alta es favorecer la recuperación y la calidad de vida, el cuidado paliativo de acuerdo con cada situación, siempre con el fin de mejorar la experiencia de salud sin mayores contratiempos y complicaciones, de modo que se eviten posibles reingresos a la institución y que todo el proceso facilite su pronta reincorporación a su entorno familiar, laboral y social, o el *bien morir*. En este proceso se espera que el profesional de enfermería, como cuidador, sea garante de información, comunicación y educación efectiva.

Información, comunicación y educación efectiva y responsable.

En materia de información, comunicación y educación, es importante que la enfermería trabaje en coordinación con profesionales de comunicación social, del área de diseño y publicidad, entre otros, para construir estrategias relacionadas con estos procedimientos, ayudas visuales y audiovisuales específicas para la persona y su familia, entre otras, de acuerdo con las condiciones propias de su situación de salud, el ciclo vital en el que se encuentra, las políticas institucionales y, en general, las necesidades identificadas en este contexto. Estos mecanismos deben actualizarse de forma periódica en concordancia con el avance del conocimiento, tecnologías y requerimientos del equipo interdisciplinario en la institución.

La enfermería debe asegurar un plan de cuidado integral e individualizado, acorde con las necesidades de educación de la persona y su familia, dirigido a empoderar al sujeto de cuidado para la toma de decisiones informadas y para su participación activa en su autocuidado. Por ejemplo, debe responder a los interrogantes sobre la administración de medicamentos, oxigenoterapia, cuidados de drenes y sondas, alimentación y dieta, heridas y vendajes, entre otros, así como a los cuidados básicos en casa durante la posalta.

Otro aspecto que es importante considerar es la transmisión de la información y el diálogo al interior del equipo interdisciplinario de salud, lo que implica no solo compartir los datos de la historia clínica, sino la trasferencia y responsabilidad del cuidado, que facilitará la capacidad de anticipación con relación a la toma de decisiones en la atención de la persona y su familia.

Cuidado humanizado. Aunque la persona y su familia no ven explícitamente la estructura de la organización, sí la viven y se conectan a ella por medio de la experiencia que tienen con los profesionales de la salud, la calidad del cuidado recibido, el reconocimiento de sus necesidades y la relevancia que se le da a su participación en la toma de decisiones acerca del cuidado de su propia salud. Todo lo anterior se percibe especialmente con el personal de enfermería, con el que se mantiene una relación de veinticuatro horas al día.

De este modo, en el modelo centrado en la persona y su familia se reconoce que el cuidado es provisto por seres humanos para seres humanos y, por lo tanto, el componente de cuidado humanizado debe mantenerse y garantizarse de manera horizontal, en todas las actividades de la organización. En esa medida, es necesario establecer encuentros regulares en los que el recurso humano de la organización pueda expresar sus inquietudes, reflexiones u opiniones frente a la atención que está prestando a las diferentes personas y sus familias, el apoyo que está recibiendo por parte de la organización, entre otros temas de interés.

El cuidado humanizado es transversal a todos los procesos de atención en salud e involucra a todo el personal de salud y de apoyo de la institución. En el caso de la enfermería, el cuidado es un acto de vida porque va más allá de un diagnóstico, aborda a la persona en su integridad y dimensiones biopsicosociales, culturales y espirituales, de modo que promueve una visión de apertura, sensibilidad y responsabilidad frente a las experiencias de vida del otro.

De esta manera, el cuidado humanizado de enfermería se genera en las cualidades que son propias del hacer que caracterizan al profesional que brinda cuidado, y que hacen tener a la persona y su familia sensaciones de bienestar y confianza, esto sumado a la percepción de un vínculo respetuoso, interpersonal e intersubjetivo, que se establece entre ellos. Algunos aspectos que se deben tener en cuenta para un cuidado humanizado son:

- Hacer sentir al otro como persona eje de la atención.
- El trato amable.
- La percepción de una buena atención gracias al diálogo.

- La demostración de respeto por las creencias y valores.
- La sensación de tranquilidad cuando se realizan las intervenciones de enfermería.

El cuidado humanizado también se da en las habilidades comunicativas entre el profesional de enfermería, la persona y su familia, con una apertura orientada a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y a la comprensión de quien es cuidado. A su vez, implica actitudes como mirar a los ojos cuando se habla al otro, contar con el tiempo y la disposición necesarios para aclarar inquietudes, promover y facilitar el diálogo, explicar los procedimientos y presentarse ante los demás con el nombre y cargo para facilitar el reconocimiento y la confianza.

Es importante reiterar que el cuidado humanizado se da en la disposición para la atención por parte de la enfermería, lo que implica una verdadera inmersión en la realidad del otro para conocerlo, descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo de cuidado. Esto se evidencia en algunas actitudes como:

- Demostrar interés por proporcionar comodidad.
- Identificar a la persona por el nombre.
- Dedicar el tiempo necesario para la atención.
- Permitir expresarse sobre su situación de salud y tratamiento.
- Responder a sus llamados de manera oportuna.
- Ofrecer calidez en el cuidado.
- Identificar sus necesidades físicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales en el cuidado.
- Colaborar en el alivio del dolor.
- Demostrar responsabilidad en el cuidado proporcionado.
- Respetar las decisiones de la persona y su familia.
- Garantizar su intimidad.

De acuerdo con lo anterior, el enfermero debe estar atento a que los equipos a cargo funcionen correctamente, así como asegurar que la persona esté cómoda, se sienta segura y esté bien atendida. A pesar de un entorno complejo, el profesional de enfermería debe ofrecer un cuidado humanizado y dar prioridad a la persona antes que a las rutinas de la organización del trabajo. De ser necesario, debe modificar el entorno para asegurar un cuidado de calidad y libre de riesgos. Un enfermero que conoce bien a la persona y su contexto de vida, puede facilitar las interacciones y decisiones conjuntas con los otros profesionales de la salud y de los servicios con que se cuenta (25).

Es importante resaltar que el recurso de enfermería, además de cumplir con la formación, competencias y cualidades de un profesional idóneo, requiere de un adecuado entrenamiento, motivación y reconocimiento por parte de la organización para ejercer su labor con sentido de pertenencia; esto, a su vez, le dará toda la confianza para exponer dudas o temores con respecto a las personas a su cargo; en esa medida, podrá brindar el apoyo necesario al sujeto de cuidado y su familia con empatía y calidez humana.

Atención segura y confiable. La atención segura y confiable implica identificar y prevenir posibles riesgos relacionados con el acto de cuidado, optimizar los procesos relacionados con la prestación del servicio a través de la implementación estandarizada de guías de buenas prácticas, protocolos, instrumentos e indicadores que garanticen la calidad en la atención. A continuación, se mencionan algunos aspectos relevantes que garantizan la atención segura y confiable en la organización por parte de enfermería.

El personal de enfermería que se encuentra en los niveles macro (dirección de enfermería) y meso (coordinaciones) debe guiar sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política, así como conservar los valores, actitudes y conocimientos disciplinares de la enfermería que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados.

De esta manera, el ideal es que la dirección de enfermería tenga una visión clara de la disciplina con el fin de contribuir de manera específica a la solución de los problemas a los que el personal asistencial se ve enfrentado durante la prestación del cuidado. Algunas estrategias que deben ser consideradas en todos los niveles implican: la discusión de los valores, los paradigmas, los conceptos y los objetivos de los cuidados, así como de sus principios. También es importante considerar que la intervención terapéutica de enfermería requiere más tiempo que una intervención médica, debido a la relación de ayuda que se establece y a la valoración integral de la persona y su familia, que no se restringe sólo al análisis de problemas inmediatos.

La gestión del cuidado de enfermería debe estar basada en los conceptos esenciales de la disciplina de enfermería, el uso de un lenguaje común, de símbolos, de conceptos comunes en la práctica clínica que refuercen el potencial, el compromiso y la identidad profesional de la enfermería, pero sobre todo la calidad del cuidado que se otorga a los usuarios.

Para brindar atención de enfermería de una forma estructurada, lógica y sistemática, que garantice un cuidado seguro, se emplea el proceso de atención de enfermería, considerado como una herramienta clave que se basa en el método científico para su desarrollo y que permite la creación de planes de cuidado centrados en las respuestas humanas de la persona.

La creación de planes de cuidado estandarizados y elaborados para ciertas experiencias de salud pueden servir de guía y de ayuda en la provisión del cuidado de enfermería; sin embargo, los planes de cuidado individualizados son imprescindibles para garantizar la calidad de la prestación de servicios en enfermería de manera humanizada, personalizada y flexible, capaz de adaptarse a las condiciones y necesidades de la persona en sus dimensiones biológica, psicológica, social, cultural y espiritual.

Para el reconocimiento disciplinar es importante la integración de la teoría con el proceso de atención de enfermería; en este caso, la teoría de enfermería ayuda a explicar, relacionar y comprender la práctica, pues guía sus intervenciones. De esta manera, es importante que los profesionales de enfermería conozcan y apliquen las micro-teorías o teorías de mediano rango, las cuales abordan conceptos o situaciones específicas de la práctica, que permitirán protocolos de investigación y criterios de evaluación acordes con los principios y valores de enfermería, a la vez que proporcionarán evidencia científica.

Como se mencionó anteriormente, es importante el uso de un lenguaje común para enfermería; sin embargo, uno de los problemas que se encuentran en la práctica y que vale la pena considerar es que actualmente cada organización y servicio realiza y documenta las prácticas de enfermería utilizando teorías y clasificaciones diversas, adaptadas o no a su realidad de cuidado, lo que dificulta la comunicación e integración entre los servicios, los sistemas de información y los profesionales. En este sentido, la adopción de un modelo de referencia a nivel institucional puede ser la base para superar estas dificultades. “Actualmente han surgido numerosas terminologías y clasificaciones entre las que se destacan: *NANDA international* (*NANDA-I*); la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (*NIC*); la Clasificación de Resultados de Enfermería (*NOC*); el *Clinical Care Classification* (*CCC*); el Sistema Comunitario de Salud de Omaha, y la Clasificación Internacional para la práctica de enfermería (*CIPE*)” (26), que vale la pena que sean revisadas por directivas de enfermería, con el fin de documentar las prácticas de manera

unificada con el contexto organizacional y facilitar la comunicación e integración entre las enfermeras de la institución.

Otro aspecto muy relevante en términos de la atención segura y confiable es que para el caso particular del personal de enfermería, no sólo se deben considerar las competencias personales y profesionales para responder a los principios y características del modelo, sino que además, la organización debe garantizar la cantidad de personal de enfermería según el número de personas que se encuentran recibiendo atención en cada uno de los servicios y de acuerdo con la condición de salud de cada uno; esto debido a que el personal de enfermería es quien acompaña de forma permanente y tiene mayor acercamiento a la persona y su familia durante las 24 horas del día en los procesos de atención en la institución.

Esto hace referencia a un indicador llamado *razón enfermero-paciente*, el cual es considerado “una herramienta para la gestión del cuidado de enfermería” (27), que incide directamente en el cumplimiento de los principios de integralidad y primacía de la persona, así como en las características de la continuidad del cuidado; la información, comunicación y educación efectiva y responsable; el cuidado humanizado, y la atención segura y confiable, de acuerdo con lo planteado en el modelo. Como lo menciona Wallace (2013), los enfermeros deben evaluar competencias y habilidades de pensamiento crítico para crear un ambiente seguro en la atención al paciente, así como contar con los recursos necesarios para la atención: personal de apoyo, equipo y suministros, y otros recursos adecuados en pro del mejoramiento de los procesos de trabajo (28). Adicionalmente, se ha demostrado con estudios internacionales y nacionales que “la calidad de la atención prestada dentro de las organizaciones hospitalarias depende principalmente de la buena utilización de los recursos, especialmente el recurso humano; para el caso de enfermería resulta de gran importancia observar y determinar la razón enfermera-paciente con el fin de optimizar la calidad del cuidado que se presta al paciente y por ende la calidad reflejada dentro de los indicadores hospitalarios de una organización sanitaria” (29).

En línea con lo anterior, Morrison afirma que “la razón enfermera paciente es un aspecto esencial que se relaciona con la morbimortalidad y la seguridad de los pacientes en las unidades de cuidado intensivo. Cuanto más elevada es esta razón, mayor es el riesgo que existe de sufrir un evento adverso e incluso la muerte” (30). Nycely y colaboradores en el 2012 mostraron que en los hospitales que

tienen una razón enfermero-paciente adecuada, las tasas de mortalidad pacientes disminuyen aproximadamente en un 60%, y así mismo, demostraron que una unidad de enfermería bien dirigida es capaz de lograr resultados positivos, que se hacen evidentes en la disminución de muertes y de reanimaciones (31). En el mismo sentido, Frost y Alexandrou en el 2013, documentaron en un estudio de pacientes con patología cardíaca la relación entre un alto número de personal de enfermería y la reducción de los reingresos por la misma patología, así como una menor mortalidad de los pacientes hospitalizados (32). A nivel nacional, Caicedo y Manrique describen que el número de pacientes que el profesional de enfermería tiene a su cargo es importante, ya que repercute en la calidad de la prestación del servicio de salud; al mismo tiempo, este es un indicador de resultados positivos o de disminución en el número de eventos adversos durante la atención de pacientes en ambientes hospitalarios.

En Colombia, la *razón enfermero-paciente* se encuentra sustentada en lineamientos cualitativos respaldados por la Ley 911 del 2004, artículo 5, capítulo 2, la cual señala que: “[e]l profesional de enfermería solamente podrá responder por el cuidado directo de enfermería, cuando la relación de número de personas asignadas para que sean cuidadas por el profesional de enfermería, con la participación del personal auxiliar, tenga en cuenta la complejidad de la situación de salud de las personas y sea tal que disminuya posibles riesgos, permita cumplir con los estándares de calidad y la oportunidad del cuidado” (33). Asimismo, la Ley 266 de 1996, artículo 19, parágrafo, establece que “[l]as disposiciones para el cálculo de personal de enfermería, estarán basadas en normas nacionales e internacionales, que tengan en cuenta el estado de salud de los usuarios que demanden mayor o menor tiempo de atención de enfermería” (34). Finalmente, la Resolución 2003 del 2014 determina los procedimientos y las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar su oferta; entre ellas está la necesidad de contar con el recurso humano cualificado y un número suficiente para la adecuada atención de las personas.

A continuación, se describe la relación enfermero-paciente en los servicios de hospitalización, urgencias y unidades de cuidados intensivos, tanto de adultos como de pediatría, de cinco instituciones de salud de IV nivel, ubicadas en la ciudad de Bogotá D.C., seleccionadas en razón del reconocimiento que tienen por la calidad de los servicios que brindan a sus usuarios:

Tabla 2. Razón enfermero – paciente de cinco IPS de alta complejidad en Bogotá D.C.

Institu- ciones prestadoras de salud	Unidades consultadas					
	Hospitalización		Urgencias		Unidad de cuidados intensivos	
	Adulto	Niño	Adulto	Niño	Adulto	Niño
1	1/11-12	1/10	Sin dato	Sin dato	1/2	1/4
2	1/16	1/16	Funcional 10/turno		1/4	1/4
3	1/18	1/10	1/18	1/6	1/3	2/3
4	1/13-14	1/13-14	1/8	1/6	1/3	No aplica
5	1/14	1/14	1/18	1/8	1/3	1/4

Fuente: Grupo académico Modelo de Prestación de Servicios de Enfermería, 2015.

Con base en lo anterior, y en busca de alcanzar los objetivos estratégicos a través de la operativización del modelo de prestación de servicios de enfermería centrados en la persona y su familia, se propone la siguiente razón enfermero-paciente:

Tabla 3. Propuesta razón enfermero – paciente.

Hospitalización		Urgencias		Unidad de Cuidados Intensivos	
Adulto	Niño	Adulto	Niño	Adulto	Niño
1/10	1/10	1/8	1/4	1/3	1/3

Fuente: Grupo académico Modelo de Prestación de Servicios de Enfermería, 2015.

Con el análisis comparativo de los datos presentados en la Tabla No. 2 y desde los mismos atributos del modelo de prestación de servicios de enfermería centrados en la persona y su familia, los autores proponen una relación enfermero – paciente para los servicios de hospitalización, urgencias y cuidados intensivos, planteada en la Tabla No. 3, la cual es menor a la que aplican los modelos tradicionales que están centrados en la tarea, ésta se hace con miras a responder

al mejoramiento de la experiencia de la persona y su familia que es el eje central de la atención de las organizaciones de salud que implementan este modelo.

Práctica basada en la evidencia. La práctica basada en la evidencia se respalda en la idea de calidad de la prestación de servicios y en un cuidado de enfermería respaldado por la mejor evidencia científica disponible, derivada de la teoría y la investigación en enfermería, y reflejada en protocolos, guías de manejo y estándares para la práctica. Asimismo, se ha establecido que deben proponerse modelos acordes con cada contexto, sin perder de vista la necesidad de evaluarlos en relación con el impacto que estos tienen en el cuidado y la satisfacción de las personas y familias usuarias de los servicios de enfermería; en este sentido, es necesario mostrar evidencias de que mejorar la calidad del cuidado no es incompatible con las metas económicas del sistema de salud.

La gestión de servicios y la educación continuada del personal de enfermería debe estar fundamentada en la investigación y el análisis de experiencias positivas en la mejoría de la calidad de la atención. Por lo tanto, es importante diseñar indicadores de gestión y calidad que evidencien el valor agregado de los cuidados de enfermería para la organización. Esto reitera que es imprescindible realizar investigaciones sobre el cuidado y su gestión a fin de asegurar propuestas basadas en evidencia científica que mejoren la prestación de los cuidados de enfermería en los diversos escenarios de práctica.

En ese sentido, elaborar estudios que muestren cómo los servicios de enfermería pueden incidir en indicadores de morbilidad y mortalidad, tiempo de estancia hospitalaria, egresos, infecciones intrahospitalarias, satisfacción de usuario, entre otros, se constituye como la mejor evidencia en la prestación de los cuidados en salud y en el impacto sobre los principales indicadores de calidad (35).

Generación de entornos vitales. Este aspecto se relaciona con la concepción de los entornos vitales como espacios de vida que permiten a la persona llevar su tratamiento lo más cercano a su cotidianidad. En este sentido, es importante que desde la organización se garanticen espacios físicos adecuados y agradables para la prestación de los servicios de salud, donde se manejen también elementos de confort y privacidad necesarios tanto para la persona hospitalizada como para su familia.

La generación de espacios vitales, además de velar porque las unidades de urgencias y hospitalización se ajusten al ciclo vital de la persona hospitalizada—sea niño, adulto o persona mayor—, hace referencia también a flexibilización de

normas en cuanto a visitas, horarios para procedimientos diagnósticos, quirúrgicos, gustos alimenticios, actividades recreativas, lúdicas, laborales y de estudio. En el caso de los menores de edad o los niños, es importante que cuenten con un espacio al interior de la clínica que les permita continuar con su proceso educativo, de tal manera que el motivo por el cual fueron internados no obstaculice el desarrollo de sus actividades académicas en la medida de lo posible. Asimismo, la organización deberá contar con equipos de última generación y con tecnologías que garanticen la conectividad de la persona y la familia con el espacio exterior y sus actividades cotidianas. En general, se debe tratar de mantener los hábitos y rutinas diarias de las personas y su familia.

De igual modo, se hace necesario que las instituciones dispongan de equipos interdisciplinarios de salud idóneos, así como de un personal de apoyo con cualidades personales y profesionales acordes con lo que se propone en el modelo, con tecnología de punta, suficientes recursos materiales de calidad y una infraestructura que se adecue a los entornos vitales que se deben promover; todo esto con el fin de dar cumplimiento a los principios y características establecidos en el modelo.

Los aspectos operativos que apoyan la implementación del modelo de prestación de servicios de enfermería centrado en la persona y su familia deben estar enmarcados en un enfoque basado en procesos, que tiene como objetivo alcanzar eficaz y eficientemente los objetivos de la institución. Lo anterior implica una articulación entre los resultados de los diferentes procesos de atención de enfermería y los resultados globales de la organización, pues ambos impactan directamente el nivel de satisfacción de la persona y su familia.

Referencias

1. Pineda B, Jerez J. Informe Anual 2014 Atención Primaria en Salud: avances y retos en Colombia [Internet]. Colombia: 2014, [citado 29 feb. 2016]. p. 15. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/media/santafe/publicacion/5a4bc77feb8133688ba9b35b249f662b.pdf>
2. Universidad El Bosque. Misión y Proyecto Educativo Institucional. Políticas y Gestión curricular institucional [PDF]. Bogotá: Scripto; 2011, p. 24.
3. Rodríguez J, Dackiewicz N, Toer D. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. Arch Argen Pediatr [Internet] 2014 [citado 12 feb. 2016]; 112 (1): 55-58. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivo-sarg/2014/v112n1a10.pdf>
4. Kendall L, Lissauer R. The Future Health Worker. [Internet]. Londres: 2003 [citado 12 feb. 2016]. Patient Centred Care: Towards and definition. p. 9-14.
5. Universidad El Bosque. Formación Integral: Proyecto Educativo Institucional. Políticas y gestión curricular institucional [PDF]. Bogotá: Scripto; 2011, p. 28.
6. Durán MM. Marco Epistemológico de la Enfermería. Aquichan [Internet] 2002 [citado 3 oct. 2014]; 2 (1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>

7. Cabal VE, Guarnizo-Tolé M. Enfermería como Disciplina. Rev. colomb. enferm. 2011; 6 (6):77-78.
8. Fawcett J, DeSanto-Madeya S. The Structure of Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. EFUU: F a Davis Co; 2000.
9. Decreto 1011 del 2006 del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Boletan Jurídico Bimensual n° 5, abril de 2006. Art. 2. p.2.
10. Diccionario de la Lengua Española. 23ª ed. Madrid: Real Academia Española; 2014. [citado 28 feb. 2016]. [1 pantalla]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=PTk5Wk1>
11. Caracheo F. Modelo educativo (propuesta de diseño). México: Dirección General de Institutos Tecnológicos. Coordinación Sectorial de Normatividad Académica CIDET; 2002.
12. Relatoría del Encuentro sobre Gestión de Calidad. Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, n° 10, OPS-OMS; 1998.
13. Tobar F. Modelos de Gestión en Salud [Internet]. Buenos Aires: 2002 [citado 8 feb. 2016]; p.16-18. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf>
14. Wolf D, et al. Can nurses impact patients outcomes used a patient-centered care model? JONA [Internet]. 2008 dic. [citado 10 oct. 2014]; 38 (12):532-540. Disponible en: http://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2008/12000/Can_Nurses_Impact_Patient_Outcomes_Using_a.6.aspx
15. Kahn K, Schneider E et al. Patient Centered Experiences in Breast Cancer: Predicting Long-term Adherence to Tamoxifen Use. Med care [Internet]. 2007 May [citado 28 feb. 2016]; 45 (5): 431-439. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17446829>
16. Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuad. de Bioét. Glob [Internet]. 2013 [citado 29 feb. 2016]; 24 (1): 209 Disponible en: <http://www.aebioetica.org/revistas/2013/24/81/201.pdf>
17. Did Núñez J. Principios bioéticos en la atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2000 ago. [citado 12 feb. 2016]; 16 (4): 384-389. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000400014&lng=es.

18. Bernárdez D, Luna L. Aportes para el Mejoramiento de la Continuidad del Cuidado. ITAES [Internet]. 2011 [citado 12 feb. 2016]; 13 (4): 23-29. Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/4-2011/ITAES-4-2011-calidad.pdf>
19. Lingard LS, Espin S, Whyte S, et al. Communication Failures in the Operating Room: An observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care*. 2004 [citado 29 feb. 2016]; 13: 330-334. Disponible en: <http://qualitysafety.bmj.com/content/13/5/330.full>
20. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado Humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2007 [citado 2 oct. 2014]; 20 (4): 499-503. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v20n4/18.pdf>
21. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Nov. de 2008. [Intenet] Bogotá [citado 15 dic. 2015]; Disponible en: <https://goo.gl/8x8lqs>
22. Ingersoll, G. Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. *Nurs Outlook* [Internet]. jul-ago 2000 [citado 28 feb. 2016]; 48 (4), 151-152. Disponible en: [http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(00\)76732-7/fulltext](http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(00)76732-7/fulltext)
23. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.; 1994.
24. Vidaver V. Concepts in chronic illness and home care. *Community health nursing. Theory and practice*. New York: Springer Publishing Company; 1991. p. 271-88.
25. Salvatierra V, Rivera C. Gestión del cuidado esencial del ser enfermera [Internet]. Chile:CIES; [citado 12 oct. 2015]. 6 p. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B0MoqhWpQr2AeFRXlVNQSHFvMkU/view?pli=1>
26. Cubas MR, Martínez Denipote A, Malucelli A, Lima de Nóbrega M. La norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologías de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. Julio-agosto [citado 12 oct. 2015]; 18 (4): 06 pant. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_02.pdf
27. Amaro T. Relación ratio enfermera/enfermo y la experiencia profesional con los eventos adversos de los cuidados enfermeros: caídas, uso indebido del pañal y úlceras por presión. *Reduca* [Internet]. 2009 [citado 28 feb. 2016]; 1 (2): 22-34. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/29/30>

28. Wallace BK. Nurse staffing and patient safety: What's your perspective? Nursing management [Internet] jun. 2013 [citado 28 feb. 2016]; 44 (6): 49-51. Disponible en: http://journals.lww.com/nursingmanagement/Citation/2013/06000/Nurse_staffing_and_patient_safety__What_s_your.12.aspx
29. Fernández YA, Vanegas C, Vargas JL. La razón (ratio) enfermera-paciente: Relación con los resultados en los pacientes y esfuerzos por establecerlo por la ley. Facultad de Enfermería [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009 [citado 28 feb. 2016]; 16 p. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8495/1/535675.2009.pdf>
30. Morrison AL, Beckmann U, Durie M, Carless R, Gillies DM. The effects of nursing staff inexperience (NSI) on the occurrence of adverse patient experiences in ICUs. Aust Crit Care [Internet]. 2001 [citado 28 feb. 2015]; 14 (3): 116-21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11899636>
31. Nicely K, Sloane D, Aiden L. Lower mortality for abdominal aortic aneurysm repair in high- volume hospitals is contingent upon nurse staffing. Health Serv Res. [Internet]. jun. 2013 [citado 28 feb. 2016]; 48 (8): 972-991. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3651774/>
32. Frost S, Alexandrou A. Higher nurse staffing levels associates with reductions in unplanned readmissions to intensive care or operating theatre, and in postoperative in-hospital mortality in heart surgery patients. Evid Based Nurs [Internet]. 2013. [citado 28 feb. 2016]; 16 (2): 62-63. Disponible en: <http://ebn.bmj.com/content/16/2/62.extract>
33. República de Colombia. Ministerio de Educación. Ley 911 de 2014, Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia [Internet]. oct. 2004 [citado 28 feb. 2016]. 1-15 p. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
34. República de Colombia. Ministerio de Educación. Ley 266 de 1996, Reglamentación de la Profesión de Enfermería [Internet]. ene. 1996 [citado 28 feb. 2016]. 1-8 p. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf
35. Zarate RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2004 jun. [citado 12 oct. 2015]; 13 (44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es.

Modelo de prestación de servicios de enfermería centrados en la persona y su familia

Fue editado y publicado por la
Editorial Universidad El Bosque. Abril de 2016
Bogotá D. C., Colombia

La prestación de servicios de salud ha evolucionado de acuerdo con las concepciones del proceso salud–enfermedad y con las necesidades de salud de la población. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y entes acreditadores como la Joint Commission International, y la normatividad colombiana sobre calidad en salud, abogan por una atención centrada en la persona y la familia. Es así como el modelo de prestación de servicios de enfermería que se propone aquí contribuye a consolidar una cultura de calidad y a mejorar la experiencia del usuario a partir de pilares como la humanización, la educación y la investigación.



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EDITORIAL