



## ADMINISTRACIÓN-GESTIÓN-CALIDAD

### CENTROS DE EXCELENCIA EN ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN: UN SUEÑO A ALCANZAR.

CENTRES OF EXCELLENCE IN REHABILITATION NURSING SERVICES: A DREAM TO BE ACHIEVED.

**\*Grinspun, D., \*\*Librado, R., \*\*\*Góngora, A.**

\*Directora de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (RNAO). Magister en Ciencias de la Enfermería. PhD en Sociología (cand.). Directora del Proyecto "Centros de Excelencia Enfermería" .  
\*\*Enfermera Especialista en el Hospital Sunnybrook, Toronto. Magister en Ciencias de la Salud. Co-Directora del Proyecto "Centros de Excelencia Enfermería" . \*\*\*PhD en Teoría Política (cand.). Universidad de Toronto. Canadá.

Palabras clave: Centros de Excelencia.

Key words: "Centres of Excellence" .

### RESUMEN

En este artículo presentamos el enfoque teórico y resultados del proyecto "Desarrollo de Centros de Excelencia en Servicios de Enfermería en Rehabilitación", llevado a cabo entre los años 1995 y 2001, a través de una red colaboradora de países del sur y del norte de América. Protagonistas en este proyecto fueron el Hospital Monte Sinaí (Toronto, Canadá), la Organización Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y centros hospitalarios en Chile, Colombia, Cuba y México.

Exploramos aquí el concepto de los Centros de Excelencia y resaltamos su sintonía con propuestas pedagógicas propias de América Latina, como la de la educación liberadora de Paulo Freire. Desde esa perspectiva, el presente artículo resalta algunas lecciones que pueden ser transferidas a las instituciones de salud en el área de rehabilitación, especialmente del paciente en coma.

## ABSTRACT

This paper summarizes the theoretical approach to, and outcomes from, the project entitled: "Development of Centres of Excellence in Rehabilitation Nursing Services," which took place between the years 1995 and 2001. The project was led by Doris Grinspun, at the time Director of Nursing at Mount Sinai Hospital in Toronto, Canada. In 1996 the project moved to the Registered Nurses' Association of Ontario where Grinspun was appointed Executive Director. The project was funded by the Pan American Health Organization (PAHO). Participating countries included: Chile, Colombia, Cuba and México.

The paper explores the concept of "Centres of Excellence" and highlights the affinity of this concept with Paulo Freire's pedagogical approach. From this perspective, the article offers lessons learned which could be transferred to health care organizations in the area of rehabilitation and more specifically rehabilitation of person's in a state of comma.

## INTRODUCCIÓN

El escritor argentino Ernesto Sábato observa en sus memorias (1999) que la esperanza de la humanidad descansa en sus sectores más vulnerables. Los ancianos, las abuelas, los niños, los pobres, en fin, la gente de bajo perfil constituyen los puntos de encuentro de los hilos que conforman el tejido social. Sábato, después de más de ocho décadas de lucha defendiendo la dignidad de la vida, ve en esa aparente debilidad del colectivo humano la alternativa al empuje cruel de la máquina tecnocrática que busca acomodar el misterio del ser humano a las leyes del mercado. En otras palabras, todo esfuerzo que se oriente a perpetuar la vida ha de realzar la importancia de los sectores más débiles de la comunidad humana.

La voz de Sábato cobra una importancia singular en el contexto latinoamericano, que es el ámbito en el que se viene aplicando el concepto de "Centros de Excelencia" (CEs). Las instituciones de salud encuentran su razón de ser en la vulnerabilidad del ser humano. Dicha vulnerabilidad desnuda toda su precariedad en situaciones como las de los pacientes en estado de coma, por ejemplo. Así las cosas, los CEs proponen enfocar la atención en un sector sumamente vulnerable (paciente en estado de coma) con miras a maximizar el servicio a partir de la riqueza implícita en el contacto humano. Dentro de esta perspectiva el rol de la enfermera o enfermero es fundamental puesto que su trabajo lo pone en contacto directo con el paciente y su entorno familiar y social. Además, debido a su constante e íntimo contacto, la enfermera se involucra en los aspectos más vulnerables del cuidado humano.

Los CEs buscan, entonces, potenciar al personal de enfermería en su papel de punto de encuentro entre la sociedad y la institución de salud. Esto con el fin de retroalimentar también al paciente y ojalá a la sociedad civil, a través de un personal de enfermería con autoridad.

El abordaje metodológico preferido en la ejecución del proyecto es el de la constitución de redes entre países latinos y norteamericanos en las que cada uno de los miembros de la red asume una responsabilidad proactiva en la construcción de un saber común. Esta metodología la consideramos consistente con un abordaje social de poderes equilibrados y abiertos a desarrollar la capacidad humana de cada participante, tanto a nivel personal

(colegas de enfermería que lideran este proyecto) como colectivo (las organizaciones que auspician el proyecto).

El presente artículo tiene como finalidad ofrecer las experiencias de seis años de trabajo en este proyecto. El propósito es presentar un panorama amplio y rescatar aprendizajes para futuras iniciativas. Elaboraremos así una perspectiva conceptual, un recuento del desarrollo del proyecto, sus éxitos y fracasos, y pasos hacia el futuro. Enfocamos también el caso de Chile que fue el que arrojó los resultados más satisfactorios. La intención final es la de acercarnos a una descripción lo más fidedigna concerniente a nuestro esfuerzo en relación al desarrollo de *CEs*. Es nuestra expectativa que toda esta experiencia se convierta en una herramienta pedagógica y en una instancia de aprendizaje para todos los que conformamos la red de los *CEs* y para otros interesados en este tema.

## ENFOQUE TEÓRICO Y METODOLÓGICO PARA EL PROYECTO

Exploramos aquí el concepto de los Centros de Excelencia y resaltamos su sintonía con propuestas pedagógicas propias de América Latina, como la de la educación liberadora de Paulo Freire. Sin proponer ningún paralelo entre esta propuesta y la del escritor argentino Ernesto Sábato, observamos una importante congruencia entre ambas. El primero, Freire, dedicado a liberar a través de la enseñanza. El segundo, Sábato, dedicado a defender la dignidad de la vida. Freire, viendo la riqueza humana en su apoderamiento básico y de derecho a la educación-acción. Sábato, viendo en la debilidad del colectivo humano la alternativa al empuje cruel de la máquina tecnocrática dedicada a acomodar el misterio del ser humano a las leyes del mercado. Ambos, de un modo u otro, esforzados sin límites en realzar la importancia de mejorar la vida y vivencias de los sectores más débiles de la comunidad humana.

La voz de ambos toman una importancia exquisita en el contexto latinoamericano, que es el ámbito en el que se viene aplicando el concepto de "Centros de Excelencia" (*CEs*). Las instituciones de salud están insertas en un contexto de vulnerabilidad humana, tanto del paciente como de sus seres queridos. A veces, también la vulnerabilidad misma de los proveedores de cuidados, especialmente aquellos que cuentan con un estatus menor, como son las auxiliares de enfermería y en muchas circunstancias las enfermeras mismas. Dicha vulnerabilidad desnuda toda su precariedad en situaciones como las de los pacientes en coma, por ejemplo.

Así las cosas, los *CEs* proponen enfocar la atención en un sector sumamente vulnerable con miras a maximizar el servicio a partir de la riqueza implícita en el contacto humano y la educación familiar y comunitaria. Dentro de esta perspectiva el rol de la enfermera o enfermero y su propio poder son fundamentales, puesto que su trabajo lo pone en contacto directo con el paciente y su entorno familiar y social. Una vez apoderados ellos mismos, a través de la educación como propondría Freire, la potencialidad de la enfermera o enfermero de retroalimentar a sus pacientes y familiares con educación y calidad humana no tiene límites. Su calidad humana, debido a su constante e íntimo contacto, permite a la enfermera o enfermero disminuir la vulnerabilidad de sus pacientes y seres queridos. Así, siguiendo también las perspectivas de Sábato nuestros servicios de enfermería podrían contribuir a una experiencia enriquecedora tanto para aquellos en nuestros cuidados como también para nosotros mismos.

Los *CEs* buscan, entonces, afianzar al personal de enfermería en su papel de punto de encuentro entre la sociedad y la institución de salud. Esto con el fin de retroalimentar también al paciente y ojalá a la sociedad civil, a través de un personal de enfermería con autoridad.

El abordaje metodológico preferido en la ejecución del proyecto es el de la constitución de redes entre países latinos y norteamericanos en la que cada uno de los miembros de la red asume una responsabilidad proactiva en la construcción de un saber común. Esta metodología la consideramos consistente con un abordaje social de poderes equilibrados y abiertos a dejar florecer y desarrollar la capacidad humana de cada participante, tanto a nivel personal (colegas de enfermería que lideran este proyecto) como colectivo (las organizaciones que auspician el proyecto).

### ¿Qué son los “Centros de Excelencia”?

Este es un concepto que fue descrito inicialmente por De Bakey, en 1993, y que Grinspun & Librado entienden como “centros donde hay una simbiosis de investigación, educación y práctica. Es el lugar donde nuevos conceptos germinan, se exploran y se ponen a prueba” (Grinspun & Librado, 1999:1). El origen de “Centros de Excelencia” se remonta al final de la II Guerra Mundial. Fue desarrollado inicialmente en Estados Unidos para atender el regreso de los soldados heridos, o con discapacidades ocasionadas por el conflicto armado. El fin de la guerra planteó a las instituciones hospitalarias toda una nueva serie de problemas a los que no se encontraban preparadas para enfrentarse.

Grinspun & Librado (1999) dan cuenta del impacto ulterior de estos *CEs* en términos de reducción de mortalidad, provisión de servicios integrales a los pacientes/usuarios, promoción a la investigación y divulgación, y eficiencia en el entrenamiento de los profesionales de la salud. En pocas palabras, los *CEs* reducen el espacio entre investigación y aplicación, educación y práctica, y añadiríamos, además, que cierran la brecha entre el entorno familiar y social del paciente y el mundo un tanto impersonal de la institución de salud. En todo este proceso, el personal de enfermería juega un papel sumamente protagónico.

Por todas estas razones, el concepto de los *CEs* fue adoptado como la metodología a seguir en este proyecto de optimización de los servicios de rehabilitación en América Latina. La filosofía de los *CEs* fue vista como “la estrategia que permitiría el desarrollo de conocimiento, la provisión de educación y entrenamiento a los profesionales de enfermería y más importante, el mejoramiento del cuidado ofrecido a las personas que requieren rehabilitación” (Grinspun & Librado, 1999:2).

### UN BREVE BOSQUEJO DEL PROYECTO

Grinspun & Librado también conectan el inicio del proyecto al reporte de la Organización Panamericana de la Salud, “*Rehabilitación en Latinoamérica y el Caribe*” (1995). Entre los problemas, el reporte destaca tres:

- “La integración parcial de los discapacitados a la comunidad.
- “La implementación de actividades de rehabilitación enfocadas solamente a alcanzar la recuperación funcional (dejando un espacio mucho menor a la recuperación cognitiva, de comportamiento y social).
- “La falta de desarrollo de rehabilitación como especialidad a la par de las otras especialidades de salud.”

En consecuencia, la rehabilitación e integración a la comunidad de los pacientes en coma son dos de los factores de alto valor crítico en el panorama de la salud en el continente. Este es un desafío que demanda “una visión integral de rehabilitación; el entrenamiento de personal especializado; el reforzamiento de las leyes que protegen al discapacitado; y la

participación activa de la comunidad en el reintegro del discapacitado” (Grinspun & Librado, 1999:1).

Con el ánimo de explorar una estrategia integral se llevó a cabo una primera reunión en Medellín (Colombia), en noviembre de 1995, y se le pidió a los países participantes elaborar un perfil de la situación de rehabilitación en cada uno de ellos. Se trataba de encontrar un abordaje que permitiera integrar las condiciones básicas de rehabilitación ya descritas con las necesidades específicas de cada país. En ese contexto la filosofía de los *CEs* fue discutida y analizada y los cuatro países participantes, Chile, Colombia, Cuba y México, decidieron iniciar el proyecto. En una primera fase, que es la que se inicia en Medellín, los primeros cuatro países participantes se enfocaron en el desarrollo de una infraestructura para la implementación del proyecto. Las instituciones de salud que conformaron esta primera etapa fueron:

- El servicio pediátrico del Instituto de Neurocirugía “Dr. Alfonso Asenjo” (Santiago, Chile), que se concentró en impartir educación al personal de enfermería y paramédicos.
- Hospital San Vicente de Paul (Medellín, Colombia), que optó por un abordaje interdisciplinario con la participación de la Universidad de Antioquía, el Comité Regional de Rehabilitación y el Hospital San Vicente de Paul. Las áreas de concentración fueron: Urgencias y Neurocirugía.
- Hospital Pediátrico “William Soler” (Cuba), que coordinó las cinco instituciones participantes en el proyecto.
- Instituto de Ortopedia (Ciudad de México, México).

La segunda etapa arrancó a partir de una reunión en Toronto, en Abril de 1999. De los cuatro países iniciales se hicieron presentes Chile y Colombia. Cuba no pudo participar debido a que le fue negada la visa de visitante a su representante. Además, se contó con la participación de Ecuador, que había solicitado previamente su vinculación al proyecto, y dos representantes de España y uno de Venezuela, quienes tomaron parte en la reunión a título propio. Si en la primera fase el foco central había sido asegurar la cobertura institucional, la segunda etapa se proyectó a desarrollar un protocolo de cuidado al paciente en coma y su familia.

## RESULTADOS

### I. Centros de Excelencia como una Instancia Educativa

En tres de los cuatro países participantes: Chile, Colombia y Cuba se alcanzó el propósito central, que fue el de asegurar la cobertura institucional. No obstante, esta forma de enunciar el objetivo central puede ser engañosa. Se podría dar a entender que la Fase I cumpliría una labor de relaciones públicas que, en el mejor de los casos, contribuiría a elevar el perfil del personal de enfermería. Si bien esto es legítimo, habida cuenta de la importancia pedagógica del enfermero o la enfermera, y de su relación directa con el paciente y su entorno familiar y social, la Fase I implica toda una tarea didáctica.

En este punto conviene hacer un alto en esta evaluación inicial para resaltar el papel de la educación en la formulación del concepto de los *CEs*. La cobertura institucional que buscaba la Fase I del proyecto, y que se logró en Chile, Colombia y Cuba, implica una ardua tarea educativa. La breve descripción que hicimos arriba del concepto de los *CEs* implica todo un cambio de mentalidad en las instituciones y profesionales de la salud involucrados.

Permítanos mencionar los dos frentes de mayor importancia en los que se produjeron los cambios más significativos a nivel de reconceptualización de la atención a pacientes en coma. Destacamos los dos frentes que a continuación detallamos en razón a su importancia en los países involucrados en el proyecto, y debido a que ellos arrojan lecciones que pueden ser transferibles a otras instituciones que pueden estar trabajando desde otros abordajes.

1. Replanteamiento de las relaciones en el interior de las instituciones de salud. Tradicionalmente los hospitales e instituciones de salud giran alrededor de la figura y el rol del médico. Esta situación ha facilitado no solamente el desarrollo de la medicina como profesión y disciplina del conocimiento, sino que también le ha permitido al médico servir como punta de lanza en la lucha contra las enfermedades en distintos frentes a la vez: atención médica, investigación, etc. Sin embargo, el abordaje centrado en el médico deja poco espacio para que otros actores hagan una contribución significativa. Con la aplicación del concepto de los *CEs* se introducen cambios profundos en la red de relaciones al interior de las instituciones de salud. Para empezar, al personal de enfermería se le reconoce un papel muchísimo más significativo, pues en la filosofía y práctica de los *CEs* sobre ellos recae la mayor responsabilidad educativa con el fin de involucrar a la familia en el cuidado del paciente. Esta labor de aumento de poder contribuye a cerrar las brechas que mencionábamos arriba. Donde ha sido más claro este tipo de resultados es en Chile.
2. Juntamente con lo anterior, la aplicación del proyecto saca a flote el desequilibrio en la toma de decisiones en nuestras instituciones de salud, favoreciendo primordialmente el poder de los médicos y del cuerpo administrativo (Garay, 2000:2). La aplicación del concepto de los *CEs* en Chile evidenció un cambio de enfoque en la administración misma de la institución de salud. De un enfoque centrado en el desempeño médico, se dio un cambio hacia un enfoque centrado en el paciente en coma y su familia. Para usar el lenguaje en boga tanto en enfermería como en los servicios de administración, diríamos que se transformó en un “patient centred care approach.” Esta filosofía de cuidado ha sido primordial en el proceso de mejoramiento del cuidado (Brown, Stewart & McWilliam, 1999; Grinspun 2000a; Nelligan, P, et al. 2002 ; Chaaya, Rahal, Morou & Kaais, 2003; Takemura & Kanda, 2003).
3. Es este desequilibrio en la habilidad de participar en la toma de decisiones a un nivel administrativo lo que planteó el obstáculo mayor para el desarrollo y el mantenimiento del proyecto a largo plazo. Como gran parte de la investigación ha demostrado, el que la administración se involucre a todo nivel es primordial para el mantenimiento de los proyectos y especialmente del proceso de cambio de cultura hacia el enfoque en el paciente y la calidad del cuidado (Grinspun, 2000b ; DeSilets & Pikerton 2005). Como es común en nuestras instituciones de salud, los cambios administrativos, muchas veces motivados por razones políticas, traen como consecuencia cambios en el apoyo financiero y filosófico que no permiten el crecimiento y desarrollo de proyectos previamente acordados. Esta realidad fue el mayor obstáculo que las enfermeras, comprometidas con los centros de excelencia, encontraron frecuentemente y fue la razón por la cual el proyecto no pudo continuar.

## II. Centros de Excelencia como productores de guías clínicas de excelencia

La segunda etapa de este proyecto resultó en el desarrollo y producción de guías de educación y cuidados basados en evidencia, para la atención de enfermería y para la educación hacia los familiares del paciente, personal auxiliar y enfermeras mismas. De los cuatro países iniciales, solamente Chile y Colombia participaron en este proceso. De estos dos, Chile fue el que implementó más a fondo estas guías, tanto en la práctica clínica de sus

enfermeras como en los programas de educación intrahospitalarios. Además, el uso de estos protocolos en Chile dio paso a una integración real del familiar cercano en los cuidados al paciente. La evaluación de resultados en Chile también demostró una reducción significativa de úlceras de presión, infecciones pulmonares e infecciones urinarias.

Conviene aclarar que ambos resultados, asegurar la cobertura institucional y desarrollar un protocolo de cuidado al paciente en coma y su familia, no cuelgan en el vacío, como si la sola figuración en un proyecto de salud garantizara estos avances. Cada uno de los países participantes invirtió largas horas en investigación y compilación de sus necesidades y posibilidades. Tras de ese trabajo vino la tarea, igualmente ardua, de captar el concepto de los CEs de tal manera que fuera aplicable a cada situación en particular. Y posteriormente, se dio el paso de desafiar a las instituciones a entrar en esta dinámica de trabajo que requiere altas dosis de adaptabilidad y de aprendizaje.

## A MODO DE CONCLUSIÓN

Para cerrar esta breve reseña quisiéramos ofrecer, a modo de explicación, la hipótesis un tanto atrevida mediante la cual proponemos que los CEs ganaron eco en América Latina dada su similitud con la propuesta pedagógica de Paulo Freire (1983). En el modelo de Freire todos los participantes en una experiencia pedagógica (y la vida toda es experiencia pedagógica) son actores, y no espectadores. A cada uno le asiste el conocimiento. Esta convicción le permitió a Freire postular el concepto de educador-educando para referirse a cada uno de los actores de la experiencia pedagógica. En su modelo no existe el educador a secas, ni el educando que esté vacío de todo conocimiento. Esta conceptualización demanda que la tarea educativa se teja desde un ambiente dialogal. El mismo hecho de que la producción del conocimiento se da en el contexto del diálogo hace que la educación esté íntimamente conectada a las experiencias personales de los actores. En consecuencia, la brecha entre teoría y práctica es inexistente. No puede ser de otra manera, pues para Freire, la educación apunta a la transformación.

No estamos sugiriendo, desde luego, que De Bakey haya tenido contacto con la obra de Freire, ni que sus preocupaciones estén transitando por un mismo camino. Lo que estamos sugiriendo es un encuentro entre la adopción de los CEs como estrategia para América Latina, y el pensamiento de uno de nuestros educadores más influyentes. Los CEs exigen, ya lo anotábamos, que la circulación de conocimiento se agilice en virtud de un replanteamiento de las relaciones en el interior de los equipos de los trabajadores de la salud. El personal de enfermería, por ejemplo, gana una responsabilidad similar a la de los médicos. Los administradores descubren que la incidencia de su participación en la atención a los pacientes en coma es directa. La familia del paciente asume un papel más protagónico y, a la vez, acerca la comunidad a las instituciones de salud (Garay, 2000:2). En general, los CEs propician una transformación similar a la prevista por Freire, pues todos los implicados en el cuidado al paciente en coma son actores. Y todas estas lecciones son susceptibles de ser transferidas a otros centros e instituciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barral (1999). Continuously Knowing the Patient. *Journal of Advanced Nursing*, 42(3).
2. Brown, J.D., Steward, M., &McWilliam, C. (1999). Using the patient-centred method to achieve excellence in care for women with breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 38, 121-129.

3. Chaaya,M., Rahal,B., Morou, G., & Kaiss, N. (2003). Implementing patient-centred care in Lebanon. *Journal of Nursing Administration*, 33(9), 437-440.
4. DeSilets,L.D.; & Pinkerton, S., E. (2005). Administrative Angles. Education: Key to the Magnet Culture. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 36(1), 12-13.
5. Freire, Paulo. (1983). *Pedagogía del Oprimido*, Bogotá: Siglo XXI Editores.
6. Garay, Angélica. (2000). OPS – *Centros de Excelencia en Rehabilitación: Programa de Apoyo al Niño Hospitalizado. Informe de Resultados*, Santiago: INC-Chile.
7. Grinspun, Doris & Librado, Ruby. (1999). Proyecto: Centros de Excelencia de Enfermería en Rehabilitación. Cuidado del Paciente en Coma y su Familia. Taller de Trabajo. Toronto, Canada.
8. Grinspun, D., (2000a) Putting Patients First: The Role of Nursing Caring. *Hospital Quarterly*, Fall, 22-24. 9.
9. Grinspun, D., (2000b). Taking care of the bottom line: shifting paradigms in hospital management. (p. 26-48). In Diana L. Gustafson (ed.), *Care and Consequences: Health Care Reform and Its Impact on Canadian Women*. Halifax, Nova Scotia, Canada. Fernwood Publishing. (pg.25-48)
10. Nelligan, P., Grinspun, D., Jonas-Simpson, C., McConnell, H., Peter, E., Pilkington, B., Balfour, J., Connolly, L., Lefebvre, N., Reid-Haughian, C., Sherry, K. (2002). Client Centred Care: Making the ideal real. *Hospital Quarterly*, Summer, 70-76.
11. Organización Panamericana de la Salud. (1995). “*Rehabilitación en Latinoamérica y el Caribe*”, Washington, USA.
12. Sábato, Ernesto. (1999). *Antes del Fin: Memorias*, Bogotá: Grupo Editorial Seix
13. Takemura, Y. & Kanda, K. (2003). How japanese nurses provide care:A practice based on continuously knowing the patient. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (3), 252-259.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia