

## Por una enfermería de práctica avanzada y una alianza para la atención centrada en las personas, para la Cobertura Universal y Acceso Universal a la salud<sup>1</sup>

Tomoko Kamei<sup>2</sup>  
Keiko Takahashi<sup>3</sup>  
Junko Omori<sup>4</sup>  
Naoko Arimori<sup>5</sup>  
Michiko Hishinuma<sup>2</sup>  
Kiyomi Asahara<sup>2</sup>  
Yoko Shimpuku<sup>6</sup>  
Kumiko Ohashi<sup>6</sup>  
Junko Tashiro<sup>2</sup>

**Objetivo:** este estudio desarrolló un modelo de alianza para el cuidado centrado en las personas (CCP) para una sociedad envejecida, que haga frente a los retos de los cambios sociales que afectan a la salud de las personas y el nuevo papel de las enfermeras de práctica avanzada para apoyar la cobertura universal de salud. **Método:** un modelo de alianza para el cuidado centrado en las personas fue desarrollado sobre la base de la meta-síntesis cualitativa de la literatura y la evaluación de 14 proyectos relacionados. Los proyectos en curso dieron lugar a la transformación individual y social mejorando la "alfabetización sanitaria" de la comunidad y los comportamientos, utilizando los cuidados centrados en las personas y aumentando la colaboración entre los profesionales sanitarios y miembros de la comunidad a través de las enfermeras de práctica avanzada. **Resultados:** el cuidado centrado en las personas comienza cuando los miembros de la comunidad y los profesionales sanitarios ponen en primer plano a la salud y las cuestiones sociales entre los miembros de la comunidad y las familias. Este modelo aborda estas cuestiones, creando nuevos valores relativos a la salud y formando un sistema social que mejora la calidad de vida y el apoyo social para hacer sostenible la atención sanitaria universal a través del proceso de construcción de alianzas con las comunidades. **Conclusión:** un modelo de alianza para CCP responde a los desafíos de los cambios sociales que afectan a la salud en general y al nuevo papel de las enfermeras de práctica avanzada en el sostenimiento de la Cobertura Universal en Salud (CUS).

**Descriptor:** Enfermería de Práctica Avanzada; Atención de Enfermería; Prestación de Atención de Salud; Enfermería.

<sup>1</sup> Apoyo financiero JSPS KAKENHI Grant-in-Aid for Scientific Research (B), Proceso: 15H05108.

<sup>2</sup> PhD, Profesor, St. Luke's International University, Graduate School of Nursing, WPRO/WHO Collaborating Center for Nursing & Midwifery for Development of People-Centered Care in Primary Health Care, Tokyo, Japão.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, St. Luke's International University, Graduate School of Nursing, WPRO/WHO Collaborating Center for Nursing & Midwifery for Development of People-Centered Care in Primary Health Care, Tokyo, Japão.





<sup>4</sup> PhD, Profesor, Tohoku University, Graduated School of Medicine, Miyagi, Japan.

<sup>5</sup> PhD, Profesor, Niigata University, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Niigata, Japan.

<sup>6</sup> PhD, Profesor Asistente, St. Luke's International University, Graduate School of Nursing, WPRO/WHO Collaborating Center for Nursing & Midwifery for Development of People-Centered Care in Primary Health Care, Tokyo, Japan.

### Cómo citar este artículo

Kamei T, Takahashi K, Omori J, Arimori N, Hishinuma M, Asahara K, et al. Toward Advanced Nursing Practice along with People-Centered Care Partnership Model for Sustainable Universal Health Coverage and Universal Access to Health. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2839.

[Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1657.2839>.

mes día año

URL

## Introducción

Las prácticas de enfermería avanzada son una novedad en Japón; las enfermeras se enfrentan a un punto de inflexión histórico en su rol profesional, derivado de una combinación de factores internos profesionales, intenciones políticas externas, y necesidades sociales<sup>(1-3)</sup>. Se espera que las enfermeras se conviertan en agentes de cambio en el sistema de salud y amplíen su papel en un territorio nuevo y desconocido, con habilidades, conocimientos y competencias avanzadas. En el sistema de salud, las enfermeras deben transformar el ámbito tradicional de práctica de enfermería y cuidado institucional de hospital, en nuevos campos de la enfermería en cada país. Las alianzas efectivas con la participación de las enfermeras contribuirán a la cobertura universal de salud<sup>(4)</sup>.

El aumento del número de enfermedades no transmisibles (ENT) constituye una necesidad social. Actualmente las enfermedades cardiovasculares representan el mayor número de muertes por enfermedades no transmisibles, es decir, 17,5 millones de personas al año, seguido por el cáncer (8,2 millones), enfermedades respiratorias (4 millones) y la diabetes (1,5 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades representan el 82% de todas las muertes por enfermedades no transmisibles en todo el mundo (OMS, 2015)<sup>(5)</sup>. Además, los pacientes con ENT necesitan servicios de salud durante toda la vida y grandes gastos de atención de la salud. Para evitar las limitaciones financieras de la asistencia sanitaria, es importante mejorar los estilos de vida para prevenir las enfermedades no transmisibles y promover salud mejorando específicamente la alfabetización sanitaria para todas las edades.

La cobertura universal en salud (CUS) está firmemente basada en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948, que declara a la salud como un derecho humano fundamental. La agenda de Salud para Todos fue establecida en la Declaración de Alma-Ata en 1978. En ella la equidad es de suma importancia, lo que significa que los países deben monitorear el progreso no sólo simplemente sobre la población nacional, sino también dentro de los grupos diferenciados por niveles de ingreso, sexo, edad, residencia, y origen étnico<sup>(6)</sup>. El objetivo de CUS es la equidad en el acceso a los servicios de salud, lo que implica que se garantice la calidad de los servicios de salud y que todas las personas obtengan los servicios de salud que necesitan, sin sufrir dificultades financieras<sup>(6)</sup>. Para lograr la CUS, cada comunidad necesita un sistema de salud fuerte, eficiente y bien gerenciado que satisfaga a las necesidades sociales más importantes.

En Japón, se establecieron el sistema de seguro de asistencia sanitaria y el sistema de seguro de cuidados a largo plazo establecidos en 1961 y 2000 respectivamente, y estos se extendieron como una CUS pública que acompañó el rápido aumento de adultos, la proporción de ancianos y la disminución de miembros de la familia por cada hogar. Por lo tanto es necesario promover no sólo la prevención de enfermedades, sino también los servicios de salud específicos para los residentes en la comunidad local. En un sistema de este tipo, es esencial para asegurar cuidados centrados en las personas, servicios de salud integral y la asequibilidad, es decir, un sistema de financiación de los servicios de salud para que las personas no sufran dificultades financieras al utilizarlos, así como el acceso a los medicamentos esenciales y tecnologías para el diagnóstico y tratar problemas médicos; también una capacidad suficiente de trabajadores de salud bien entrenados y motivados para proporcionar los servicios para satisfacer las necesidades de los pacientes sobre la base de la mejor evidencia disponible<sup>(6)</sup>.

En septiembre de 2015, en la Asamblea General de las Naciones Unidas, se adoptó la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible<sup>(7)</sup>, lo que dio nuevos objetivos comunes a la comunidad internacional para alcanzar en el año 2030, con el fin de hacer frente a los retos que permanecieron después de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En el contexto de la CUS, las enfermeras podrían contribuir con la educación continuada y el fortalecimiento de su profesión, haciendo alianzas eficaces y proporcionando liderazgo e innovación significativa a la sociedad<sup>(4)</sup>. Esto significa que se espera que las enfermeras generen asociaciones con miembros de la comunidad, en lugar de simplemente proporcionar asistencia técnica dentro de las instituciones médicas.

Los Cuidados Centrados en las Personas (CPP) son procesos de atención de la salud y de enfermería que mejora la "alfabetización sanitaria" (los conocimientos en salud), así como motiva a miembros de la comunidad de todas las edades a buscar su propio cuidado de la salud; por lo tanto, los proveedores de salud, sobre todo enfermeras, deben ayudar a los miembros de la comunidad a tomar decisiones en forma colaborativa<sup>(8)</sup>. Los Cuidados Centrados en las Personas son también una iniciativa especial en la Región del Pacífico Occidental de la OMS; es un término general que engloba dar consideración más importante al paciente en todos los niveles de los sistemas de salud<sup>(9)</sup>. Esto apoya un proceso en el cual los miembros de la comunidad hacen frente a sus propios desafíos de la salud, así como los de la sociedad. Desde 2003, nuestro Centro

Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (CC OMS) ha estado organizando de proyectos de CCP para miembros de la comunidad de todas las edades; tiene el conocimiento acumulado para desarrollar el modelo de alianzas para los CCP como una práctica avanzada de enfermería<sup>(10)</sup>.

Estas iniciativas CCP han ganado una urgencia adicional por el tema del envejecimiento, que Japón y otros países están sufriendo actualmente. Las expectativas de vida de los hombres japoneses (80,5 años) y de las mujeres japonesas (86,8 años) (Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar, 2015)<sup>(11)</sup>, son de las más largas esperanza de vida en el mundo para ambos sexos (Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar, 2013)<sup>(12)</sup>. Sin embargo, Japón también se enfrenta a una baja tasa de natalidad, lo que significa una disminución de la población y una continua escasez de profesionales de la salud y la seguridad social. Los adultos mayores también tienden a requerir atención médica con gastos altos<sup>(13)</sup>. En Japón, los gastos médicos de las personas de más de 75 años de edad son 4,41 veces mayores que la de los menores de 75 años<sup>(14)</sup>.

Por otra parte, la creciente proporción de personas mayores de 65 años o más (26,7%)<sup>(15)</sup> se ha traducido en un mayor número de casos de trastorno neuro-cognitivo y demencias<sup>(16)</sup>. En Japón, como un país que ha alcanzado la CUS, el acceso al cuidado de la salud es fácil, independientemente de la necesidad, algo que ha incrementado drásticamente los gastos médicos. En este contexto, la "alfabetización sanitaria" debe ser mejorada mediante la formación de una alianza entre miembros de la comunidad y los profesionales de la salud para mejorar la salud de manera eficiente, así como para reducir los gastos médicos innecesarios para que los que necesitan, puedan acceder correctamente el cuidado de la salud. Este estudio desarrolla un modelo de asociación para los CCP en una sociedad envejecida para hacer frente a los retos de los cambios sociales que afectan a la salud general y el nuevo papel de las enfermeras de práctica avanzada en el sostenimiento de la CUS.

## Método

Este estudio se desarrolla el modelo de alianza para los CCP en dos etapas. El primer paso es una revisión de la literatura del concepto de CCP y una evaluación basada en la práctica de nuestros proyectos CCP del Centro Colaborador de la OMS. El segundo es un meta-síntesis cualitativa de tanto los resultados de la revisión de la literatura y de los proyectos y los resultados de satisfacción de los participantes para la construcción de un modelo de alianza para los CCP.

## Estrategias de búsqueda de literatura

Se utilizaron para este estudio bases de datos en inglés, incluyendo el *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINHAL)*; *CINHAL Plus with Full Text (EBSCO)*; *MAGAZINEPLUS*; *PubMed*; *EMBASE*; *Nursing & Allied Health Source (NAHS)*; y la base de datos de trabajo médico del Japón, incluyendo *Japan Medical Abstracts Society (JAMAS)* and *Citation Information by the National Institute of Informatics (CiNii)*. Se incluyeron artículos en inglés y en japonés; no se impusieron limitaciones de idioma. Las combinaciones de palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron las siguientes: *people-centered care* (cuidados centrados en las personas) o *people-centered health care* (cuidado de la salud centrado en las personas) o *partnership* (asociación, alianza) y *concept analysis* (análisis de concepto). Las fechas de búsqueda para las bases de datos anteriores fueron del 1 de enero de 1980 al 30 de julio 2015. La búsqueda manual se realizó para identificar los libros, artículos e informes de proyectos en nuestra institución.

## Selección de artículos, parámetros de inclusión y exclusión

Los estudios elegibles incluyeron trabajos publicados que involucran los CCP y/o alianzas entre proveedores de cuidado de la salud y miembros de la comunidad. Los estudios cualitativos, observacional y cuasi-experimentales; estudios de pre y post-implementación sin comparadores y estudios de cohorte prospectivo fueron incluidos. Se revisaron los artículos originales, informes de investigación, informes prácticos, y comentarios. Se excluyeron las actas de congresos, incluyendo resúmenes de investigación presentados en congresos y títulos de los artículos sin asociación. No se revisaron los artículos no publicados o los que no son fácilmente accesibles a través de las bases de datos anteriores.

## Estrategias de evaluación del concepto CCP en los artículos

El concepto de CCP en cada estudio se evaluó en tres pasos. En primer lugar, uno de los autores examinó de forma independiente los resúmenes y textos completos, aplicando los criterios de selección para identificar el concepto de CCP. En segundo lugar, los nueve autores revisaron y categorizaron el texto completo de los artículos. Cada artículo se analizó mediante un formulario de extracción de datos personalizado, creado por el primer autor, que comprende lo siguiente: proceso de CCP con recursos, alianzas y creación de capacidades;

proceso de cambio; y el resultado del sistema de cambios y el cuidado de la salud para miembros de la comunidad, proveedores de salud y la comunidad. Los investigadores examinaron las categorías hasta que se alcanzó un consenso final.

### **Estrategias de evaluación de los Proyectos CCP de nuestro Centro Colaborador de OMS**

Los 14 proyectos CCP de nuestro Centro Colaborador de la OMS en 2015, dirigidos a miembros de la comunidad de todas las edades se analizaron según: participantes, problemas de salud, tipos de alianzas con miembros de la comunidad y los profesionales de la salud, satisfacción y resultados. Se utilizó la escala visual analógica (EVA-10) para evaluar la satisfacción de los participantes para cada proyecto durante el año fiscal 2015 (abril 2015-marzo 2016).

### **Conceptualizaciones y modelado del CCP**

Los resultados tanto de la revisión de la literatura como de la evaluación del proyecto CCP fueron integrados a través de meta-síntesis cualitativa(17). El modelo de alianzas para los CCP se construyó y ilustró usando el flujo de entrada, proceso y resultados.

## **Resultados**

### **Análisis del concepto de CCP de acuerdo con la revisión de la literatura**

La búsqueda en la literatura identificó 196 citas. La palabra clave "*partnerships*" (alianza, asociación) mostró 116 citas, 32 para "cuidados centrados en las personas", y 48 para "cuidados de la salud centrado en las personas." De estos, 152 fueron excluidos sobre la base de criterios de exclusión. Se revisaron las 42 citas restantes: 21 artículos originales, 10 informes de investigación, ocho comentarios sobre los mismos proyectos, dos informes breves, y un informe de la OMS, así como dos libros, para un total de 44 referencias<sup>(18-61)</sup>.

Los recursos de CCP se clasificaron en: acceso fácil y ampliado a los servicios de salud; información útil sobre la salud de cada persona; un lugar en la comunidad para reunirse fácilmente; e interacción con otras personas de todas las edades, voluntarios de salud y expertos, tales como enfermeras y consejeros. Estos recursos eran bien convenientes para cada miembro que tenía necesidades primarias de salud.

Las alianzas eran una importante constante en las relaciones entre los miembros de la comunidad, voluntarios de salud y proveedores de atención médica, implicando la toma de decisiones y las responsabilidades compartidas.

La creación de capacidades implicaba las siguientes capacidades de las personas involucradas: la aceptación y reconocimiento de las creencias y valores de las personas, el comportamiento y pensamientos sanos, conocimientos sobre la salud que ayuda a la elección de la información apropiada para la salud de cada persona; la comprensión de dónde y cómo hablar de la propia salud; la capacidad y la habilidad de hacer que el comportamiento de la salud subjetiva y de las decisiones sea capaz de soportar el autocuidado, auto-eficacia, y la fuerza para mantener la salud; y la alfabetización en tecnología de información y comunicación. Estas capacidades llevaron a la mejora de la salud y el bienestar psicológico de las personas.

El proceso de cambios consiste en lo siguiente: la mejora y cambios en el comportamiento relacionado con la salud; la conciencia subjetiva de uno mismo; experiencia de ser curado por otros; permitir la paz mental de los demás; sentimientos de comodidad; la mejora de la conciencia de la salud y los comportamientos, estados físicos, y el bienestar emocional; el vigor en las actividades diarias; y los voluntarios de salud que inician proyectos subjetivamente.

El resultado de los cambios y el sistema de salud mostraron una mayor oportunidad de recibir información sobre la salud; creación y difusión de los servicios sostenibles y apropiados para miembros de la comunidad y nuevos valores; ser una persona clave / central en la comunidad; colaboración con el gobierno local; y compartir los objetivos futuros con miembros de la comunidad y profesionales de la salud a través de informes de devolución de cada actividad CCP. Estos resultados muestran el mayor interés y la motivación de las personas para iniciar la toma de decisiones sobre su propia salud.

### **Proyectos CCP de nuestro Centro Colaborador de OMS**

Nuestra institución fue designada por primera vez como un CC de la OMS para el Desarrollo de la Enfermería en la Atención Primaria de Salud (APS) en 1990 y ha sido re-designado seis veces en los últimos 24 años. En 2016, nuestro CC de la OMS comenzó a apoyar a la oficina de OMS para el Pacífico Occidental y los Estados miembros en el desarrollo de modelos de CCP comunitarios basados en los valores de la APS en el contexto de las sociedades que envejecen. Una de nuestras principales tareas es el desarrollo de un marco de acción regional para ayudar a los países a alcanzar la CUS mediante la promoción de la prestación de servicios integrados de CCP. En 2015, los docentes de

enfermería y colaboradores de la comunidad aplicaron conceptos de CCP a 14 proyectos en el edificio de la Universidad de Tokio, centrándose en la mejora del conocimiento sobre la salud, el comportamiento y el bienestar de los miembros de la comunidad de todas las edades. Los problemas de salud en que se centraron eran tan variados como p.ej. los relativos a las familias que esperan niños, óbitos fetales, madres con niños pequeños, las mujeres que sufren de infertilidad, adultos y ancianos con enfermedades crónicas y enfermedades no transmisibles, ancianos frágiles que necesitan estar alertas sobre prevención de caídas, los adultos mayores con trastornos neuro-cognitivos y demencia y los cuidadores sin información sobre la salud, así como un programa intergeneracional para los adultos mayores frágiles o que padecen demencia y los niños en edad escolar en la sociedad japonesa súper envejecida.

Nuestro CC de la OMS proporcionó servicios de CCP a través de estos proyectos para alentar a miembros de la comunidad a tomar iniciativas de su propia salud; 4.721 miembros de la comunidad participaron anualmente<sup>(62)</sup>. La formación de asociaciones entre miembros de la comunidad y los profesionales de la salud se clasifican en tres tipos, es decir, el tipo "Asociación de Acercamiento", el de "Asociación de Apoyo", y el de la "Asociación de Colaboración". Los tipos de asociación cambiaron a lo largo del progreso de los CCP, en función de las características de los problemas de salud y el grado de conciencia de la comunidad hacia ellos. La Asociación de Acercamiento se produce cuando los proveedores de asistencia sanitaria conducen a miembros de la comunidad; los miembros de la comunidad en una asociación de este tipo no son conscientes de los problemas de salud o de la comunidad. En la Asociación de Apoyo, los profesionales de asistencia sanitaria apoyan a los miembros de la comunidad, según sea necesario de acuerdo a sus situaciones, tales como las enfermedades o condiciones de envejecimiento. En el nivel de Asociación de Colaboración, los miembros de la comunidad son plenamente conscientes de sus problemas de salud o de la comunidad y participan en actividades y toma de decisiones. En relación con la satisfacción de los miembros de la comunidad, la evaluación de EVA-10, estaba en 8,9 puntos para el año fiscal 2015.

### **Desarrollo del modelo conceptual de Alianzas para los CCP**

Los autores construyeron el modelo de alianza para los CCP utilizando los resultados cualitativamente sintetizados e integrados de la literatura y los proyectos

de investigación del CCP. Este modelo se destina a abarcar diversos problemas sociales y de salud en relación con miembros de la comunidad y sus familias, crear nuevos valores relativos a la salud, y formar un sistema social que garantice la calidad de la atención durante el proceso de construcción de la colaboración entre los miembros de la comunidad de todas las edades y los profesionales de salud para hacer sostenible a la CUS.

El Proceso de CCP tiene tres capas o estratos, estas son: entradas, procesos y resultados. La entrada comienza cuando los profesionales de asistencia sanitaria traen a la superficie los problemas de salud, mostrando que comparten objetivos y metas en los comportamientos de salud y resuelven de problemas con miembros de la comunidad en su enfoque de los problemas sociales concretos, en particular en su propia salud. En el siguiente paso, los profesionales de la salud y miembros de la comunidad construyen una alianza y establecen las metas de la conducta de salud, lo que conducirá a dar forma a los CCP. Hay nueve atributos en las tres capas de CCP: 1) establecer metas en el comportamiento de la salud; 2a) la comprensión mutua (relación de base): los profesionales de salud y miembros de la comunidad entienden mutuamente las fortalezas, las funciones y responsabilidades de cada uno; b) la confianza mutua (relación de base): los dos confían en el otro sin ansiedades; c) el respeto mutuo (relación de base): ambos se respetan mutuamente en sus actividades; d) crecimiento conjunto (relación de base): los miembros de la comunidad y los profesionales de atención médica crecen y aprenden unos de otros; e) la toma de decisiones compartida (enfoque de actividad): los dos comparten los procesos de toma de decisiones para el mismo fin; f) cooperación con las fortalezas de cada uno (enfoque de actividad): los dos aprovechan al máximo los puntos fuertes de los demás en igualdad de condiciones; g) superación de obstáculos en conjunto (enfoque de actividad); y 3) el intercambio mutuo de los resultados de las alianzas: los dos juntos superan los obstáculos consiguiendo fuerzas el uno del otro.

A través de estos procesos, transformaciones individuales y sociales se desencadenan entre los miembros de la comunidad y los profesionales de la salud, teniendo como resultado el intercambio de logros entre sí. En este proceso de CCP, la Asociación de Acercamiento, la Asociación de Apoyo, y la Asociación de Colaboración fueron adoptadas en función de las características de los problemas de salud que enfrentan los miembros de la comunidad y la conciencia de la comunidad de la salud para todos (Figura 1).

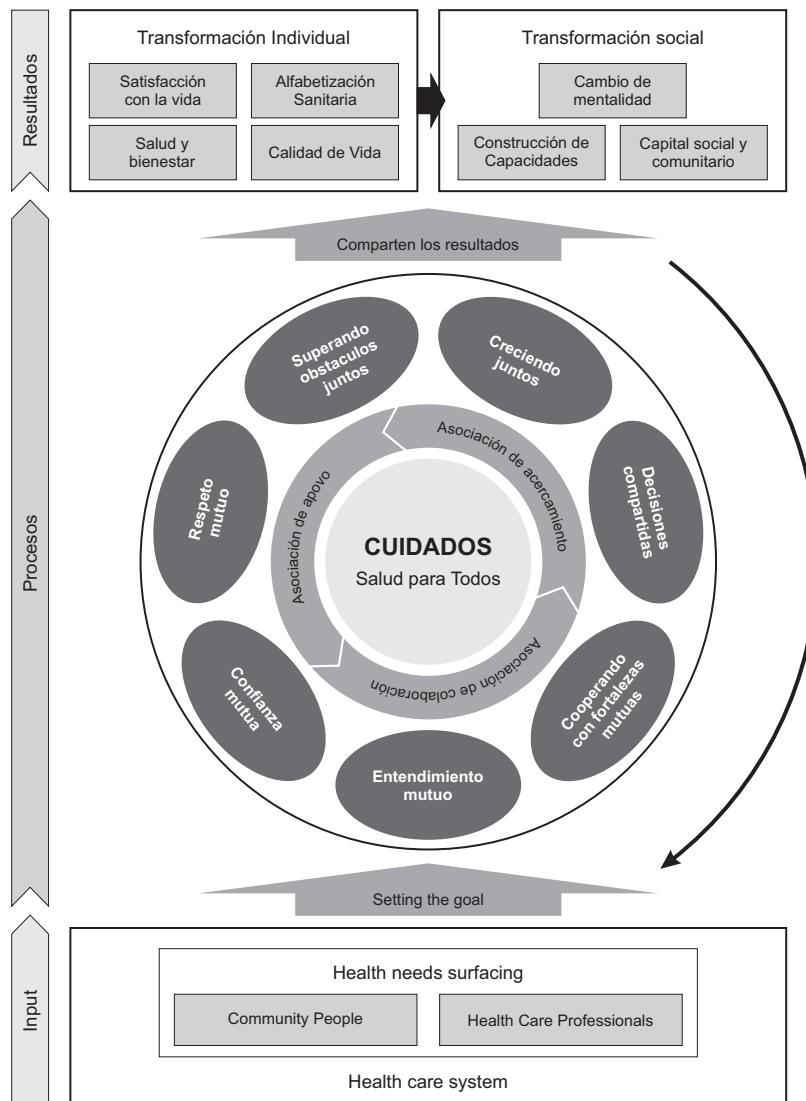


Figura 1 - Modelo de Alianzas de Cuidados Centrados en las Personas

## Discusión

En este estudio, los autores desarrollaron un modelo de alianza para los CCP a través de una búsqueda en la literatura y evaluación de los proyectos CCP. El modelo de asociación para CCP se estructuró siguiendo los flujos de entrada, proceso y resultado. El proceso incluye tres tipos de asociaciones. Los nueve atributos de estas asociaciones fueron identificados de la siguiente manera: el establecimiento de objetivos, el respeto mutuo, la confianza mutua, la comprensión mutua, la toma de decisiones compartida, la cooperación con las fortalezas mutuas, la superación de obstáculos juntos, el crecimiento conjuntos y el intercambio mutuo de los resultados. En el resultado, la transformación se produce en las necesidades de salud individuales y las necesidades sociales. Estos elementos muestran una similitud con otros resultados previos<sup>(24)</sup>, lo que sugiere que la actitud, el respeto y la comunicación son las

claves para una alianza entre miembros de la comunidad y los profesionales sanitarios. Hemos encontrado que cuando las personas se convirtieron en los principales actores de su propio cuidado de la salud, esto fortaleció su salud mental y física. Esto debería contribuir a una reducción de los costos médicos crecientes debido a que la asociación con los profesionales de salud puede dar fuerzas a las personas y mejorar su conocimiento sobre la salud y el comportamiento, que posteriormente promoverán su salud.

Como la declaración de la OMS (2015)<sup>(63)</sup> ilustra, el cuadro completo de los CCP incluye una agenda política, mientras que este modelo se centra más en la relación entre las personas y los proveedores de salud, proporcionando un proceso detallado de traducción de contenidos de salud entre las personas y en la sociedad.

Debido a que el envejecimiento es un problema serio y común en todo el mundo desarrollado y está creciendo

de forma muy marcada en los países de medianos y bajos ingresos, se espera que nuestro modelo pueda proporcionar un nuevo formato esclarecedor para las comunidades locales sobre esta cuestión. Sobre la base de su éxito en nuestros proyectos del CC de la OMS, es importante tener en cuenta el nuevo papel de las universidades de enfermería para proporcionar no sólo educación sino también los servicios de enfermería de la comunidad, donde cualquier persona pueda comentar sobre sus problemas de salud con enfermeras que son conocedoras de la evidencia científica. Los CCP estimulan el crecimiento y desarrollo de los miembros de la comunidad hasta un punto en que ellos entienden que son los responsables de mantener y mejorar su propia salud. Las enfermeras son considerados agentes de cambio para el cuidado de la salud, y se considera que estas técnicas de enfermería: tejer alianzas con miembros de la comunidad y cambios de atención de la salud, son prácticas avanzadas de enfermería; estos nuevos roles surgieron como respuesta a los problemas de salud de las personas y de las políticas sociales de salud externas.

El siguiente paso de este estudio es desarrollar herramientas de evaluación para medir la forma en que el modelo de alianzas para los CCP puede crear transformaciones sociales. Al mismo tiempo, como la literatura y proyectos provienen en su mayoría de los casos de los países desarrollados, es necesario evaluar la aplicabilidad de este modelo en los países en desarrollo.

Los sistemas de salud en una sociedad que envejece deben ser sostenibles, fuertes e integrales. Es esencial que tengan suficientes recursos humanos para conseguir que miembros de la comunidad puedan formar alianzas con las enfermeras. La cooperación con las enfermeras y el respeto mutuo va a mejorar la calidad de vida y la dignidad. La comprensión de este nuevo papel de las alianzas permitirá una implementación exitosa y las competencias en el liderazgo de enfermería para garantizar la contribución de la enfermería a la CUS<sup>(4)</sup>.

## Conclusión

En resumen, este estudio desarrolló un modelo de alianzas para los CCP que hace hincapié en la participación activa de las personas en el cuidado de su salud y en el nuevo papel de la enfermería de práctica avanzada. El modelo de alianzas para los CCP tiene como objetivo hacer frente a diversos problemas sociales y de salud en miembros de la comunidad y en sus familias, la creación de nuevos valores relativos a la salud y la formación de un sistema social que garantice la calidad de vida y el capital social durante el proceso de creación de alianzas

entre los miembros de la comunidad de todas las edades para hacer sostenible la CUS.

## Referências

1. Barton TD, Bevanet L, Mooney G. Advanced nursing I: the development of advanced nursing roles. *Nurs Times*. 2012;108(24):18-20.
2. Barton TD, Bevanet L, Mooney G. Advanced nursing 2: a governance framework for advanced nursing. *Nurs Times*. 2012;108(25):22-4.
3. Barton TD, Bevanet L, Mooney G. Advanced nursing 3: what does the future hold for advanced nursing? *Nurs Times*. 2012;108(26):19-21.
4. Mendes IAC, Ventura CAA, Trevizan MA, Marchi-Alves LM, Souza-Junior VD. Education, leadership and partnerships: nursing potential for Universal Health Coverage. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24:e2673. doi: 10.1590/1518-8345.1092.2673.
5. World Health Organization [Internet]. Geneva: Global status report on noncommunicable disease 2014; 2015 [Access 2014 June 1]. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
6. World Health Organization [Internet]. Geneva: What is universal health coverage? 2014 [Access 2014 December]. Available from: [http://www.who.int/features/qa/universal\\_health\\_coverage/en/](http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/)
7. United Nations [Internet]. New York: Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015; 2015 [Access 2015 October 21]. Available from: <http://www.ipu.org/splz-e/unga16/2030-e.pdf>
8. St. Luke's College of Nursing. St. Luke's College of Nursing 21st Century Center of Excellence (COE) Final Report. Tokyo: St. Luke's College of Nursing; 2008.
9. World Health Organization [Internet]. Geneva: People at the Centre of Care ; 2016 [Access 2016 February 27]. Available from: [http://www.wpro.who.int/health\\_services/people\\_at\\_the\\_centre\\_of\\_care/definition/en/](http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/definition/en/)
10. St. Luke's International University World Health Organization Collaborating Center for Nursing and Midwifery. 2014 Annual Report: Development in People-Centered Nursing Care at St. Luke's International University PCC Research Department. Tokyo: St. Luke's International University; 2015.
11. Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. 2015 Abridged life table [Internet]. Tokyo: Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare ; 2015 [Access 2015 July 30]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life14/dl/life14-15.pdf>
12. Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. International Comparison of longevity [Internet]. Tokyo: Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare ; 2013

- [Access 2013 August 3]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life10/03.html>
13. Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. Policy information , Annual Health, Labour, and Welfare Report 2011-2012 [Internet]. Tokyo: Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare; 2012 [Access 2012 September 6]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/02e.pdf>
  14. Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. Survey of Medical Expenses [Internet]. Tokyo: Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare; 2015 [Access 2015 May 14]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken03/06.html>
  15. Japanese Ministry of Internal Affairs and Communication. 2015. Japan's elderly from the statistics [Internet]. Tokyo: Japanese Ministry of Internal Affairs and Communication; 2015 [Access 2015 September 20]. Available from: <http://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics90.pdf>
  16. Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. The state of older adults with dementia [Internet]. Tokyo: Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare; 2014 [Access 2014 November 19]. Available from: [http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000065682.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000065682.pdf)
  17. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Focus on qualitative methods qualitative metasynthesis: issues and techniques. *Research in Nursing & Health*. 1997; 20:365-71.
  18. World Health Organization Western Pacific Region. People-Centred Health Care: A policy framework. Geneva: World Health Organization Western Pacific Region; 2007 [Access 2007 September 14]. Available from: [http://www.wpro.who.int/health\\_services/people\\_at\\_the\\_centre\\_of\\_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf](http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf)
  19. Kamei T, Kajii F, Kawakami C, Hasegawa M, Sugimoto T. Six Month Outcomes of an Innovative Weekly Intergenerational Day Program with Older Adults and School-aged Children in a Japanese Urban Community. *Jpn J Nurs Sci*. 2010 December 9;8(1):95-107. doi: 10.1111/j.1742-7924.2010.00164.x.
  20. Kamei T, Kajii F, Yamamoto Y, Irie Y, Kozakai R, Sugimoto T, et al. Effectiveness of a home hazard modification program for reducing falls in urban community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci*. 2014 September 12;12(3):184-97. doi: 10.1111/jjns.12059.
  21. Suzuki Y, Omori J, Sakai M, Anzai H, Kobayashi M, Miyazaki T, et al. "Partnership in Community Health Activities" in Japan: Concept Analysis. *J Jpn Acad Comm Health Nurs*. 2009 October 30;12(1):44-9. Japanese.
  22. Mäenpää T, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Family-School Nurse Partnership in Primary School Health Care. *Scand J Caring Sci*. 2012 May 23; 27(1): 195-202. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01014.x.
  23. Zeldin S, Krauss SE, Collura J, Lucchesi M, Sulaiman AH. Conceptualizing and Measuring Youth-Adult Partnership in Community Programs: a Cross National Study. *Am J Commun Psychol*. 2014 December;54(3-4):337-47. doi: 10.1007/s10464-014-9676-9.
  24. Lee P. What Does Partnership in Care Mean for Children's Nurses?. *J Clin Nurs*. 2007 Mar; 16(3): 518-26. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01591.x.
  25. Graham IW. (2007). Consultant Nurse-Consultant Physician: A New Partnership for Patient-centred Care? *J Clin Nurs*. 2007 Oct; 16(10): 1809-17. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01816.x.
  26. Takeda J. Theory and Practice of Community-Based Participatory Research. Kyoto: Sekaishisousha; 2015. 272 p.
  27. Butt G, Markle-Reid M, Browne G. Interprofessional Partnerships in Chronic Illness Care: a Conceptual Model for Measuring Partnership Effectiveness. *Int J Integr Care*. 2008 May 15; 8:1-14.
  28. Yamada M. People-Centered Care; Concept Analysis. *J St. Luke's Society for Nurs Res*. 2004 April 23;8(1): 22-8. Japanese.
  29. Komatsu H. Nursing for People-Centered Initiatives in Health Care and Health Promotion. Tokyo: Medical Friend. Co. Ltd.; 2004 January. 49-54. (Kango tenbou; Vol. 29, no. 1). Japanese.
  30. Hishinuma M, Kawagoe H, Matsumoto N, Arahata T, Ishikawa M. Health Information Service to the People at St. Luke's College of Nursing: A Trial of "LUKENAVI". *Bulletin of St. Luke's College of Nursing*. 2005 March; 31: 46-50. Japanese.
  31. Hishinuma M, Tashiro J, Mori A, Naruse K, Mizuno E, Sakai Y. Development of Nursing Practice Models Related to Health Transition. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2005 June 20; 9(1):67-75. Japanese.
  32. Komatsu H, Nagae H, Ohta K, Yokoyama Y, Arimori N, Kawagoe H. Essence of People-Centered Care that binds St. Luke's College of Nursing COE International Relay Symposia. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2005 June 20; 9(1): 76-83. Japanese.
  33. Arimori N, Komatsu H, Nagae H, Ohta K, Yokoyama Y, Kawagoe H. Aspect of "People-Centered Care" Viewed through the Planning and Organization of a Series of Symposia. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2005 June 20;9(1): 84-9. Japanese.
  34. Komatsu, H. People-centered Initiatives in Health Care and Health Promotion. *Jpn J Nurs Sci*. 2004 July 22;1(1): 65-8. doi: 10.1111/j.1742-7924.2004.00011.x.



35. Hishinuma M, Matsutani M, Tashiro J, Yokoyama M, Nakayama H, Sakyo Y, et al. Development of a Health Education Program for Five-year-olds: "Let's learn about our body!" —The Process of Research Aiming to Promote People-centered Care—. *Bull St. Luke's Coll Nurs*. 2006 March 1; 32: 51-8. Japanese.
36. Hishinuma M, Matsumoto N, Tokuma M, Arahata T, Ishikawa M, Takahashi K et al. Citizens' Health Problems and Responses of Nursing Staff according to Health Counseling Service Provided by a College of Nursing. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2006 June 20;10(1): 38-45. Japanese.
37. Komatsu H, Murakami Y, Matsuzaki N, Tomita M, Ichikawa W, Tonosaki A, et al. For Taking Initiative in Our Own Healthcare: Patient-Centered Approaches to Breast Cancer Team Care. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2006 June 20;10(1):61-7. Japanese.
38. Eto H, Horiuchi S, Sakyo Y, Ichikawa W, Kajii F, Yamazaki Y, et al. Synchronizing the Essence of People-Centered Care and Experiences of Women with Wisdom and Courage. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2006 June 20;10(1):68-74. Japanese.
39. Komatsu H. Mid-term Report on St. Luke's College of Nursing's 21st Century Center of Excellence Program: Core Elements and Specific Goals of People-Centered Care. *Jpn J Nurs Sci*. 2006 June 14;3(1):71-6. doi: 10.1111/j.1742-7924.2006.00050.x.
40. Matsutani M, Hishinuma M, Sakyo Y, Nakayama H, Yamazaki Y, Okubo N, et al. Evaluation of a Health Education Program for Five-year-olds: "Let's learn about our body: Digestive System". *Bull St. Luke's Coll Nurs*. 2007 March;33:48-54. Japanese.
41. Tashiro J, Omori J, Hirabayashi Y, Asahara K, Matsutani M, Hishinuma M, et al. Concept and Implementation of Service Learning at the Two Universities in the United States—Report of Observation Surveys and a Workshop of University of Wisconsin, Eau Claire and University of Washington—. *Bull St. Luke's Coll Nurs*. 2007 March;33:68-73. Japanese.
42. Kamei T, Kajii F, Yamada T, Kawakami C, Kushihiro W, Sugimoto T, et al. Outreach Program to Prevent Falls and Fractures among Urban Elderly: Evaluation of Two Years' Experience. *Bull St. Luke's Coll Nurs*. 2007 March;33:74-84. Japanese.
43. Takahashi K, Hishinuma M, Matsumoto N, Kanazawa J, Ishikawa M, Yoshikawa N, et al. Characteristic of the Users of Health Consultation Service Offered by a Nursing College. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2007 June;11(1): 90-9. Japanese.
44. Sakyo Y, Matsutani M, Yamazaki Y, Nakayama H, Okubo N, Ishimoto A, et al. The Developing Process of People-centered Care in Relay Symposium: The Report of St. Luke's College of Nursing 21st Century COE Program 7th International Relay Symposium "Let's Learn about Our Body with Children!" . *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2007 June;11(1):116-24. Japanese.
45. Komatsu H. Five Years Activities of St. Luke's College of Nursing 21st Century COE Program: Creation of People-Centered Care. *Jpn J Nurs Sci*. 2008 November 20;5(2): 137-42. doi: 10.1111/j.1742-7924.2008.00110.x.
46. Okubo N, Matsutani M, Tashiro J, Iwanabe K, Imai T, Gotoh K, et al. Examining the Outcome Measures of the Program for Preschool Age Children "Knowing Our Body". *Bull St. Luke's Coll Nurs*. 2008 March; 33: 36-45. Japanese.
47. Komatsu H. Process of Developing People-Centered Care. *Jpn J Nurs Sci*. 2008 October 6;5(2):117-22. doi: 10.1111/j.1742-7924.2008.00104.x.
48. Okubo N, Hishinuma M, Takahashi K, Uchida C, Ishikawa M, Matsumoto N, et al. Evaluation of Health Education Program for Active Citizens. *Bull St. Luke's Coll Nurs*. 2008 March; 34: 55-61. Japanese.
49. Arimori N, Eto H, Omori J, Asahara K, Komatsu H, Kawakami C, et al. Strategic Practices for People-Centered Care Part I—Types of Partnership—. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2009 July 31; 13(2): 11-6. Japanese.
50. Omori J, Arimori N, Eto H, Asahara K, Komatsu H, Takahashi K, et al. Strategic Practices for People-Centered Care Part II—Outcomes that Grow along with Activities—. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2009 July 31; 13(2): 17-24. Japanese.
51. Goto K, Hishinuma M, Matsutani M, Okubo N, Setoyama Y, Yasugashira N, et al. The Effectiveness of CBPR in the Process of "Knowing Our Body" Project — Focusing on the Coalition of People—. *J St Luke's Soc Nurs Res*. 2009 July 31;13(2): 45-52. Japanese.
52. Ishikawa M. The Medical and Health Information Service Open to 'Passers-by' Provided by a College of Nursing. *Nurs Inform*. 2010 March 29;17: 35-40. Japanese.
53. Asahara K, Arimori N, Omori J, Sakyo Y, Tonosaki A, Hirose K, et al. FY2011 Curriculum Revision at St. Luke's College of Nursing. *Bull St Luke's Coll Nurs*. 2012 March;38:52-7. Japanese.
54. Takahashi K, Hishinuma M, Yamada M, Sato K, Arimori N, Manabe M, et al. Evaluation of the Activity for Health of the Local Community: LUKANAVI Health Navigation, Managed by St. Luke's College of Nursing. *Bull St Luke's Coll Nurs*. 2013 March;39: 47-55. Japanese.
55. Jitsuzaki M, Mori A. Report on 'Lukako Women's Health Cafe' Provided by St. Luke's College of Nursing and TERUMO Corporation. *Bull St Luke's Coll Nurs*. 2013 March; 39:56-60. Japanese.
56. Yoshino M, Arita M. Commitment to Elementary-aged Children with Down Syndrome and Their Parents. *Pediatric Nurs*. 2013 September 15;36(10):1349-54. Japanese.

57. Sato N, Takahashi K, Arimori N, Yamada M, Hishinuma M, Sato K. Activity Evaluation from a First Time Participant's Questionnaire of "Lunch Time Open Lecture on Health and Music Concert for the Public". Bull St Luke's Coll Nurs. 2014 March;40:118-21. Japanese.
58. Takahashi K. Growth and Awareness of the Nurses from Self-Reflections as a Health Counselor for the General Public. Bull St Luke's Int Univ. 2015 March;1:12-9. Japanese.
59. Takahashi K, Arimori N, Tashiro J. Congress Attendance Report for WHOCC Nursing and Midwifery Global Network Scientific and General Meetings 2014 in Portugal. Bull St Luke's Int Univ. 2015 March; 1:118-22. Japanese.
60. Hishinuma M, Takahashi K, Matsumoto N, Yamada M, Indo K, Ishikawa M, et al. Nurses' Health Consultation Patterns and the Visitor's Satisfaction at a Free Community Health Consultation Center. J St. Luke's Soc Nurs Res. 2015 July;19(1):11-8. Japanese.
61. Gottlieb L, Feeley N, Dalton C. The Collaborative Partnership Approach to Care: A delicate balance. Tokyo: Elsevier Japan; 2007. 221 p. English, Japanese.
62. St. Luke's International University Annual Report 2015: Report of Research Center of People-Centered Care development. Tokyo: St. Luke's International University; 2016. In press.
63. World Health Organization. Tracking universal health coverage: First global monitoring report. Geneva: Department of Health Statistics and Information Systems; 2015 [Access 2015 June] Available from: [http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2015/en/](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/)

Recibido: 1.5.2016

Aceptado: 12.7.2016

---

Correspondencia:

Tomoko Kamei  
St. Luke's International University, Graduate School of Nursing  
10-1, Akashi-chou  
Bairro: Chuo-ku,  
CEP: 104-0044, Tokyo, Japan  
E-mail: kamei@slcn.ac.jp

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.