



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**MODELO DE CUIDADOS PROGRESIVOS
¿UTOPIÍA O REALIDAD?**

Tesis presentada como parte de
los requisitos para optar al grado
de Licenciado en Enfermería

PATRICIA ARAVENA CARRASCO
PAULINA MELLA NEIRA
VALDIVIA – CHILE
2008

Profesor Patrocinante:

Nombre : Ricardo Alexis Ayala Valenzuela
Profesión : Enfermero
Grados : Magíster (c) en Educación, políticas y Gestión Educativas
Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

Profesores Informantes:

1) – Nombre : Sra. María Julia Calvo Gil.
- Profesión : Enfermera y Matrona.
- Grados : Magíster en Bioética, Magíster (c) en Filosofía.
- Instituto : Enfermería
- Facultad : Medicina
- Firma :

2) - Nombre : Maria Cristina Torres Andrade
- Profesión : Enfermera y Matrona
- Grados : Magíster en Desarrollo Rural.
- Instituto : Salud Pública
- Facultad : Medicina

- Firma :

Gracias a Dios por su fortaleza, a mi esposo por su amor, por levantar mis brazos cuando estaban apunto de caer, a mis padres y hermanas por su apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida y a Consuelito que fue el gran incentivo para lograr esta meta...

Patricia

Para mis padres y hermana que me dieron la confianza en mi misma y han sido un apoyo constante para realizar uno de los anhelos de mi vida, a mi pololo por su cariño y comprensión durante todos estos años...

Paulina

INDICE

Capítulos	Página
RESUMEN	5
SUMARY	7
1. INTRODUCCIÓN.	9
2. MARCO TEÓRICO.	11
3. OBJETIVOS.	19
4. METODOLOGÍA	20
5. RESULTADOS	24
6. DISCUSIÓN	35
7. CONCLUSIONES	39
8. REFERENCIAS.	41
9. ANEXOS	43

RESUMEN

El entorno altamente competitivo imperante en la actualidad, exige a las empresas de servicios de salud adoptar modelos de asistencia y gestión que les permitan subsistir a los constantes cambios esta condición impone.

Los servicios de enfermería han buscado un modelo que, junto con satisfacer las demandas de los pacientes, logre traducir las actividades de enfermería a términos de gestión, ofrecer una herramienta que identifique el perfil del enfermo que atiende, y definir el nivel y categoría del personal requerido para su cuidado.

La presente investigación es un estudio de enfoque mixto de tipo Cualitativa – Cuantitativa, no experimental, sino descriptivo. Pretende obtener una aproximación a las creencias, actitudes y vivencias de las enfermeras pertenecientes a una unidad clínica respecto a implementación del Modelo de Cuidados Progresivos.

Como mecanismo de obtención de la información necesaria para esta investigación, fue diseñado un instrumento de recolección de datos generales, actitudes y creencias. Fue aplicado a enfermeras de un Servicio Clínico en un Hospital del Sur de Chile. Para complementar los resultados obtenidos se realizó una entrevista semi estructurada que posteriormente fue sometida a un análisis fenomenológico.

En las opiniones entregadas por las enfermeras, se constató que existe disconformidad respecto a la forma en que se implementó el modelo, su escasa difusión y la deficiente preocupación manifestada para evaluar la recepción de la información entregada. Las entrevistadas consideran inadecuado el Modelo de Cuidados en relación al desarrollo cultural de este país, donde los servicios no están preparados para implementarlo: el personal de enfermería está enmarcado en el servicio que se desempeña y la infraestructura no cumple con los requisitos para que esto sea efectivo.

Por otro lado, el grupo entrevistado fue categórico al señalar que con el nuevo modelo no se promueve el reconocimiento del trabajo de enfermería, ni tampoco existen mejoras en la calidad de la atención.

Al analizar las actitudes de los profesionales, se aprecia la disposición para cambiar el antiguo modelo, sin embargo, reconocen un déficit de información acerca del tema, motivo que explica el escaso conocimiento existente, situación que, al invertirse, podría contribuir al desarrollo profesional, ampliando las áreas en que se desenvuelve, permitiéndole, de esta manera, brindar una mejor atención al paciente.

Por último, también se aprecia la necesidad de mejorar la difusión del Modelo de Cuidados Progresivos en el establecimiento, a fin de perfeccionar la aplicación e implementación de éste en los distintos servicios.

SUMMARY

Nowadays, health service businesses, in order to survive in the process of change of this highly competitive field, should adopt models of patient care and management that will permit them advantages in the future.

Nursing services have searched for a model that along with satisfying the demands of patients, translates the activities of nursing in terms of management, offers a tool that identifies the profile of the patient being attended, and is capable of defining the level and type of treatment personnel required for the patient's care.

The following investigation is a study with a mixed focus of qualitative and quantitative type, not experimental but descriptive. It seeks to obtain an approximation of the beliefs, attitudes, and experiences that the nurses of a clinical unit have regarding the implementation of the Model of Progressive Care

To obtain the necessary information, a testing instrument was designed to collect general data, attitudes and beliefs, which was given to nurses at a Service Clinic in a Hospital of the South of Chile. To complement the results obtained, a semi-structured interview was also conducted with posterior phenomenological analysis.

In exploring the opinions of nurses, there is a disconformity with the manner in which the model was implemented, lack of diffusion of the model and little preoccupation to evaluate the reception of information given, which leads to the consideration that the model of progressive care is inadequate for the cultural development of this country because services are not prepared to implement it, the nursing personnel are marked in the service that they give and the infrastructure does not comply with the requisites in order to be effective.

Also, the group categorically signals that with the new model there is no greater recognition of the work of nursing; therefore, the quality of patient care does not appear benefited.

By analyzing the attitudes of professionals one can see the disposition to change the old model, but recognizes that little information exists about this topic, which leads to the rare knowledge of the same. However, the augmentation of knowledge is valued, because it

contributes to the professional development and permits the amplification of areas in which it is implemented, bringing better care to the patient.

In conclusion, we can state the necessity of bettering the diffusion of the Model of Progressive Care in the establishment, with the goal of perfecting the application and implementation of this model in different services.

1. INTRODUCCIÓN

Previo a considerarse una profesión propiamente tal, la enfermería, ha requerido el paso por distintos estados de desarrollo marcados por cada uno de los acontecimientos históricos de la humanidad que han llevado la ocupación desde el cuidado doméstico a la profesionalización.

En la actualidad, la enfermería, es considerada como una disciplina diferenciada de otras profesiones del área de la salud, con identidad propia y respaldos científicos que avalan sus acciones. Poco a poco, en conjunto con la evolución de la profesión, la salud ha vivenciado diversos cambios concretizados en diferentes modelos que apuntan a mejorar la atención, haciendo más eficiente el trabajo del equipo de salud, logrando entregar un grado mayor de satisfacción a los usuarios que reciben estos servicios.

Con el proceso de reforma de salud llevada a cabo en nuestro país, la gestión de las instituciones asistenciales públicas busca mejorar su eficiencia, efectividad, calidad y seguridad en los servicios brindados a la comunidad, naciendo de esta motivación el nuevo modelo de atención en salud de “Cuidados Progresivos”, cuyos beneficios pueden ser el hecho de facilitar la desmedicalización de enfermería, valorar con mayor integralidad el estado de salud del enfermo, movilizar los recursos necesarios para su recuperación, realizar mediciones objetivas de cargas de trabajo para el personal, mejorar la equitatividad en la distribución de tareas y aprovechar las habilidades individuales del personal. (Ayala, 2006)

Considerando la gradualidad característica de lo procesos, puede afirmarse que para evaluar la implementación de nuevos modelos, especialmente cuando requieren grandes cantidades de recursos humanos y materiales, la apreciación de resultados no será efectiva sino hasta transcurrido un período de tiempo considerable a partir de la instauración de las nuevas medidas y mecanismos. Sin embargo, pueden conocerse las vivencias de las personas que están más relacionadas con el Modelo de Cuidados Progresivos: los profesionales de enfermería.

El Modelo de Cuidados Progresivos comenzó a implementarse en el mes de abril de 2007 en algunos servicios del Hospital Regional de Valdivia, lugar desde el cual se realizará una aproximación respecto a su implementación, a partir de las actitudes, creencias y vivencias de las enfermeras que trabajan en el hospital, tomando en cuenta sus opiniones sobre el funcionamiento y el grado de disposición que declaran al incorporar el nuevo modelo a su quehacer profesional.

Finalmente, cabe mencionar que la realización de esta investigación ha sido motivada por diversas razones. Una de ellas es que representa un tema contingente y actual, considerando el corto tiempo transcurrido a partir de la implementación del modelo ya señalado. Por otro lado, aborda una veta de investigación poco desarrollada hasta el momento, lo que convierte a la presente en un aporte útil e innovador puesto que es el cambio más potente para la enfermería en los últimos 50 años y que lo marcaran por 50 años más.

2. MARCO TEORICO

De acuerdo al Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Las funciones esenciales de la enfermería abarcan la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

Sin embargo, no siempre la enfermería se consideró una profesión. La evolución histórica de los cuidados de enfermería se inicia con la “*Etapa Doméstica*” (Martínez, 2001) que abarca tanto los tiempos remotos y las sociedades arcaicas (Babilonia, el pueblo hebreo, Egipto, India, China y el Nuevo Mundo) como el mundo clásico (Grecia antigua y Roma), en este, la mujer en cada hogar es la encargada en este proceso de la vida.

El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio, a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestuario y, en general, todas las medidas que hacen la vida más agradable, algunas de las cuales actualmente se consideran y denominan cuidados básicos.

Posteriormente, con la aparición del cristianismo, la salud adquirió una nueva interpretación. La sociedad cristiana de la época atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de Dios. En este estudio, la pasa por una “*Etapa Vocacional*” (Martínez, 2001) donde los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo realmente importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado de los enfermos, menesterosos, y necesitados, por lo tanto, la practica de enfermería vista desde esta perspectiva no requería ningún tipo de preparación, a excepción de la formación religiosa.

Tras de un largo período de transición, conocido como “*Etapa Oscura de la Enfermería*” (Martínez, 2001), por las circunstancias que dieron lugar a esta denominación, se fue abriendo paso en forma progresiva a la “*Etapa Técnica*” (Martínez, 2001), que se sitúa en la época donde la salud era entendida como lucha contra la enfermedad. En este contexto se fomentó la concentración de todos los recursos sanitarios para la atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales, instituciones que constituían en único dispositivo asistencial.

La enfermera técnica centra su atención en el enfermo como sujeto de una enfermedad, debido al arraigado paradigma de esta etapa: salud como ausencia de enfermedad.

Impulsado por la aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes político-religiosos, en diciembre de 1997 mediante reforma del artículo 113 del Código Sanitario se incorpora la Enfermería como profesión en el Código Sanitario de Chile.

La concepción de salud como ausencia de enfermedad, ha mudado a un concepto más completo que define la salud como un proceso integral, ya no como un estado. La actual comprensión de la salud como “equilibrio entre los individuos y su ambiente” cambia la orientación del cuidado enfermero, entendiéndose como el conjunto de actividades enmarcadas en un sistema conceptual y utilizando una metodología de trabajo propia de la disciplina, situación que ha hecho a las enfermeras ampliar el campo de acción que les era propio: el lado de la cama del enfermo. En la actualidad, el cuidado del enfermo integra un conjunto de actividades para propiciar un mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos en su entorno.

Desde que Nightingale estableció como necesidad la formación específica de las enfermeras, hasta las décadas cincuenta y sesenta del siglo XX, se produce una interrupción en el desarrollo de la disciplina enfermera. A partir de estos años surgen enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson, que inician estudios sobre los contenidos teóricos de la enfermería. Al mismo tiempo, enfermeras docentes, entre las que cabe destacar a Ida J. Orlando, quienes describen los métodos de trabajo propios de la actividad profesional, citado en Marriner (1994).

Stewart (1925), citado en Echeverri & Vélez (2005): expresa que “corazón, manos y cabeza - alma, habilidad y ciencia - se fueron uniendo firmemente para asentar los poderosos cimientos de la enfermería moderna”, cimientos que hoy la profesión concibe como aspectos ético - legales, científico- técnicos y prácticos”.

Por otra parte, adoptando los valores y creencias de D. Orem, la enfermería se define de forma genérica como “conjunto de conocimientos organizados para prestar un servicio de ayuda a personas que son total o parcialmente dependientes, cuando ellos o personas responsables de su cuidado ya no son capaces de prestar o supervisar el mismo”, citado en Marriner (1994).

La palabra enfermería cuenta con una nueva definición en la vigésimo segunda edición del Diccionario de la Lengua Española, publicado en el mes de octubre por la Real Academia: “profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas”.

En la actualidad, las organizaciones profesionales han definido la enfermería desde el aspecto de la práctica profesional. Destaca la definición propuesta por la Asociación Americana de Enfermería (ANA), que en 1980 describió el ejercicio profesional como “el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales.”

La práctica de enfermería se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud" (Kérouac, 1996, citado por Zárate 2004). Por lo tanto, "la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona" (Diers, 1986; citado por Zárate 2004). La práctica profesional de enfermería incluye brindar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas.

Con frecuencia el cuidado es invisible, como expresa Collière (1986), citado por Zárate (2004), cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones invisibles. Para cuidar en el sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es limitado: "tiempo". Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación.

Meleis (1989); citado por Zárate (2004) advierte que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería a partir de lo anterior Kérouac (1996); citado por Zárate (2004) define la gestión del cuidado enfermero como "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud".

El rol de la enfermera responsable de la gestión de los cuidados consiste en apoyar al personal que otorga cuidados. La gestión de los cuidados va dirigida a alcanzar el objetivo que

busca la práctica de enfermería. Esta gestión, como proceso, recurre a la creatividad, la indagación y la transformación. En este sentido se considera heurística.

La contribución de la enfermera jefe responsable de la gestión en enfermería es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos, ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y dentro de éste buscar alternativas con un enfoque de gestión que apunte a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

Parafraseando a Kérouac, el cuidado comprende tanto aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, como elementos técnicos, que no pueden ser separados al momento de brindar los cuidados. El significado del cuidado, en cuanto a intención y meta que se persigue, debe estar identificado tanto para quien lo otorga como para quien lo recibe. (Morse, Solberg et al., 1990; Pepin, 1992; Benner, 1989; citados por Kérouac, et. al, 1996). Por lo tanto, la práctica de enfermería se abarca un plano que va más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera. Implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Meleis (1988); citado por Zárate (2004) sostiene que la dirección de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita de la disciplina de enfermería con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes, su familia y al personal. La dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados enfermeros, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería.

Desde los inicios de la década del 70, los investigadores han tratado de idear sistemas capaces de medir en forma objetiva, reproducible, fiable y sensible, las actividades del personal dedicado a la atención de pacientes. Los primeros esfuerzos corresponden al equipo dirigido por Cullen, que en 1974 publica la primera versión del Índice de Puntuación de Interacciones Terapéuticas (TISS), sistema utilizado en algunas unidades de tratamiento intensivo para calificar la gravedad de los pacientes atendidos en esas unidades. Esto ha permitido la comparación en recursos tecnológicos y humanos entre áreas de atención de pacientes críticos.

En octubre de 2006, el Ministerio de Salud y el Colegio de Enfermeras de Chile firman Protocolo de Acuerdo en relación a la Gestión del Cuidado de Enfermería, abriendo un nuevo escenario gremial y profesional a las enfermeras de todo el país. El Modelo de Asignación de Personal de Enfermería (MAPE) se basará en el método de categorización de pacientes por dependencia y riesgo desarrollado por el Servicio de Enfermería del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile en 1995 y replicado desde entonces en numerosos hospitales públicos y privados del país, y en la complejidad de tratamiento médico, basada en el uso del sistema de clasificación de egresos hospitalarios utilizando los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD's).

En 1958, Orem, una de las primeras teóricas de la enfermería, planteó en su teoría del Autocuidado los siguientes conceptos y definiciones que se asemejan al nuevo modelo de cuidados progresivos, puesto que, incluye aspectos que son tomados en cuenta cuando se aplica la categorización de los clientes. Estos conceptos son el de autocuidado y sus requisitos.

Según Orem(1958) “El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo, es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar”.

Los requisitos del autocuidado son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado. Se desglosan en 3 categorías: los requisitos universales del autocuidado, comunes para todos los seres humanos y que incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana; los requisitos del autocuidado relativos al desarrollo que promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos; y los requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud, la cual muestra que en situaciones de enfermedad o lesión, las necesidades de autocuidado surgen tanto del estado patológico, como de los procedimientos utilizados para su diagnóstico o su tratamiento.

En base a lo anteriormente señalado, Orem establece 3 sistemas de enfermería:

- Sistema de enfermería totalmente compensadora, en el que el paciente tiene incapacidad total para realizar actividades, las cuales son compensadas por la enfermera.
- Sistema de enfermería parcialmente compensadora, donde que la enfermera, como el paciente realiza medidas de asistencia y otras actividades para el autocuidado.
- Sistema de apoyo educativo, en el cual el paciente es capaz de realizar o puede y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico, pero que no puede realizarlo sin ayuda.

En el método descrito, se analizan las demandas de cuidados directos, categorizándolos según grado de dependencia y nivel de riesgo. Para categorizarlos se seleccionan los cuidados que implican riesgo y dependencia más útiles para la toma de decisiones de las enfermeras y se agrupan en universales o básicos y terapéuticos, de acuerdo a las necesidades que satisfacen.

La categorización de usuarios ofrece un método que mide las actividades de enfermería más frecuentes que se realizan en cualquier servicio clínico, con las variaciones generadas por las demandas de los pacientes, independiente del nivel de complejidad del cuidado y de la etapa de ciclo vital en que se encuentre. Esto constituye su principal aporte, al poder medir con el mismo instrumento la presión asistencial de las diferentes unidades asistenciales y las cargas de trabajo de enfermería

El grado de dependencia se identifica a través de la valoración de cuidados universales preseleccionados, con las acciones programadas y proporcionadas. Se seleccionan tres grupos de cuidados universales, para medir la dependencia de los usuarios prácticas de confort, alimentación y eliminación.

El nivel de riesgo se identifica a través de la valoración de cuidados terapéuticos preseleccionados, que se requieren en situación de desviación de salud. Se eligen tres grupos de cuidados terapéuticos, que permiten medir indirectamente el riesgo de los pacientes, medición de parámetros, intervenciones profesionales multidisciplinarias y procedimientos de enfermería.

Los cuidados universales y terapéuticos preseleccionados, se valorizan utilizando el plan de atención como índice de valor predictivo de las demandas de cuidados, junto al instrumento de categorización, que contiene la tabla con puntajes que identifica la dependencia y el riesgo de los usuarios.

Cruzando las variables dependencia y riesgo se reconocen doce categorías de clientes:

RIESGO	MÁXIMO	ALTO	MEDIANO	BAJO
DEPENDENCIA				
TOTAL	A ₁	B ₁	C ₁	D ₁
PARCIAL	A ₂	B ₂	C ₂	D ₂
AUTOVALENTE	A ₃	B ₃	C ₃	D ₃

El supuesto de este criterio de clasificación de pacientes, corresponde a que los cuidados que se administran, están correlacionados con la mayor cantidad de trabajo que demandan los pacientes de mayor riesgo o los más dependientes. Esto implica que la definición de requerimientos de personal varíe según la categoría del paciente que se atiende.

Los cuidados proporcionados se ordenan en universales, terapéuticos e indirectos o de gestión asistencial, agregando para cada actividad el tiempo definido por el equipo de expertos que utiliza como base la información de los tiempos auto registrados y lo valida con la observación directa de los cuidados en servicios de diversa complejidad.

A pesar de las ventajas que aparentemente trae el implementar este modelo, entre las cuales se encuentra la desmedicalización de la enfermería, valorar al enfermo con mayor integralidad y movilizar los recursos necesarios para su recuperación, entre otros, existen también algunas desventajas entre las cuales es posible mencionar:

- Requiere mucha persistencia y habilidad para consensuar su aplicación.
- No puede prescindir de la integración de otros profesionales no enfermeros.
- Requiere ser reconocido como una práctica institucionalizada para ser puesto en marcha.
- Precisa la fase de categorización, como tarea adicional del enfermero.

(Ayala, R. 2006)

Se puede afirmar que el hecho de implementar este nuevo modelo de atención, implica involucrar al personal a un proceso de cambio.

Un proceso de cambio en un primer momento provoca una cierta angustia porque lo viejo ya no es y lo nuevo no está claro. Las reglas antiguas no deben continuar y las nuevas se están construyendo. La alta administración debe asumir que es hora de mudar, pero para decidir qué y cómo hacerlo debe hacerse un diagnóstico organizacional, que determine el ritmo, la amplitud y las prioridades en la operacionalización del mejoramiento continuo.

(Villalobos y Erdmann, 1996).

Según García (1998) el proceso de cambio implica desaprender pautas establecidas, aprender otras nuevas y hacer que éstas reemplacen a las primeras. Por ello, implica un alto grado de complejidad. El cambio será más costoso cuanto mayor sea su magnitud (por ej. número de trabajadores implicados, importancia relativa de la competencia o habilidad que debe ser cambiada, impacto en creencias valores, etc.) y menor la propensión al cambio en la organización (disposición al cambio en los trabajadores, entendimiento de la necesidad del

cambio, grado de consenso en la dirección, recursos dedicados al cambio, número de cambios simultáneos.

Al considerar que este nuevo modelo de gestión de cuidados es una propuesta innovadora que está comenzando ser implementada en un Hospital del Sur de Chile, surgen interrogantes como ¿Qué opinan las enfermeras acerca de este modelo?, ¿están dispuestas a cambiar el antiguo modelo e incorporarse en este proceso? ¿Consideran factible su implementación?, ¿Cómo consideran los criterios que se emplean al momento de categorizar los usuarios? Por ende, esta investigación fue realizada en una Unidad Clínica de un Hospital del Sur de Chile, posterior a la reciente implementación del modelo descrito. Debido a que ambas investigadoras trabajan en dicha institución, han vivenciado las situaciones sucitadas tras la aplicación de las medidas propias del modelo: indiferenciación de camas y la aplicación de pautas de categorización. Considerando esto, se hace indispensable profundizar en las reacciones, actitudes y vivencias de las enfermeras frente a la situación actual de ambos servicios, en los cuales se ha aplicado la pauta de categorización con mínimas interrupciones, en comparación con otros modelos implementados anteriormente. Y la presencia de un gran flujo de pacientes con distintos niveles de riesgo y dependencia que son atendidos por profesionales que deben ejercer en una especialidad diferente a la que han desarrollado hasta el momento.

Abordar la temática que se plantea, por corresponder a una realidad emergente, constituye una base de conocimientos útil para los tesisas que estén interesados en realizar nuevas investigaciones en torno a él. Por otra parte, resulta enriquecedor debido a que aumenta nuestros conocimientos personales respecto al Modelo de Cuidados Progresivos, plan que finalmente terminará por instaurarse en todos los establecimientos del país.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

- 3.1.1 Lograr una aproximación a las creencias, actitudes y vivencias que las enfermeras de una unidad clínica tienen acerca de la implementación del modelo de Cuidados Progresivos.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1. Identificar las creencias acerca del Modelo de Cuidados Progresivos que poseen las enfermeras que trabajan en una Unidad Clínica en Valdivia.
- 3.2.2. Identificar las actitudes de las enfermeras frente a la aplicación de este nuevo de Cuidados Progresivos en una Unidad Clínica en Valdivia.
- 3.2.3. Conocer las vivencias de las enfermeras frente a la implementación del modelo de Cuidados Progresivos en una Unidad Clínica en Valdivia.

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO.

Considerando el objetivo general se realizó una investigación cualitativa – cuantitativa, no experimental, de tipo descriptiva con enfoque mixto.

Es una investigación descriptiva, ya que se reseñan las características o rasgos del fenómeno objeto de estudio. En esta investigación se caracteriza aquellas variables que definen aspectos relacionados con las creencias, actitudes y vivencias que poseen las enfermeras de una Unidad Clínica en Valdivia respecto al Modelo de Cuidados Progresivos, para luego ser sometido a análisis y describir lo que se investiga. Con respecto al diseño metodológico de la investigación se puede señalar que es de tipo:

El corte no experimental se debe a que en la realización no fue manipulada en forma deliberada, ninguna de las variables, los fenómenos en estudio fueron observados y registrados de forma en que se presentan en su contexto natural, para su posterior análisis.

Puede catalogarse como transversal por tratarse de un estudio efectuado en un corte sincrónico de tiempo, siendo su propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un período determinado.

El enfoque cualitativo tiene como propósito describir e interpretar de manera sensiblemente exacta la vida social y cultural de quienes participan, entendiendo los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor (Taylor y Bogdan, 1986).

De la combinación de los métodos cualitativo y cuantitativo, se obtienen relaciones de reciprocidad y convergencia que van mucho más allá de la simple complementariedad. Estas relaciones de potenciación surgen de la conjugación de ambos métodos no solamente en la recolección de información, sino también en el análisis de los datos. En los diseños de investigación que utilizan la estrategia de triangulación existe una premisa implícita, que consiste en suponer que las limitaciones o debilidades de cada método por separado son automáticamente compensadas o contrabalanceadas por el otro método (Pedersen. 1991).

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

4.2.1. Población

Todas las enfermeras pertenecientes a la unidad de análisis durante el periodo Agosto – Diciembre de 2007.

4.2.2. Criterios de inclusión

Enfermeras que se encuentren trabajando en sistema de cuarto turno en la unidad de análisis, durante el periodo Agosto - Diciembre de 2007. Durante dicho periodo serán aplicados los instrumentos de medición y realizadas las entrevistas.

4.2.3. Criterios de exclusión

Enfermeras que se encuentren trabajando como apoyo entre las 8^{oo} y 17^{oo} hrs. puesto a que corresponden a quienes están desarrollando la presente investigación.

Enfermeras que durante el período de Agosto - Diciembre se encuentren con licencia médica prolongada y/o se encuentren con vacaciones, por la imposibilidad de someterlas a los mecanismos de investigación.

4.2.4. Lugar de desarrollo de la investigación

Este estudio se realizará en dos unidades clínicas en un Hospital público del sur de Chile que cuentan con 32 y 50 camas respectivamente.

4.3. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.3.1. Técnica de recolección de información

Para obtener la información necesaria para esta investigación se realizó un censo en la población de estudio.

Para acceder a la población en estudio las investigadoras se dirigieron a ambos servicios que conforman la unidad, en los cuales se reunieron con las enfermeras jefes para solicitar su autorización para ejecutar la investigación.

La técnica de recolección de información fue de tipo directa a través de la aplicación de un cuestionario autoadministrado por las investigadoras, el cual fue entregado

personalmente a cada uno de los participantes de la investigación, luego se realizaron las entrevistas correspondientes.

4.3.2. Descripción del instrumento de recolección de información.

Consiste en la realización de 24 preguntas divididas en 3 secciones. La primera de las secciones corresponde a datos generales tales como: nombre, edad, tiempo de ejercicio profesional, tiempo de ejercicio profesional en el servicio.

La sección número 2 se compone de 14 preguntas que buscan conocer las opiniones de las enfermeras(os) de los dos servicios acerca del Modelo de Cuidados Progresivos. Las respuestas fueron preestablecidas en casilleros rotulados que contenían las potenciales opiniones que iban desde “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. Los encuestados debieron marcar con una “X” el casillero que se acercaba a su opinión.

La última sección se dirige a las actitudes de las enfermeras(os) frente a la implementación de los cuidados progresivos. Consta de cinco preguntas cerradas debiendo seleccionar SI o NO como respuesta.

En todas las secciones antes mencionadas las respuestas deben ser justificadas.

4.3.3. Validación de instrumento de recolección de información

Este instrumento fue sometido a prueba piloto en tres alumnos que actualmente cursan el último año de la carrera de Enfermería, pertenecientes a la Universidad Austral de Chile. Esta experiencia permitió comprobar que las preguntas planteadas eran comprensibles y las respuestas recibidas otorgaban información adecuada para la realización de nuestro estudio.

4.4. PLAN DE ANALISIS DE DATOS.

Los datos recolectados a través del instrumento fueron ingresados al programa computacional MICROSOFT OFICCE EXCEL 2003, para ser representados a través de tablas y gráficos. Mediante esto, las investigadoras analizaron las variables de interés para luego realizar la parte cualitativa.

Para aplicar el método cualitativo, se seleccionó a las personas que, tras observación de los resultados obtenidos de la aplicación del primer instrumento, proporcionaron datos

significativos y aptos indagar más profundamente. A ellos se les realizó una entrevista semiestructurada, que abarcó un tema principal y subtemas derivados del mismo. Dicha entrevista fue analizada a través de reducción fenomenológica. Posteriormente se presentaron los resultados según categorías de análisis (Iñiguez, L & Muñoz, J 2004).

4.5. DEFINICION Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Verificación
Edad	Años cumplidos que tiene el individuo.	a) 20 – 24 años b) 25 – 29 años c) 30- 34 años d) mas de 34 años	Observación con pauta y entrevistas
Creencias	Opinión, idea o pensamiento que se tiene respecto al modelo de cuidados progresivos.	a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo.	Observación con pauta y entrevistas
Actitud	Disposición de ánimo, frente a la implementación del modelo de cuidados progresivos manifestada de algún modo.	a) SI b) NO	Observación con pauta y entrevistas
Años de ejercicio profesional en el Servicio	Tiempo transcurrido en años desde que una persona comienza a trabajar en el servicio hasta la actualidad.	a) menos de 1 año b) 1 – 2 años c) 3 – 4 años. d) mas de 4 años	Observación con pauta y entrevistas
Años de ejercicio profesional	Tiempo transcurrido en años, desde que una persona comienza a trabajar hasta la actualidad.	a) menos de 1 año b) 1 – 2 años c) 3 – 4 años. d) mas de 4 años	Observación con pauta y entrevistas

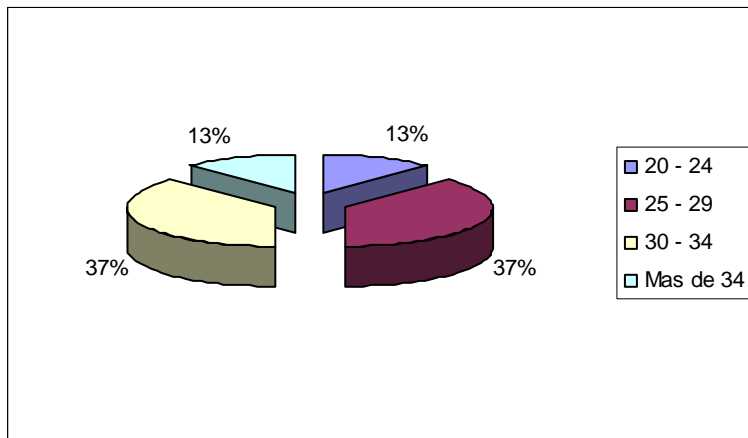
5. RESULTADOS

5.1 CUANTITATIVOS.

5.1.1 Datos generales

Distribución porcentual de la población según “edad”, Valdivia 2007

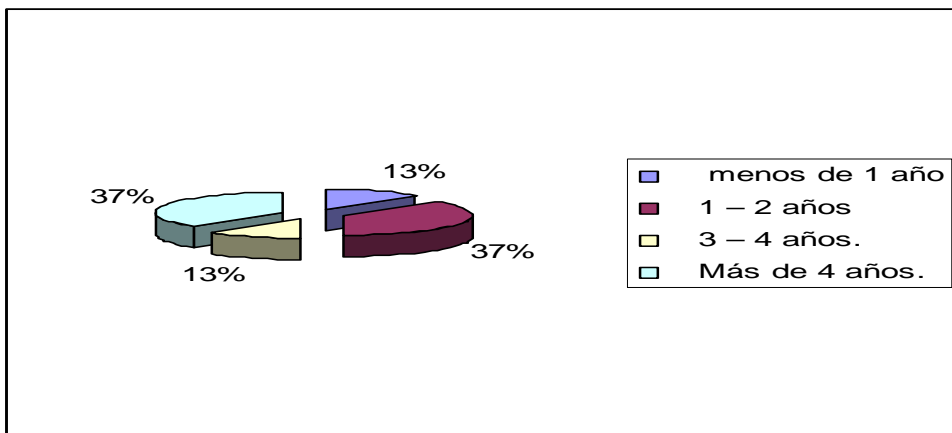
Gráfico N° 1



Se desprende de este gráfico, que la población en estudio en general es joven, siendo un 87% menor de 34 años, a diferencia de solo un 13% que está sobre este rango.

Distribución porcentual de la población según “tiempo de ejercicio profesional”, Valdivia 2007

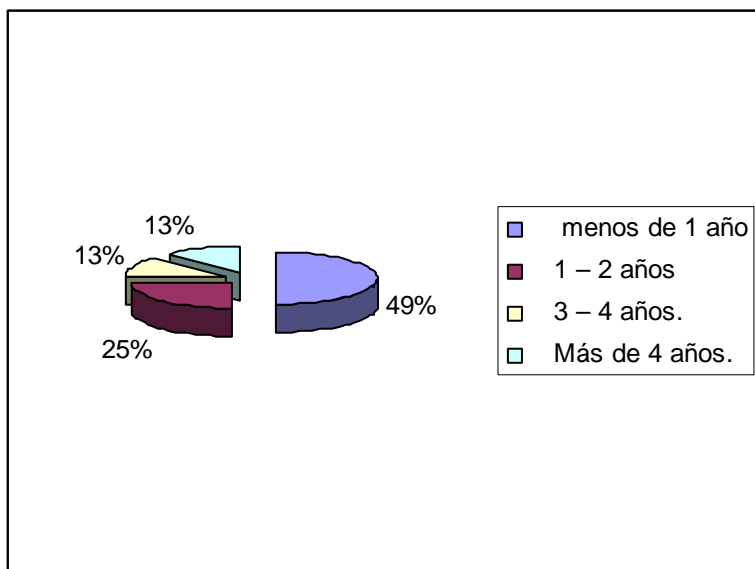
Grafico N° 2



En general, la población en estudio tiene menos de 4 años de ejercicio profesional, lo cual está relacionado con la corta edad de la mayoría de los enfermeros(as) que trabajan en ambos servicios.

Distribución porcentual de la población según “tiempo de ejercicio profesional en el servicio”, Valdivia 2007

Grafico N° 3



La población en estudio, es relativamente nueva en ambos servicios, un 74% lleva 2 años o menos ejerciendo en estos lugares, en contraposición con el 13% que lleva más de 4 años en sus actuales cargos.

5.1.2 Creencias.

Tabla N° 1. Distribución porcentual de la población según opiniones acerca del modelo de Cuidados Progresivos, Valdivia 2007

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Este modelo mide en forma objetiva las actividades de enfermería	0 %	25%	0%	50%	25%
La calidad de atención se ve favorecida con los cuidados progresivos	13%	25%	13%	37%	13%
Este modelo beneficia la autonomía del trabajo de enfermería	13%	13%	13%	50%	13%
Contribuye este modelo al desarrollo profesional	13%	13%	37%	25%	13%
Hay un mayor reconocimiento del trabajo de enfermería con la aplicación de este modelo	0%	13%	0%	25%	62%
Ha visualizado algún cambio en la atención del paciente desde la implementación del nuevo modelo	0%	13%	25%	37%	25%
Este modelo beneficia al paciente	13%	13%	25%	25%	25%

Al apreciar las opiniones que tienen las enfermeras acerca del modelo de cuidados progresivos destaca que el mayor porcentaje de respuestas se encuentre en “desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”. El grupo es categórico al señalar que con el nuevo modelo no existe mayor reconocimiento del trabajo de enfermería, ya que consideran que la enfermería continúa en un segundo plano.

En lo que respecta al mejoramiento de la calidad de atención un 50% de las opiniones se inclinan a que esta no se ve beneficiada, mientras que un 38% opina lo contrario.

Sobre la contribución del modelo en el desarrollo profesional, un 37% del grupo es indiferente al tema, seguido de un 25% que está en desacuerdo, al contrario del 13% que considera que hay un crecimiento profesional por el hecho de brindar atención de enfermería a usuarios con diversas patologías

En relación a los beneficios hacia el paciente, existe una inclinación hacia el desacuerdo, considerando que aun no se visualizan los beneficios aparte de la asignación de una cama.

Tabla N° 2
Distribución porcentual de la población según opiniones acerca de las pautas de categorización., Valdivia 2007.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.
¿Considera útil la aplicación de la categorización de pacientes?	13%	37%	0%	13%	37%
¿La categorización de clientes es un método fácil de aplicar, que no ocupa tiempo adicional?	0%	37%	0%	37%	25%
¿La clasificación por riesgo y dependencia valora de forma integral las necesidades del usuario?	0%	25%	13%	25%	37%
¿Los puntos planteados en la pauta de categorización miden realmente el nivel de riesgo del usuario?	13%	13%	0%	25%	50%

De la población encuestada, un 50% considera útil la aplicación de la categorización de pacientes ya que permite obtener una referencia del tipo de pacientes que predomina en el servicio. Por el contrario un 50% opina que en la práctica no presta ninguna utilidad.

El grupo coincide en que la pauta es fácil de aplicar pero, sin embargo, requiere de tiempo adicional, especialmente cuando se está a cargo de un gran número de pacientes. Existe una clara inclinación de las opiniones (62%) a creer que el usuario no es valorado de forma integral. En lo que respecta a los puntos evaluados según riesgo, un 75% considera que estos no miden realmente el riesgo del paciente.

Tabla N° 3
Distribución porcentual de la población según opiniones acerca de las camas indiferenciadas, Valdivia 2007.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.
¿El recurso humano está preparado para implementar las camas indiferenciadas?	0%	0%	0%	25%	75%
¿La infraestructura de este hospital cumple con los requisitos necesarios para implementar las camas indiferenciadas?	0%	13%	0%	37%	50%
¿El equipo de enfermería está preparado para recibir pacientes con distintas patologías?	0%	0%	0%	50%	50%
A su parecer, ¿es suficiente la información que han recibido acerca de la implementación de	0%	13%	0%	50%	37%

Como puede apreciarse con claridad, en todas las preguntas relacionadas con las camas indiferenciadas la población está en desacuerdo.

Un 75% opina que los servicios no están preparados para implementar las camas indiferenciadas, relacionándose con que el 100% piensa que el personal de enfermería está enmarcado en el servicio que se desempeña, además un 87% cree que la infraestructura no cumple con los requisitos para implementarlas.

En general (87%) la información recibida es deficiente, según los participantes, es poco clara y no hay una difusión adecuada del modelo.

5.1.3 Actitudes.

Tabla N° 4

Distribución porcentual de la población según las actitudes frente a la “implementación del Modelo de Cuidados Progresivos”, Valdivia 2007.

	SI	NO
Vale la pena cambiar el modelo de atención de enfermería tradicional por el de gestión del cuidado por riesgo y dependencia	100%	0%
Si de usted dependiera aplicaría diariamente la pauta de categorización de usuarios	25%	75%
Ha tenido la inquietud de informarse más respecto a este nuevo modelo	75%	25%
Le parece factible la creación de los servicios médico – quirúrgicos en este hospital	75%	25%
Está dispuesto/a a atender pacientes que no sea de la especialidad médica de su servicio	100%	0%

De esta tabla se desprende la disposición de las enfermeras (os) a cambiar el antiguo modelo, ya que un 100% considera que el profesional de enfermería es capaz de adaptarse y desempeñarse en distintas áreas lo cual contribuye a la disposición que en este momento existe para atender a usuarios de otras especialidades.

Existe una resistencia a aplicar diariamente la pauta de categorización ya que no visualizan la utilidad que esto conlleva, además algunos aluden tener desconocimiento respecto al destino de los resultados que las pautas arrojan.

Un 75% de la población se ha interesado por ampliar los conocimientos que tienen acerca del modelo, sin embargo expresan que existe poca información acerca del tema y la existente es poco clara.

5.2 CUALITATIVOS

Se presenta el análisis de las entrevistas realizadas según categorías (Iñiguez, L & Muñoz, J, 2004), los discursos y análisis fenomenológicos de estos se encuentran anexados.

5.2.1 Implementación del modelo

El Modelo de Cuidados Progresivos ha sido mal recibido por el personal de enfermería. Primeramente, la difusión de éste en el hospital es considerada como inadecuada e insuficiente. Por otra parte, no se ha realizado una evaluación posterior al lanzamiento del modelo.

“fue un plan que, si bien fue dado a conocer, fue dado a conocer y ahí quedó, se lanzó solamente como todas las cosas...” (P2)

En relación a la implementación de las camas indiferenciadas, surgen sentimientos de impotencia ante el abuso de poder significa de distribuir arbitrariamente a los pacientes en los distintos servicios, percibiéndose una falta de equitatividad ejercida por parte de las esferas dominantes. Por otro lado, no hubo preparación previa del personal ni de los servicios involucrados (infraestructura, insumos), lo que induce considerar ilusoria la aplicación del planteamiento teórico.

“Entonces, pero según mi percepción aquí ha habido un abuso no cierto, un abuso de poder, un poder fáctico...” (P1)

“nadie se preguntó ¿están capacitados para ver a esos pacientes o no? ¿Ese servicio tiene o no la tecnología o los implementos básicos para atender a ese tipo de pacientes?...” (P3)

“No ha habido nadie que ha podido decir sabes que las cosas son igual para todos” (P3)

De lo anterior es posible inferir que una de las cosas que más ha afectado al personal de enfermería es la forma en que se ha implementado el Modelo de Cuidados Progresivos en el establecimiento, lo que se refleja en un descontento por parte de los funcionarios al exponer vivencias relativas al modelo.

5.2.2 Cambio

El cambio puede producir diversas reacciones, siendo una de éstas la reticencia inicial mostrada por el personal al momento de recibir pacientes distintos a su especialidad médica. Pese a la disconformidad generada con la llegada del modelo, han logrado adaptarse a su nueva modalidad de trabajo.

“No mira yo creo, que al principio hubo bastante resistencia de parte del personal pero encuentro que actualmente la gente ya se adaptó al sistema...” (P1)

Si bien, no está dentro de los objetivos el identificar el grupo etario con mayor resistencia al cambio, no está de más referirse al dato extraído del análisis de las entrevistas, donde se cree que las personas más jóvenes son más receptivas al cambio, en contraste a quienes llevan un tiempo mayor trabajando en el establecimiento.

“es positivo para uno y es positivo porque a uno le gusta y es joven, pero yo creo que una enfermera mayor, una enfermera más vieja yo no sé si están tan abiertas al aprendizaje...” (P3)

De lo anterior puede desprenderse que la resistencia al cambio no está relacionada con el modelo en sí, si no más bien, al hecho de atender a pacientes distintos a la especialidad que cada profesional ejercía y todo lo que esto conlleva (capacitación del personal, adquisición de nuevos conocimientos, infraestructura, insumos.)

Esto conduce a inferir que una mejora en la capacitación e infraestructura significarían mayor fluidez en el proceso.

5.2.3 Aplicación de la pauta de categorización.

La pauta de categorización no es considerada un instrumento universal que mida con exactitud la labor de enfermería. Es un documento que conlleva a destinar tiempo adicional para su aplicación y no cuenta con requisitos específicos para cierto tipo de pacientes, lo hace inferir una disconformidad en cuanto a la estructura de la pauta, los puntos en ella se plantean y la utilidad de su aplicación. Además resalta la importancia que se le otorga al tiempo destinado a esta actividad.

No es posible afirmar que con la pauta como instrumento de medición, logre ser apreciado el nivel de presión asistencial de las diferentes unidades ni las cargas de trabajo de enfermería.

“Es una pérdida de tiempo, no mide la labor de enfermería...” (P2)

“hay pacientes que requieren una atención específica que no se refleja en la pauta...(P4)

“Ni siquiera indica lo que realmente hacemos, porque yo paso ¡todo! el día trabajando y en esa pauta no veo nada de lo que hacemos...” (P3)

5.2.4 Conocimientos.

Se le otorga un valor al desarrollo profesional en cuanto a la ampliación de los conocimientos que conlleva el atender pacientes de diversas patologías, considerándose una instancia para que la enfermera no se encasille en una especialidad, si no más bien, pueda ampliar las áreas en las cuales se desenvuelve, dando hincapié a la necesidad de capacitarse constantemente para brindar atención a todo tipo de usuario.

Es posible inferir la importancia que se le asigna a la adquisición de conocimientos y nuevas experiencias dentro del quehacer profesional, lo cual puede comprenderse como una motivación para aceptar el nuevo modelo.

“para mí como enfermera la verdad es que considero que es bueno, porque como enfermeras tenemos que estar capacitadas para atender cualquier tipo de paciente...” (P2)

“nadie puede mantenerse al margen de estar especializándose, tenemos que estar en eso constantemente y, es como lo único positivo que yo le veo a esta cosa...” (P3)

5.2.5 Capacitaciones.

Se considera fundamental la capacitación del personal a nivel hospitalario completo, para brindar una atención adecuada a todo tipo de paciente y terminar con el encasillamiento en las especialidades médicas, de lo que se puede inferir que mientras esto no se cumpla, seguirán existiendo conflictos al momento de recibir a un usuario con otra patología diferente a las que trata la especialidad de un profesional determinado, ya que será más difícil otorgar atención según sus requerimientos.

“creo que debiera hacerse una capacitación del personal a nivel hospitalario completo, lo que se debió hacer cuando se lanzó lo del programa, porque si no vamos a quedar en las mismas, lamentablemente el personal de acá, la mayoría son bastante añosos, entonces es personal que ya está capacitado en una sola área y que tampoco son de muy fácil manejo para que estén especializados en todos los otros servicios...” (P2)

5.2.5 Carga asistencial.

Se han sumado funciones al profesional de enfermería, sin embargo, este aumento no es directamente proporcional al número de enfermeras que ejercen en este momento, lo que nos lleva a pensar que éstas se ven sobrepasadas en sus capacidades e inhabilitadas para otorgar una atención integral (biopsicosocial) al usuario. Además, es posible considerar que el exceso de carga asistencial es un obstáculo para asistir a instancias de capacitación dictadas tanto dentro del establecimiento como en el extrasistema.

“cada vez son más los pacientes en cantidad y siguen siendo la misma cantidad de enfermeras, entonces tampoco tienes como muchas posibilidades de hacer más cosas de las que tú quisieras con el paciente...” (P2)

“entonces al final enfermería en su totalidad se ve totalmente ¿cómo sería el concepto? sobrepasado en sus capacidades para poder sobrellevar de buena manera este asunto...” (P3)

5.2.6 Rol de enfermería

En general se considera que rol de enfermería no ha sufrido variaciones con el modelo de cuidados progresivos, ya que la profesión aún se mantiene en un nivel medio. Sin embargo, existe mayor independencia a la hora de tomar decisiones por el hecho de permanecer la mayor parte del tiempo junto al paciente.

Esto conduce a deducir que, por el momento, existe independencia para determinadas situaciones, pero no existen pruebas significativas que avalen sobre la relación entre la implementación del Modelo de Cuidados Progresivos y la desmedicalización de la enfermería.

Se han aumentado solo las actividades asistenciales, limitando desarrollo de las otras áreas del rol.

“Lamentablemente enfermería sigue estando en la mitad, ni eres lo más bajo y jamás vas a ser lo más alto” (P3)

“No veo tampoco que se haya notado un cambio en el rol de enfermería, o sea no lo veo ¡aún! no se que vendrá hacia más adelante...” (P2)

(P1) Participante 1

(P2) Participante 2

(P3) Participante 3

(P4) Participante 4

6. DISCUSIÓN

Innovar, según la Real Academia Española, es la creación o modificación de un producto, y su introducción en un mercado. Según el economista Joseph Shumpeter (1911) citado por Ochs H (2003) innovación es el motor del cambio.

Es posible afirmar que la creación y aplicación del Modelo de Cuidados Progresivos es una forma de innovar en el área de la salud, y en cierta manera aumentar la eficiencia en trabajo que se realiza, en pos de una mejor atención al usuario de estos servicios en Chile.

Los profesionales sanitarios representan en la actualidad un rol estratégico en el proceso de reforma del sector salud, que incluye la creación e implementación de nuevos estilos, tendencias y políticas necesarias para enfrentar con éxito las transiciones sociodemográficas, epidemiológicas e institucionales, cuyos objetivos deben estar centralizados en el paciente/usuario, mejorando progresivamente la calidad de las atenciones otorgadas (Villacencio, 2005). De aquí la importancia de efectuar un acercamiento a las creencias actitudes y vivencias en torno al Modelo de Cuidados Progresivos, por parte del cuerpo de enfermería, objetivo de esta investigación, que según la opinión de las investigadoras, fue cumplido.

La temática de la presente no ha sido abordada en investigaciones previas, de manera que apunta a contribuir a la adquisición de una visión acerca lo que ha significado para las enfermeras, la aplicación de este modelo en los servicios que integran, otorgando una base conceptual para los futuros estudios que se relacionen con este objeto de estudio.

El enfoque cualitativo y cuantitativo permitió obtener resultados más representativos. Mediante la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos se logran relaciones de reciprocidad y convergencia, que van mucho más allá de la simple complementariedad. Estas relaciones de potenciación surgen de la conjugación de ambos métodos no solamente en la recolección de información, sino también en el análisis de los datos. En los diseños de investigación que utilizan la estrategia de triangulación existe una premisa implícita, que consiste en suponer que las limitaciones o debilidades de cada método por separado son automáticamente compensadas o contrabalanceadas por el otro método (Pedersen 1991).

La población estudiada, en general es joven y cuenta con menos de 4 años en el ejercicio profesional. Su integración en los servicios abordados es relativamente reciente, a excepción del 13% que lleva más de 4 años en el lugar.

Según Domínguez (1983), citado por Grifols V (2005) una condición irrenunciable para que las organizaciones se desarrollen y mantengan su valor en la estructura social en la que se encuentran, es evolucionar al ritmo y en la dirección hacia donde se dirige la sociedad. Esto repercute también en las organizaciones enfermeras, que deben tener una capacidad de adaptación continua, lo que significa que tienen que desarrollar una gran sensibilidad e inteligencia para interpretar precozmente las tendencias de los cambios sociales, culturales, económicos, demográficos, medioambientales o políticos de la sociedad.

El cambio permanente y adaptativo es una constante indiscutible en la existencia de toda sociedad y en todos los tiempos. Ahora conviene tomar conciencia de que a esta realidad histórica y natural hay que añadirle, como factores diferenciadores en esta época, la velocidad con la que se dan los cambios y la complejidad de una sociedad globalizada, en un mundo sin fronteras.

La sociedad actual está marcada por la rápida velocidad en la que se dan los cambios, lo que exige, al escenario empresarial, una adaptación rápida a las modificaciones de tendencias sociales y sanitarias. Consecuentemente, a las organizaciones enfermeras se les exige una revisión continua de sus conocimientos, modelos organizativos, estructuras, procesos y resultados. (Domínguez, 1983; citado por Grifols, V (2005).

Existe la disposición de las enfermeras (os) a cambiar el antiguo modelo, como puede apreciarse en la convergencia de las opiniones al momento de consideran que el profesional de enfermería es capaz de adaptarse y desempeñarse en distintas áreas, lo cual contribuye al desarrollo profesional reflejándose a través de la disposición para atender usuarios de otras especialidades existente en la actualidad.

Con este modelo se pretende desmedicalizar la enfermería; en este momento la implementación de camas indiferenciadas en las distintas unidades ha permitido que el profesional de enfermería comience a desligarse de una especialidad médica, medida que implica una constante actualización de conocimientos por parte de estos.

Como se citó en el marco teórico (Villalobos y Erdmann, 1996) un proceso de cambio en un primer momento provoca una cierta angustia porque lo viejo ya no es y lo nuevo no está claro. Las reglas antiguas no deben continuar y las nuevas se están construyendo. De esto se

puede inferir que existe interés por parte del profesional de enfermería para ampliar los conocimientos que poseen acerca del modelo, sin embargo manifiestan que existe escasa y deficiente información respecto al tema.

Al evaluar las opiniones de las enfermeras acerca del modelo de cuidados progresivos, destaca que el mayor porcentaje de respuestas se encuentre en “desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”, constituyéndose con esto una señal decidora sobre la inexistencia de un mayor reconocimiento del trabajo de enfermería dentro del nuevo modelo, debido a que no posee una fórmula objetiva, reproducible, fiable y sensible de evaluación para las actividades del personal dedicado a la atención de pacientes.

Como expresa Collière (1986) citado por Zarate(2004) el cuidado es invisible, cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones invisibles. Por lo tanto se puede inferir que es difícil cuantificar el trabajo de enfermería, ya que cada actividad requiere de esfuerzos disímiles en calidad y cantidad, según sea el paciente que lo requiere.

Resulta fundamental destacar que los entrevistados indican que a Enfermería se le han ido sumando “ actividades ”, situación que ha sobrepasado las capacidades del enfermero, contraponiéndose a lo propuesto por Diers en 1986 citado por Zarate(2004): "la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona" lo que revela que no ha existido una evolución en cuanto a la práctica de enfermería, pues se sigue efectuando actividades habituales.

En cuanto a la pauta de categorización existen opiniones divergentes. Por una parte se considera como un instrumento carente de una función clara, que resta tiempo a las labores de enfermería y, además, no es universal. Pero por otra parte, se rescata que es fácil de aplicar. Los entrevistados no hacen alusión a que el instrumento mida la presión asistencial o actividades de enfermería al contrario refieren “*paso todo el día trabajando y eso no se refleja en la pauta*”(discurso3), contraponiéndose absolutamente a lo que plantean García y Castillo(2000) la categorización de usuarios ofrece un método que mide las actividades de enfermería más frecuentes que se realizan en cualquier servicio clínico, con las variaciones generadas por las demandas de los pacientes, independiente del nivel de complejidad del cuidado y de la etapa de ciclo vital en que se encuentre. Esto constituye su principal aporte, al poder medir con el mismo instrumento la presión asistencial de las diferentes unidades asistenciales y las cargas de trabajo de enfermería.

Por el momento no se puede afirmar que la categorización de usuarios se haya convertido en una valiosa herramienta de gestión, que optimiza la distribución de personal, al medir las cargas de trabajo con una unidad estándar para las diferentes áreas de atención.

Es posible inferir que existe cierta crítica a la manera de implementar el modelo, diversas opiniones llegan al mismo punto: la falta de información, la deficiente difusión del modelo en el establecimiento, escasos estudios relacionados con él, el desconocimiento en relación al destino y utilización de los datos obtenidos de la pauta de categorización, y la falta de capacitaciones al personal involucrado sin posteriores evaluaciones en relación al grado de entendimiento de los profesionales a la manera de implementar el nuevo modelo en el establecimiento.

Según Cubillos (2008) los cambios menores son fácilmente asimilados por las personas del grupo a través de procesos de adaptación, siendo éste el mecanismo que le permite restablecer su equilibrio. Pero, si por el contrario, los cambios afectan significativamente a la organización o son rápidos, generan inestabilidad y afectan sus niveles de efectividad, hasta tanto no se restablezcan nuevamente los estados iniciales de armonía entre las partes que la conforman.

Por otro lado, cuando el entorno laboral adquiere formas distintas, este hecho también afecta considerablemente el comportamiento del empleado; por ejemplo, si cambian los valores, la tecnología, la estructura, los procesos o procedimientos, se afecta su nivel de rendimiento.

Cuando las organizaciones como su gente han entendido que el cambio es una realidad inmensurable, buscan incrementar sus conocimientos y con ellos explorar y explotar nuevas fuentes de bienestar y riquezas; no es posible prohibir a nadie que innove.

En general, la investigación, es uno de los roles de enfermería menos abordado en Chile, lo que se refleja en la mínima existencia de publicaciones de estudios relacionados con la profesión, y en particular, en relación al Modelo de Cuidados Progresivos.

7. CONCLUSIONES

Durante la realización de esta investigación, se constató el escaso conocimiento de parte de los profesionales de enfermería respecto al Modelo de Cuidados Progresivos, no obstante, al indagar en la literatura relacionada, se observó que son muy pocos los estudios que se refieren al dicho modelo, situación que justifica el desconocimiento existente, y que además, no posee relación con el grado de motivación por conocerlo por parte de los funcionarios.

Tras analizar las actitudes y creencias de la población estudiada, frente al modelo, se puede concluir que en el comienzo existió cierta resistencia al cambio representado por la implantación del modelo, sin embargo, el personal se ha sabido adaptar a esta nueva forma de trabajo, pese a las diversas críticas acerca de la estructura e implementación de éste, surgen opiniones positivas y de proyección que avalan la contribución del Modelo de Cuidados Progresivos a la mejor atención en salud.

Al obtener de este estudio una aproximación a las vivencias de los profesionales de enfermería frente al modelo, se vislumbran distintas posturas frente a éste, relacionadas con lo que cada uno de los entrevistados ha experimentado durante lo que va del proceso de implementación del modelo en su lugar de trabajo. Sin embargo, todos coinciden en el crecimiento profesional que conlleva el trabajar con este modelo, consiguiendo poco a poco lo se ha buscado por tanto tiempo: la desmedicalización de la enfermería.

Al conocer las vivencias de las enfermeras frente a la implementación de este modelo, se pueden proponer también estrategias de reforzamiento para motivar al personal que tiene mayor desaprobación en su ejecución, como también, estimular a quienes han tenido una mejor disposición para innovar e incorporarlo en su quehacer como profesionales.

Este estudio es uno de los primeros realizados en el Hospital Regional Valdivia, por lo cual, toda la información y resultados obtenidos, representan una base para futuras investigaciones de mayor envergadura o más bien, para aplicar la misma investigación en otros servicios del establecimiento, dando así una visión mas completa de las reacciones producidas y las vivencias que el establecimiento tiene en relación a los cuidados progresivos.

La realización de este estudio permitió, a las personas involucradas, reflexionar acerca de la información que poseían sobre el Modelo de Cuidados Progresivos, además de extraer

los aspectos que han sido favorecidos con su implementación, y las debilidades que no han permitido su desarrollo eficaz.

Por ultimo, es importante mencionar los aspectos facilitadores y obstaculizadores que se dieron durante el desarrollo de esta investigación. Para comenzar, fue de gran ayuda la buena relación existente con los servicios involucrados, facilitando la aplicación de los instrumentos y la realización de las entrevistas. Sin embargo, a pesar de la disposición de los profesionales a contribuir en nuestra investigación, la gran carga laboral que vivían durante el periodo de aplicación de los instrumentos obstaculizó la entrega oportuna de estos. Además el tiempo que disponían los informantes para realizar las entrevistas era escaso, situación que dificultó y retardó su aplicación.

Otro aspecto ha destacar fue la disposición y motivación constante del docente guía para cumplir con lo requerido, siendo un factor facilitador para llevar a cabo el presente estudio.

8. REFERENCIAS

Ayala, R. (2006). *Autogestión hospitalaria y cuidados progresivos*. Material de estudio de la Cátedra de Liderazgo.... Universidad Austral de Chile, Valdivia.

Colegio de Enfermeras de Chile, Reseña Cronológica de la Enfermería en Chile 1902 – 2006, recuperado 28.06.08 de <http://www.colegiodeenfermeras.cl/info.asp?ob=3&id=29>

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, Definición de enfermería del CIE, recuperado 28.06.08 de <http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1102684712930&pagename=SiteC GE%2FPAGE%2FTplPageGenerica&p=1097825918068>

Cubillos (2008) La Cultura Organizacional como Agente Favorecedor de Cambio y Gestión del Modelo de Competencias. Recuperado el día 05.06.08, de <http://www.gentecompetitiva.com/articulos/culturaorganizacional.html>

Echeverri & Vélez (2005) La enfermería, una profesión de servicio, recuperado 28.06.08 de <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8405-Enfermeria.htm>

Erdemann, AL (1996) Viabilidad de una propuesta de cambio para el mejoramiento continuo en una organización compleja, Revista .latino-americana .enfermagem, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 89-98

García, M.; Castillo, L. (Febrero 2000). Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería. Revista Medica de Chile v.128 n.2

García & Rolsma (1998) Gestión de la Resistencia al Cambio en la Implantación de la Cultura Preventiva. Recuperado el día 05.06.08, de <http://www.acosomoral.org/pdf/sevilla06/0460.pdf>

Grifols, V (2005), *La Gestión del Cuidado en Enfermería*. Nº 12, cuadernos fundación Grifols, Barcelona

Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: MacGraw – Hill Interamericana. 705p.

Iñiguez, L & Muñoz, J (2004), Análisis Cualitativo de Textos: curso avanzado teórico práctico, recuperado 28.06.08 de <http://antalya.uab.es/liniguez/aula/grounded%20theory.pdf>

Marriner, A. (1994). *Modelos y teorías de enfermería*. 3º Edición. Madrid. Mosby. 181 – 190p.

Martín, C.; Martínez, M. (2001). *Historia de la Enfermería*. Madrid: Harcourt S.A. 13 – 20p.

Ochs H. (2003) *Innovar en la gestión de las nuevas tecnologías sanitarias*. Recuperado el día 02.06.08 de [http://www.foyel.com/cartillas/29/innovar en la gestion de las nuevas tecnologias sanitarias-.html](http://www.foyel.com/cartillas/29/innovar_en_la_gestion_de_las_nuevas_tecnologias_sanitarias-.html)

Pedersen, D. (1991) *El dilema de lo cuantitativo y lo cualitativo: de las encuestas a los métodos rápidos de investigación en salud...* división de ciencias de la salud, centro internacional de investigación para el desarrollo. Canadá.

Real academia española Diccionario de la lengua española Vigésima segunda edición, recuperado 20.10.07 de <http://www.rae.es/rae.html>

Schencke, M.; Molina, C. (2007). *Metodología de la investigación*, aspectos fundamentales. Material de estudio, Universidad Austral de Chile.

Taylor, J. & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Editorial Paidós.

Torres, A. & Sanhueza O, (2006). Desarrollo del autoestima profesional en enfermería. *Rev. Invest. Educ. Enferm.* (24)2:112-119.

Villacencio, C 2005.Subsecretaria de Salud Pública. “*Reforma de Salud*”. Santiago, Chile.

Zarate, R (2004) La Gestión del Cuidado de Enfermería, *Index Enfermería* v.13 n.44, recuperado 11.10.07 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-2004000100009&script=sci_arttext&tlng=e

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

SECCION 1: DATOS GENERALES

1.- NOMBRE:

2.- EDAD.

- a) 20 – 24 años
- b) 25 – 29 años
- c) 30- 34 años
- d) mas de 34 años.

3.- TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL

- a) menos de 1 año
- b) 1 – 2 años
- c) 3 – 4 años.
- d) mas de 4 años.

4.- TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL EN EL SERVICIO.

- a) menos de 1 año
- b) 1 – 2 años
- c) 3 – 4 años.

SECCIÓN 2: CREENCIAS.

A continuación se señala una serie de preguntas relacionadas con las creencias acerca de los cuidados progresivos.

Marque la alternativa que mas se acerque a su opinión con una X, luego justifique su respuesta.

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Indiferente
- d) En desacuerdo
- e) Totalmente en desacuerdo.

		a	b	c	d	e	¿Por que?
5	¿Este modelo mide en forma objetiva las actividades de enfermería?						
6	¿La calidad de atención se ve favorecida con los cuidados progresivos?						
7	¿Este modelo beneficia la autonomía del trabajo de enfermería?						
8	¿Contribuye este modelo al desarrollo profesional?						
9	¿Hay un mayor reconocimiento del trabajo de enfermería con la aplicación de este modelo?						
10	¿Ha visualizado algún cambio en la atención del paciente desde la implementación del nuevo modelo?						
11	¿Este modelo beneficia al paciente?						
12	¿Considera útil la aplicación de la categorización de pacientes?						
13	¿La categorización de clientes es un método fácil de aplicar, que no ocupa tiempo adicional?						
14	¿La clasificación por riesgo y dependencia valora de forma integral las necesidades del usuario?						
15	¿Los puntos planteados en la pauta de categorización miden realmente el nivel de riesgo del usuario?						
16	¿Los servicios están preparados para implementar las camas indiferenciadas?						
17	¿La infraestructura de este hospital cumple con los requisitos necesarios para implementar las camas indiferenciadas?						
18	¿El recurso humano está preparado para recibir todo tipo de paciente?						
19	¿Considera que este modelo desmedicaliza la enfermería?						

SECCIÓN 3: ACTITUDES.

A continuación se señala una serie de preguntas relacionadas con actitudes frente al modelo de cuidados progresivos.

Marque la alternativa que mas se acerque a su opinión con una X:

a.- SI

b.- NO

		SI	NO	¿POR QUE?
20	Vale la pena cambiar el modelo de atención de enfermería tradicional por el de gestión del cuidado por riesgo y dependencia			
21	Si de usted dependiera, aplicaría diariamente la pauta de categorización de usuarios			
22	Ha tenido la inquietud de informarse más respecto a este nuevo modelo			
23	Le parece factible la creación de los servicios médico – quirúrgico en este hospital			
24	Esta dispuesta a atender pacientes que no sea de la especialidad medica de su servicio			

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, tomo conocimiento de ser partícipe de una investigación desarrollada por Tesistas de Enfermería de la Universidad Austral de Chile para optar al grado de Licenciado en Enfermería.

La información que entrego a través de este cuestionario no es de carácter anónimo. Las opiniones de todos los encuestados serán sumadas e incluidas en la tesis profesional, pero nunca se informarán datos individuales.

Acepto que las tesistas tengan acceso a mi identidad en caso que necesiten indagar más sobre alguna respuesta dada.

Leeré las instrucciones cuidadosamente y contestaré este cuestionario con la mayor sinceridad posible.

FIRMA

Valdivia, _____ del 2007.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ he sido informada(o) por tesistas de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, quienes desarrollan un trabajo de investigación acerca de las creencias y actitudes de las enfermeras frente al modelo de Cuidados Progresivos.

Es por ello que:

- 1.- Consiento libre y voluntariamente colaborar en su trabajo y permito que utilicen la información sin dar a conocer mi identidad.
- 2.- He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la entrevista.
- 3.-Las autorizo para grabar nuestra conversación.
- 4.- Fijaré día, hora y lugar donde se realizará nuestra entrevista.

Firma

Valdivia, _____, 2007

ESTUDIO CUALITATIVO.

Discurso 1

Enfermera

Edad: 60 años

Soltera

Sexo: Femenino.

Procedencia: Valdivia

La conversación es realizada en la oficina de la entrevistada, en el horario de colación, (14:00hrs.) ya que hay menos personal en los pasillos solicitando la atención de la enfermera.

E: Hábleme sobre el modelo de cuidados progresivos.

P: Bueno, dijo la... (Pausa) dijo de repente... (Pausa) me confunde, el modelo de cuidados progresivos ¿Cuándo se implementó esta categorización?

E: Sí.

P: Bueno lo que yo entiendo es que los pacientes digamos, se agrupan de acuerdo a las prácticas de confort y a los cuidados terapéuticos, siendo para enfermería las prácticas de confort las que más pesan y no sé si este nuevo modelo que se ha implementado y que se ha tratado de implementar aquí en el hospital ha sido beneficioso para los pacientes(1) o para los clientes como tu quieras decirles lo ha sido, porque no soy yo, sino que arriba en las altas esferas que no existe el rechazo de los pacientes, pero tampoco esto debe de llevar abuso de las distintas especialidades o servicios...

E: ¿Usted se refiere a lo que son las camas indiferenciadas?

P: Sí, a las camas indiferenciadas porque este modelo digamos se propende a que un veinte por ciento de las camas de cada uno de los servicios sean camas indiferenciadas donde se van a fiscalizar los pacientes, los pacientes estables y menos complejos.

Entonces, pero según mi percepción aquí ha habido un abuso no cierto, un abuso de poder, un poder fáctico (2) le dicen... [Entrevistado queda unos segundos en silencio] ¿Por qué? Porque históricamente han manejado digamos el hospital de día y noche son los cirujanos y cuando hay emergencias, una emergencia grande como fue un terremoto que hubo aquí en el año sesenta el hospital se transforma todo en un hospital de emergencia, no hay pacientes electivos en ese momento, porque el hospital con terremoto, con incendio, con guerra, con bombas tiene que seguir funcionando; si no está ahí, se tiene que buscar allá, acá o acá, pero en alguna parte tiene que ubicarse un hospital y por eso ellos tienen poder, ellos tienen un poder en tiempo de paz a lo mejor cuando no hay nada, es un poder a lo mejor pasivo, pero en los fines de semana, en las noches tienen un poder muy activo y están muy concientes de eso y

como sin cirujanos e internistas manejan una autoridad, después no van a mandar al más pesado no cierto para allá arriba a conversar, o antes cuando tienen un problema o los dejan subrogando yo ya vine, o sea si es posible siempre mandar al más coqueto; no es que el jefe de servicio no vaya, me entiendes pero ese también tiene... no sé si- conoces al jefe de servicios de allá de la A P *

E: No, no.

P: Cuando quiere ser chistoso es chistoso, histriónico, es que el cirujano tiene todas esas capacidades: histrionismo, como dice acá el personal es que los cirujanos son todo, ¡chuta cuidado!([entrevistado levanta las manos y se toma de la silla] Son muy amorosos, saludan de beso, te pueden operar y no cobrarte nada a ti, a mi los cirujanos no me han cobrado cuando se tuvo que operar mi papa, mi mama no me han cobrado, pero también tienen la otra cara de la moneda que van con tutti.

E: mmm... y usted ¿Cómo ha vivido la implementación de las camas indiferenciadas en su servicio?

P: Bueno yo encuentro que no es malo yo ya sabía de este modelo de atención progresiva empleada en la católica, en el año noventa y cinco(3), una colega que era enfermera de esterilización se tuvo que operar y al lado tenía una paciente que era operada de ginecología, al lado tenía otra paciente operada de cirugía, al lado tenía otro paciente, o sea eran todas quirúrgicas y en este caso eran dos quirúrgicos y no existe allá el servicio de medicina,, o sea pero estaban ocupadas por especialidades quirúrgicas en que se ha metido de todo, bueno más asuntos médicos, pero eso es una cosa que a mi siempre me ha parecido que tiene que ser, porque no es posible que hayan camas desocupadas, a lo mejor el servicio este con un veinte por ciento de camas desocupadas y el otro servicio este 10 por ciento, eso siempre lo había pensado, que encontraba que no era lógico.

E: Como poco equitativo.

P: Claro, pero actualmente existe un abuso de las especialidades básicas, existe un abuso porque nadie se atreve a decirles nada, eso es lo que pasa(4), por toda esta situación de que ellos tienen el poder en la mano, ante cualquier situación el director tiene que llamar al jefe de la asistencia pública y el jefe de la asistencia pública es como el, como se llama, el general Alegría, el tiene el poder y el mando de la situación y él es el que manda, pero al igual como el general tiene el mando también se hace secundar por la demás gente.

E: Claro.

P: Y se apoyan por la demás gente, tu sabes que siempre en el ejército existe... pero quienes están en la lucha, al frente y los que ponen digamos todo, llevan a cabo las estrategias son los sargentos, te voy a contar un caso aquí en Llancahue los milicos tienen ahí o tenían, no se si existirá o no su polígono y ahí hacían prácticas, hacían sus entrenamientos y estaban los comandos haciendo entrenamiento y estaban tirando granadas y les saltó granadas en el

cuerpo, llegaron varios mutilados a la asistencia pública y el teniente que estaba con ellos llegó a la asistencia pública no se sostenía, o sea el teniente es una persona que tiene veinte años, veintiún años, veintidós años.

E: Joven.

P: Jóvenes y que no eran capaces de nada, estaba pálido como papel y el que lleva la orden y siempre lo cuentan y por eso dicen el sargento en las películas: ¡el sargento, el sargento! El sargento es el que va en la primera fila, de carne de cañón y va y pone la cordura y ahí en la asistencia pública ponía la cordura y no le hacía nada, y le daba una orden al cabo o al soldado ¡soldado contrólese! [Levanta el tono de voz] Y se controlaba, estaba dos o tres minutos, era el que ponía la cosa en orden. Y eso lo pone en orden el jefe de la asistencia pública cuando hay un desorden acá en el hospital o cuando hay una crisis o hay un terremoto, una guerra, un asalto con terroristas por decir, ese tipo de cosas, eso lo pone el jefe de la asistencia pública.

E: Usted lo asemeja como a poder del ejército ¿es cómo se está viendo acá ahora?

P: Bueno, por eso digo que ellos tienen mucho poder, por eso ellos cierran salas y no le preguntan a la dirección si es que van a cerrar o no, ellos llegan y mandan la carta, o no sé si mandarán o no mandarán y por eso esto está afectado y se afecta al servicio y como la Juanita ella era la enfermera que estaba acá, entonces ella tiene más facilidades de entrada.

E: Claro, estuvo trabajando acá hartos años.

P: Claro, por eso se ha visto el abuso que existe con estas otras unidades, no sé con este servicio, no sé con cual otro habrá más abuso.

E: Se supone que acá está traumatología, medicina y cirugía dentro de los servicios que se está implementando las camas indiferenciadas.

P: Claro, todo el hospital, todos tienen camas indiferenciadas, que tenga acá, arriba en ginecología no tengo idea.

E: ¿Y usted cómo lo ha visto acá, específicamente en su servicio? ¿Cómo ha funcionado en cuanto a personal?

P: No mira yo creo, que al principio hubo bastante resistencia de parte del personal pero encuentro que actualmente la gente ya se adaptó al sistema, al igual que la parte médica de medicina, de neurología no ha habido problema, porque al principio bueno, este era un medio más antiguo, al principio se negaron... (5)

E: Encuentra entonces que el personal está adaptado atender pacientes de otro servicio, de otra patología.

P: Sí, al principio había mucho reclamo.

E: ¿La gente se adaptó?

P: Sí el ser humano se adapta a todo, finalmente es increíble como se adapta, se adapta a todo después de un tiempo, no ves que primero hay crisis, hay reclamos, esto, aquí, allá, pero después la gente se adapta.

E: hábleme acerca de su experiencia con esta implementación de acá.

P: Bueno, a mí se ha traducido digamos en que yo tengo que velar porque esto tiene que...esta atención progresiva tiene que objetivarse y esto se objetiva a través de la categorización de los pacientes (6) y bueno al principio también a uno le cuesta, le parece cuesta arriba la aplicación de la hoja porque la ve incluso muy grande, digamos con mucho detalle, pero después una vez que tú te acostumbras, también después empieza a ser una rutina más y que rápidamente la asimilas, claro la asimilas, así que después lo otro es como se llama, lo asimilas a los números y todo es una operación matemática muy simple.(7)

E: Y acerca de eso, hablemos sobre la pauta de categorización.

P: Es que encuentro que es un trabajo a veces tedioso y a lo mejor no sé si se debiese simplificar, se debiera vaciar los datos, bueno también me lo dijo el doctor; como yo no me manejo mucho en la computación yo voy a lo puntual, yo no uso la computación como un instrumento que diga ¡yo chuta, estoy pensando, entonces va a ser! ¡No!

E: No ve eso como instrumento de trabajo...

P: No, yo he ido haciendo la cuestión de la computación en la medida que se me ha ido imponiendo, o por ejemplo el pedido ¡chuta el pedido! decíamos al principio, ¡pero cómo! Que esto, que lo otro, ¡que se van a tener que aprender los códigos! Y después ves que tienes un programa instalado y que en realidad es una cosa básica, elemental.

E: En la práctica.

P: Claro, adaptarse pero eso debería yo creo llevarse al computador, bueno por eso también están implementando con computadores, para que, en realidad no sé yo creo que en dos o tres años más va a tener que haber mucha cosa computacional e incluso el doctor decía que cuando estuvo ahora en Canadá todas las fichas, no hay fichas ya así, sino que en el computador, está todo en el computador.

E: ¡Si claro!, si todo va evolucionando.

P: Todo va evolucionando a una velocidad tremenda, entonces esto debería estar digamos en el sistema computacional, porque así la enfermera hace su trabajo y va metiendo de inmediato ahí al paciente, bueno ingresa todos los datos del paciente y va categorizando a diario y no pierde tanto tiempo... (8)

E: ¿Usted cree que eso sería beneficioso para implementar esto? ¿Ahorraría tiempo?

P: Sí, ahorraríamos tiempo, sí más tecnología, porque para empezar la enfermera que lo hace yo no tendría la necesidad de hacer ese consolidado; y yo tengo que hacer el consolidado ¿saben cual hoja es? ¡Es esta! [se levanta de su escritorio, toma una hoja que esta en una repisa junto al escritorio e indica la hoja con su dedo]

E: ¿El consolidado es el resumen de las categorizaciones?

P: No, Este es el consolidado: “registro diario de la categorización” y este es el resumen mensual [indica informe levantándolo de su escritorio]

E: ¡Ah! Claro.

P: Uno dice como va a ser, como va a ser y después cuando le hablaban que el pedido tenía que hacerlo todo computacionalmente y blá blá y cosas por el estilo y el pedido y esto, y la que se yo la programación y que usted puede modificar la programación y blá blá; y uno después cuando lo hace es más fácil de lo que uno cree, bueno porque uno es un ignorante también en esto de la computación.

E: A veces no se atreve mucho a meterse en estas cosas como no sabe.

P: Claro, pero en la medida que va caminando digamos, hace camino al andar y de ahí uno se va poniendo más patuda.

E: Claro [risas].

P: Es que claro, yo hago el pedido, bueno la tabla operatoria, bueno me meto al manager que es para el manejo digamos de todo lo que es enfermería y la cosa interna del hospital.

E: Entonces haciendo resumen.

P: Bueno, aquí finalmente con la categorización, después esto se entrega a la coordinación y según me informaron que los pacientes D3 tienen que desaparecer porque son pacientes autovalentes y estos pacientes o se resuelve por cirugía ambulatoria y tendría que resolverse por ese lado.

Conversábamos la semana pasada con el doctor también que en realidad en esos trámites se tiene que resolver por la cirugía ambulatoria todas estas fracturas del extremo distal del radio, no tiene sentido que a veces hay señores que están diez días ahí.

E: Diez días esperando pabellón.

P: Para una cosa casi sencilla que llegan en la mañana y se van en la tarde.

E: Sí.

P: Que se yo a veces, quizás un tendón, una cosa no muy complicada también pudiera hacerse, una tenorrafia, entonces después hay otros pacientes que por ruralidad se han hospitalizado, estos con coxoartrosis, no ha sido el primero el viejito que estuvo en la sala 404; otra señora que también estuvo.

E: Ha habido varios pacientes con coxoartrosis últimamente

P: Claro, y no entienden nada, entonces se pierden, se pierden en llegar al hospital ¿te das cuenta?

Es que no entienden nada de nada, no saben leer, no sé son muy básicos; así que esos dicen que tienen que atender y yo creo que, mira aquí pienso que, de todas maneras en este servicio deberían tener más pabellones, más de un pabellón, tendrían que tener todos los días dos pabellones y operarse y yo creo que casi, casi no habrían tantos pacientes esperando.

E: Tantos pacientes que se clasificarían aquí como D3 que deberían ser ambulatorios.

P: Deberían ser ambulatorios claro, y a estos pacientes, estas visitas con fractura de caderas, esa abuelita lleva su examen no cierto, su interconsulta y operación. Y ahora si llega un día lunes más los exámenes común y corrientes y el electro miércoles, e incluso si están bien el día jueves ya se estarían operando y se estarían yendo el día lunes siguiente, o sea una semana en el hospital ¡no un mes!

¿El día cama cuánto cuesta? No sé cuanto estará costando, gasta en diez camas esperando, porque para los exámenes cuanto: la entrada y salida es uno solo, el día del examen ya es otro día, para una interconsulta de cardiología por decir otro día, dos y al tercer o cuarto día ya se podría operar y los demás días son días perdidos ¿te das cuenta? Si se opera ya llevamos cuatro días, cinco días, no si de los treinta días veinticuatro días debe hacerlo y veinticinco por veinticinco ¿cuánto es? Seiscientos veinticinco mil pesos.

E: ¡Seiscientos veinticinco mil pesos!

P: Yo diría un millón de pesos se gasta en nada, se bota.

E: Si, en realidad, hay personas que solo esperan ser operados...

P: ¿Por qué? Claro, esa es una inversión mal hecha porque el paciente está esperando, esperando, esperando, esperando y como está treinta días pero lo que debería estar son veinticuatro días, veinticinco días, y pongámosle porque yo se que hace como tres o cuatro años atrás costaba como veintitrés mil pesos, veinticinco mil pesos y veinticinco por veinticinco son seiscientos veinticinco, mira un millón de pesos, un millón de pesos que se botan por veinticinco días.

E: Se supone que las categorizaciones van a ayudar a que esto fuera más ambulatorio, a que funcione más rápido.

P: No, claro, eso le dice al sistema de que hay muchos pacientes hospitalizados que no necesariamente tienen que estar hospitalizados y que hay que buscar la forma digamos porque están hospitalizados: unos están por exámenes, otros están por exámenes... bueno en general por estudios ¿no cierto? Ese es el motivo por el que están que son de tres ¡ah!, [entrevistado levanta sus manos en signo de exclamación y da un toque al escritorio] lo otro, la falta de pabellón, si aquí está el consultorio completo y falta el pabellón.

E: ¿Qué es lo que más influye entonces?

P: pabellón y el taco de rayos, esas son las dos cosas que yo encuentro que retarda el alta, tiene todos los exámenes listos y...

E: Quedan estancados.

P: Quedan estancados y para que vamos a decir están al cabo de diez días esos pacientes que están en la fractura del antebrazo, que recién se operó ayer, lo más probable es que se vaya mañana o pasado.

E: Entonces, resumiendo, usted piensa que desde que se está implementando acá el modelo de cuidados progresivos el personal se ha adaptado.

P: Se ha adaptado.

E: Pero si ha habido un abuso de poder en cuanto a las camas indiferenciadas que son lo más fuerte acá, por las especialidades básicas y que no ha sido de manera equitativa para todos los servicios que están involucrados.(9)

P: Exactamente.

E: ¡Ah ya! Y eso influye también en que las personas que están a cargo de las camas indiferenciadas ya había estado acá involucrada con este servicio.

P: Mira no, no creo sino que lo que pasa ahí es que no tienen el apoyo, porque tendría que haber un jefe en atención cerrada y no sé si ahí hay un médico, porque al principio cuando lo ofrecieron nadie quiso hacerlo, se lo ofrecieron a otro, a un cirujano, nadie quiso porque sabía que se tenía que poner con toda la gente del hospital.

E: Ya, y la manera en que a usted le ha influido esto...

P: ¿De qué manera influyó? de esas camas, en que todos estos pacientes que llegan acá, sobretodo el paciente médico, el paciente de neurocirugía necesita de muchas interconsultas y el personal me lo saca del servicio; un día que estaba yo con otra enfermera...

E: Estaban solas.

P: Las dos, ese día fue caótico en el sentido de que todas las chicas tuvieron que bajar a alguna interconsulta, porque tuvieron que ir hasta el frente a “Surmédica” a un examen, no había nadie, no había nadie para bajar a pabellón, entonces bajamos nosotros con la auxiliar que estaba en infantil, bajé yo con ella para ir a dejar un paciente a pabellón, porque todos andaban en interconsulta: que la mielotac, que la interconsulta de gastroenterología, que la interconsulta... bueno todas las interconsultas habidas y por haber que estaban en la tabla; entonces en eso yo creo que de alguna manera ha repercutido porque el paciente traumatológico no tiene tantas interconsultas.

E: Entonces dice que es de los pacientes que vienen de otros servicios.

P: Sí.

E: Como medicina, cirugía.

P: Medicina y neurología, como quien dice nos atrapa al personal técnico-paramédico en las interconsultas y quedan secuestrados en la interconsulta.

E: Lo malo es que no pueden dejar al paciente abajo y venirse.

P: No, cuando van a gastroenterología olvídate o a cardiología, no es llegar y dejar al paciente tirado allá, también porque no decir implica un gasto de insumos ¿en que sentido? En que hay un alto porcentaje de diabéticos, de estos pacientes de medicina interna que son requirentes de insulina no cierto, y no nos alcanza los insumos del servicio...

E: Entonces eso quiere decir que acá ya tienen pacientes de otros servicios, pero aquí en lo que es pedido de insumos se sigue pensando en que es traumatología no más.

P: Claro.

E: Todo eso hace que se vea el déficit quizás de algunos insumos que no se ocupan tanto acá y que se ocupan en otros pacientes.

P: En otros pacientes claro.

E: En otros pacientes de otros servicios.

P: Claro, porque por ejemplo los pacientes que muchas veces son enfermos de tipo respiratorio o quieren esta mascarilla de alto flujo o esta otra mascarilla y hay que tenerles de ese tipo de cosas, hay ciertos medicamentos que yo no programo, por ejemplo la espironolactona, yo no la programo y abajo no me la han pedido, pero a la hora que me pidan no les voy a decir yo ¡córtenla! Llévense a su paciente le voy a decir a farmacia, yo lo siento en el alma pero yo no voy a estar gastando de mi presupuesto ya basta con que coloque la cinta de hemoglucotest.

E: Son caras.

P: Que son caras y que te gastan harto; y a veces cuando hay que aspirar supongamos, si aquí el paciente traumatológico en ese aspecto no gasta mucho.

E: Son pocos los que tienen...

P: Claro, si son solamente en los que tienen que estar con antibióticos y curación, claro que tienen patologías agregadas el diabético, pero el diabético se compensa; pero de repente estos abuelitos que muchas veces están, los de otros servicios, un poco alterados de conciencia ¡chuta! Se sacan el suero a cada rato.

E: Están un poco desorientados.

P: Claro, eso, ellos te atrapan al técnico-paramédico, a la enfermera y a través de insumos, porque si tú ves un paciente de otro servicio es más absorbente que un paciente de este, aunque este medianamente bien, y el de medicina yo también diría porque compensa aunque no este tan, tan comprometido para que esté en un intermedio pero de todas maneras.

E: Hay que tener cuidado ahí.

P: Claro.

E: Y en cuanto al rol de enfermería, hábleme acerca del rol de enfermería con este modelo ¿cómo lo ha visto usted en este tiempo? Antes de que se implementara el modelo, ahora que se está implementando, ¿cómo lo ve a futuro?

P: Bueno, yo creo que esto implica que la enfermera tenga que estudiar más y prepararse no saber solamente de su servicio en específico, sino que tienen que saber de patologías respiratorias, más de a lo mejor saber colocar una naricera o dos litros de oxígeno ¿no cierto? Saber más, estar más preparada para la atención (10), bueno a lo mejor acá los pacientes por ser de más edad también requieren de una mayor atención de parte de las enfermeras, ya el paciente geriátrico pasa a depender más de la enfermera que del médico de repente.

E: En el fondo porque la enfermera pasa más tiempo con el paciente.

P: Pasa más tiempo, claro con el paciente y el médico en realidad deja sus indicaciones y se va y tú puedes incluso manejarte con el médico por teléfono, no sé como será en los hospitales geriátricos, o en las no sé como les pudiera llamar, pero eso es lo que tú haces y tú como enfermera vas adaptando el tratamiento a lo mejor no cierto administrando en los horarios que corresponde pero puedes hacer muchas cosas que no necesariamente tiene que venir el médico para que diga hágase esto, hágase esto otro, porque en realidad no está dentro de su ámbito tampoco. Y yo siempre me acuerdo que una doctora le pidió digamos a una enfermera que en realidad la fuera a ver porque ella no se sabía manejar con la señora.

Claro tú ves que el médico deja las indicaciones a mira si, claro, claro o ponle esta cosa pero nada más ¿me entiendes? Los medicamentos o esto, ellos dicen bueno, ¡ah sí! pero pudiera ser, la tela por ejemplo, entonces tú dices esta tela no tenemos otra tela, busquemos

otra tela, tráigame otra tela, traiga esto otro, traiga estos parches, o el paciente dice no que haga reposo dice el médico pero tú dices ¡no! si esta señora se puede levantar, la sentamos en el living que se yo, la hago caminar, no sé.

E: Entonces ¿usted piensa que esta implementación ayuda al rol de enfermería?

P: Claro, ayuda al rol de enfermería, a que la enfermera se haga quizás más independiente y de hecho digamos hay enfermeras que se han atrevido a ser más independientes, a ser independientes en el sentido de que tienen sus casas de reposo, igual pienso que esto ha ayudado bastante, esto porque así uno no se encasilla en una cosa, en una especialidad no más..(11)

E: Son más atrevidas las enfermeras ahora.

P: Claro, bueno y creo que este último tiempo, yo diría estos últimos diez años enfermería ha abierto su horizonte y ya no está avocada a trabajar en un hospital o en consultorio y eso era todo, ha incursionado en muchos otros ámbitos de su quehacer profesional y también en las distintas edades del ser humano, porque está la enfermera pediátrica que tiene que ver con los niños y eso se ve en que te piden en “El Mercurio” enfermeras para colegios para que vean la parte de accidentes, de salud, los colegios particulares en Santiago tienen enfermeras y en “El Mercurio” sale, el Colegio Alemán, el Windsor School, el no se cuanto, piden enfermeras.

E: Claro, no sabía eso.

P: Mira, prácticamente te voy a decir que todas las especialidades particulares en Santiago tienen su enfermera: los centros cardiológicos tienen a las enfermeras para que les tomen los electro, le tomen los ... no sé que otras pruebas más hay en cardiología, los centros oftalmológicos los conozco porque mi mamá se opero años atrás y también tenía dos enfermeras, tienen pabellón ahí, entonces llegaba se operaba y el paciente se iba para la casa, por ejemplo se colocó un lente intraocular, tenía cataratas, entramos a las doce del día salimos a las dos a la casa.

E: ¡Que rápido!

P: Y que más hacia allá si podía hacer reposo en su casa, pero bueno eso recién, hará recién cinco años que se está haciendo acá, pero el tipo de pacientes no lo permite, porque el paciente no tiene la facilidad, no tiene el teléfono, no tiene quien lo lleve, quien lo traiga, no tiene que se yo quien le coloque las gotas, entonces todas esas cosas impiden que el paciente este en su casa y si no tiene que estar hospitalizado.

Los centro de diálisis también hay enfermeras y te voy a decir más todavía, una compañera de la primera promoción que salió de aquí, ella abrió un centro de diálisis hace años en Santiago, ella se tituló acá en Valdivia pero no era de acá, creo que era de Osorno o Temuco.

[En ese momento quedamos en silencio unos minutos, la entrevistada mira su reloj]

P: ¿Qué otra cosa más?

E: Ya hablamos del modelo, hablamos de la implementación, de su experiencia fue lo que me ha dicho, acerca del personal igual, que dice que ya está adaptado a las camas indiferenciadas, a atender otro tipo de pacientes... que hubo resistencia al principio pero ahora ya están trabajando bien.

P: Están trabajando bien.

E: Y lo que es las pautas de categorización hablamos también que hace perder tiempo, pero que con los adelantos tecnológicos se ha hecho menos tedioso.

P: El uso de la tecnología.

E: Hace que esto sea más rápido, que no sea como una carga para las enfermeras.

P: Claro, bueno esta dentro de su quehacer y está dentro del horario.

E: Claro. En cuanto al rol de la enfermería hablamos que lo importante es que se está abriendo más la experiencia laboral en este caso, porque la enfermera está adquiriendo más conocimientos, abriéndose más a otro tipo de patologías a otro tipo de pacientes.

P: Si porque por ejemplo, ingresan pacientes indiferenciados no porque solamente ingresen pacientes indiferenciados, sino que por la patología agregada que tienen los pacientes que se fracturan aquí, hace necesaria que antes el paciente era lejano, el diabético uno lo consideraba en medicina, ahora el paciente esta integrado, como tiene más edad y todo y es un paciente que también se fractura, entonces esta acá y hay que manejarlo desde acá, entonces uno ya tiene que tener una información actualizada digamos del manejo de las insulinas.

E: Claro, no puede esperar...

P: Que vuelva a medicina para que se lo trate, pero eso también lo decía yo y al doctor eso lo hablábamos, ingresa yo le decía muchos pacientes diabéticos y con otras patologías y hay que pedir un internista, yo sigo insistiendo que debería pasar un internista no sé, todos los días, día por medio, lunes, miércoles y viernes.

E: ¿Por los diabéticos?

P: Por los diabéticos, por los hipertensos, por los pacientes que están haciendo una neumonía intrahospitalaria, por ese tipo de pacientes, porque también de repente los pacientes diabéticos no se han compensado, no se pueden llevar a pabellón y sigue un espiral sin fin, porque no se logra estabilizar, no va a pabellón o no cierra bien la herida, pero si teniendo una glicemia que no esta estable, glicemia alta la herida no le va a cerrar, si es una herida ya una glicemia sobre doscientos.

E: bueno, de antemano le agradezco el tiempo otorgado para esta conversación.

P: No te preocupes.

- Se refiere a la asistencia pública de su hospital.

CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLOGICA

Unidades de significado	Reducción fenomenológica
(1)no sé si este nuevo modelo que se ha implementado y que se ha tratado de implementar aquí en el hospital ha sido beneficioso para los pacientes	(1)No se si este modelo ha sido beneficioso para los pacientes.
(2)Entonces, pero según mi percepción aquí ha habido un abuso no cierto, un abuso de poder, un poder fáctico le dicen	(2)Aquí ha habido un abuso de poder
(3)yo encuentro que no es malo , yo ya sabía de este modelo de atención progresiva empleada en la católica, en el año noventa y cinco	(3)El modelo de atención progresiva no es malo.
(4) Claro, pero actualmente existe un abuso de las especialidades básicas, existe un abuso porque nadie se atreve a decirles nada	(4)Existe un abuso de las especialidades básicas y nadie dice nada.
(5)No mira yo creo, que al principio hubo bastante resistencia de parte del personal pero encuentro que actualmente la gente ya se adaptó al sistema, al igual que la parte médica de medicina, de neurología no ha habido problema, porque al principio bueno, este era un medio más antiguo, al principio se negaron...	(5)Hubo resistencia al principio, pero el personal ya se adaptó.
(6)Bueno, a mí se ha traducido digamos en que yo tengo que velar porque esto tiene que...esta atención progresiva tiene que objetivarse y esto se objetiva a través de la categorización de los pacientes	(6)La atención progresiva se objetiva a través de la pauta de categorización de pacientes.
(7)Al principio también a uno le cuesta, le parece cuesta arriba la aplicación de la hoja porque la ve incluso muy grande, digamos con mucho detalle, pero después una vez que tú te acostumbras, también después empieza a ser una rutina más y que rápidamente la asimilas, claro la asimilas, así que después lo otro es como se llama, lo asimilas a los números y todo es una operación matemática muy simple.	(7)Al principio cuesta aplicar la hoja de categorizaciones, pero después uno se acostumbra y se transforma en una rutina.
(8)Entonces esto debería estar digamos en el sistema computacional, porque así la	(8)La categorización debería estar en sistema computacional, para que la

<p>enfermera hace su trabajo y va metiendo de inmediato ahí al paciente, bueno ingresa todos los datos del paciente y va categorizando todos los días y no pierde tanto tiempo...</p>	<p>enfermera no pierda tiempo en su trabajo</p>
<p>(9)Pero si ha habido un abuso de poder en cuanto a las camas indiferenciadas que son lo más fuerte acá, por las especialidades básicas y que no ha sido de manera equitativa para todos los servicios que están involucrados.</p>	<p>(9)La distribución de las camas indiferenciadas no ha sido equitativa.</p>
<p>(10)Bueno, yo creo que esto implica que la enfermera tenga que estudiar más y prepararse no saber solamente de su servicio en específico, sino que tienen que saber de patologías respiratorias, más de a lo mejor saber colocar una naricera o dos litros de oxígeno ¿no cierto? Saber más, estar más preparada para la atención.</p>	<p>(10)La enfermera debe estudiar más y estar más preparada para la atención de pacientes.</p>
<p>(11).Claro, ayuda al rol de enfermería, a que la enfermera se haga quizás más independiente y de hecho digamos hay enfermeras que se han atrevido a ser más independientes, a ser independientes en el sentido de que tienen sus casas de reposo, igual pienso que esto ha ayudado bastante, esto porque así uno no se encasilla en una cosa, en una especialidad no más...</p>	<p>(11).Ayuda al rol de enfermería por que se hace más independiente y no se encasilla en una especialidad.</p>

CUADRO DE CONVERGENCIAS

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>(1) No se si este modelo ha sido beneficioso para los pacientes.</p> <p>(3) El modelo de atención progresiva no es malo.</p>	<p>Existe una opinión de la entrevistada sobre el beneficio del modelo de cuidados progresivos, si bien encuentra que el modelo no es malo, refiere que esto no ha sido beneficioso para los pacientes, por lo que ellos no han notado un cambio en la atención.</p>
<p>(2) Aquí ha habido un abuso de poder</p> <p>(4) Existe un abuso de las especialidades básicas y nadie dice nada.</p> <p>(9) La distribución de las camas indiferenciadas no ha sido equitativa.</p>	<p>Existe una disconformidad de la entrevistada en cuanto a la forma de implementación de las camas indiferenciadas, reflejándose en falta de equitatividad en la distribución de estas en el hospital, sintiendo un abuso de poder de parte de las especialidades básicas y de las altas esferas, a pesar de esto refiere que frente a esta situación nadie se ha animado a tomar medidas y dar a conocer la molestia que ha producido al momento de trabajar.</p>
<p>(5) Hubo resistencia al principio, pero el personal ya se adaptó.</p>	<p>El personal de su servicio presentó resistencia al comenzar a recibir pacientes de otros servicios en el suyo, pero finalmente se adaptó a la situación y brindó atención a todos por igual.</p>
<p>(6) La atención progresiva se objetiva a través de la pauta de categorización de pacientes.</p> <p>(7) Al principio cuesta aplicar la hoja de categorizaciones, pero después uno se acostumbra y se transforma en una rutina.</p> <p>(8) La categorización debería estar en sistema computacional, para que la enfermera no pierda tiempo en su trabajo</p>	<p>La pauta de categorización es considerada una pérdida de tiempo para la entrevistada, refiriendo que una de las soluciones para esto es crear un programa computacional que simplifique el tiempo en su aplicación, refiere la dificultad de llenar los datos en la hoja de categorizaciones al principio, pero a la vez la capacidad de transformar esta actividad en una rutina, objetivando a través de esta la atención progresiva.</p>
<p>(10) La enfermera debe estudiar más y estar más preparada para la atención de pacientes.</p> <p>(11) Ayuda al rol de enfermería por que se hace más independiente y no se encasilla en una especialidad.</p>	<p>El rol de enfermería se ve beneficiado en cuanto a independencia y de alguna manera se ha ido desligando de apoco en cuanto a las especialidades, dando así mas preparación y conocimientos para brindar atención a todo tipo de pacientes.</p>

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

Se puede inferir que no existe disconformidad con el modelo en sí, sino más bien con la forma en que esta se ha implementado, haciendo hincapié en reiteradas ocasiones de la gran influencia de las altas esferas, percibiendo un “abuso de poder” a la hora de distribuir a los pacientes en los distintos servicios del hospital.

El cambio puede producir diversas reacciones, siendo una de estas la resistencia inicial que mostró el personal al momento de recibir pacientes distintos a lo acostumbrado, sin embargo se han ido adaptando con el transcurso del tiempo. La misma reacción se produjo a nivel de enfermería al momento de implementar las pautas de categorización, siendo considerada una pérdida de tiempo, a pesar de que ahora es realizada de forma rutinaria, para esto, proyecta un sistema computacional que facilite su aplicación.

La enfermería se vislumbra como una profesión más independiente de la parte médica, y menos ligada a una especialidad, lo que implica una constante adquisición de conocimientos para brindar atención todo tipo de pacientes

Discurso 2

Enfermera

Edad: 26 años

Soltera

Sexo: Femenino.

Procedencia: Valdivia.

La conversación es realizada en la oficina de enfermería del servicio, un día domingo, ya que la carga laboral es menor en comparación a los días de semana.

E: Hábleme sobre el modelo de cuidados progresivos.

P: A ver, en cuanto a lo que puede servir acá en el hospital creo que es un modelo que en realidad nosotros como enfermeras nos ha ayudado más que nada en la parte de ampliar un poco nuestros conocimientos en cuanto a las otras áreas (1) ósea de los otros servicios ya que igual se supone que tú tienes que estar capacitado para hospitalizar pacientes de diferentes áreas, entonces como que te saca un poco de todo lo que es la especialidad de un solo servicio. Ahora en cuanto a la capacitación creo que es un programa que se lanzó sin tener muy bien claro de lo que se iba a tratar, porque nunca se capacitó a la gente para eso (2) y tampoco las personas que están a cargo, una opinión muy personal, creo que ni siquiera las personas que están muy a cargo tienen muy entendido de lo que se trata, no tienen una noción muy clara de lo que esto conlleva (3).

E: Hábleme acerca de ¿cómo fue la implementación de este modelo aquí en el hospital?

P: De la implementación bueno, ¡a ver! se dio a conocer ¿si? En una charla que fue abierta para todos los servicios y para todo el personal hospitalario, médico, profesionales médicos y no médicos y para técnicos, auxiliares, etcétera, para todo el personal del hospital, ¡pero! solamente se dio a conocer, ahora si eso en la reunión que se hizo quedó claro para el personal a mí me parece que no(4), porque ya este plan lleva alrededor de un año y todavía hay servicios que no entienden de lo que se trata el sistema de las camas indiferenciadas sobre todo, entonces hay como bastantes problemas al momento de hospitalizar otro paciente, porque si bien tú lo hospitalizas en otro lado y ellos lo reciben no lo atienden como si fuera de su servicio, o sea sigue siendo ajenos para ellos, y más aún que ellos tampoco... cómo te digo fue un plan que si bien fue dado a conocer, fue dado a conocer y ahí quedó, se lanzó solamente como toda las cosas(5).

E: Hablemos más acerca de las camas indiferenciadas ¿cómo lo consideras?

P: A ver, a nivel hospitalario lo considero bueno, ya que siempre se ha tenido problemas cuando por ejemplo por la parte de las listas de espera de los pacientes que se necesitaba hospitalizar, o que no habían camas en los servicios, por ese lado considero que la parte de

camas indiferenciadas está bien. Ahora en cuanto a si está bien formulado es lo mismo, yo creo que todavía hay cosas que falta pulir (6), sobretodo en la parte de camas indiferenciadas, nosotros por ejemplo acá en el servicio ¿puedo nombrarlo? ¿si? En neurología el problema que tenemos es que es un servicio que tiene bastante demanda acá en el hospital, entonces alrededor del treinta, si no es que el cincuenta por ciento de nuestros pacientes queda hospitalizado fuera del servicio, pero la persona que está a cargo de esto, de la coordinación de camas indiferenciadas tampoco tiene muy claro, en cuanto a la gravedad de nuestros pacientes, entonces hay pacientes de nosotros que están grave y quedan hospitalizados en otro servicio y las enfermeras que están en los otros servicios no están capacitadas para atender a ese tipo de pacientes, menos el personal técnico, entonces ahí hemos tenido bastantes problemas.

Como también hemos tenido problemas en el sentido de que a nosotros nos hospitalizan pacientes de otros servicios: de medicina, cirugía, etcétera, considerando que tenemos afuera diecinueve pacientes, diez pacientes; entonces es como ilógico, creo que las camas indiferenciadas, si bien significa de que los pacientes son indiferenciados que pueden estar hospitalizados en cualquier servicio se debiera priorizar que los pacientes neurológicos, o de cirugía, o de medicina, estén donde corresponde que es su servicio donde la gente está capacitada, ya teniendo capacitado a todo el hospital puede ser que sea un poco más fluido(7), pero sin antes haber capacitado al personal no sé puede dejar a un paciente grave en otro lado si no lo van a atender bien.

E: Hábleme acerca de la pauta de categorización.

P: Bueno, la pauta de categorización fue un plan que se llevó a cabo por las enfermeras, bueno esto igual es como a nivel nacional me parece mucho, pero las pautas de categorización se han ido implementando y se han ido modificando de acuerdo a los diferentes hospitales. Acá en el hospital se formó una comisión de hace más menos un año y algo para ver lo de la pauta de categorización y tratar de unificar criterios que sirvan para los diferentes servicios.

Ahora si tú me preguntas si para nuestro servicio sirve ¡no! Porque no tiene un análisis neurológico que es lo que nosotros necesitamos acá en nuestro servicio, entonces si tú haces una auditoria para ver la gravedad de nuestros pacientes obviamente te vas a llevar con la sorpresa de que acá pacientes visiblemente en la pauta de categorización no hay.

Ahondemos más en el tema que parte consideras que esta mal de esta pauta?

P: Está mal, está mal en la parte de riesgo... claro, en la parte de los cuidados universales... está como ¿si?, pero en la parte donde tú tienes que ver todo lo que haces con el paciente en la parte de riesgo, ¡no!, porque no existe en ninguna parte una evaluación neurológica como te digo, y cosa que para nosotros acá en el servicio son relevantes y que nos mide la gravedad del paciente, entonces no es aplicable para nosotros. (8)

Y por lo demás considero que es un papel que no sirve de mucho porque ya llevamos más de un año con esto, se hizo una marcha blanca más o menos de uno o dos meses y jamás se ha hecho una auditoria para ver si esta pauta de que nos sirve(9), porque si a mi me dijeran esta pauta si te sirve porque te van a dar más recursos personales, te van a dar más recursos en insumos o en infraestructura, te puedo creer que digas ¡si la pauta si es algo que me sirva! y vale la pena hacerla diariamente, pero yo jamás he visto hasta el momento que esa pauta nos

sirva de algo como para surgir a nivel hospitalario, el resumen se hace diario y se hace mensual y tampoco nos sirve de nada, tampoco yo con eso he podido ver si es que realmente necesito recursos, nadie me ha preguntado: oye no sé, en cuanto a los resultados nosotros notamos acá que necesitan más implementación, ¡no! Eso no ha sucedido, entonces para mí la verdad igual es un poco pérdida de tiempo porque tampoco mide la labor de enfermería (10).

E: Y ahora acerca de los bloque médicos quirúrgicos.

P: A ver, igual yo creo que...de la experiencia que tengo de otros hospitales por lo que he conversado con otras colegas es que si bien se ha llevado a cabo en la parte de medicina y en la parte de cirugía, si bien es un proyecto bueno y que es bastante ambicioso tratar de separar las áreas(12) igual ellas se han visto en la necesidad de crear un servicio neurológico, lo que pasó con el hospital de Osorno, el hospital de Osorno por ejemplo se divide en bloque médico-quirúrgico y ahora que lo están agrandando van a dejar un servicio para pacientes neurológicos, porque aún dividido el bloque de esa forma no dan a vasto y en realidad es un área que necesita tener un servicio como tal, con sala de UCI, salas de intermedio dentro del mismo servicio neuro-quirúrgico. Pero la verdad es que para el otro tipo de área considero que es un buen proyecto, ahora si se va a llevar a cabo acá en el hospital creo que antes debiera hacerse una capacitación del personal a nivel hospitalario completo, lo mismo que se debió hacer cuando se lanzó lo del programa,(13)¿por que? porque si no vamos a quedar en las mismas, lamentablemente el personal de acá del “Hospital Regional” la mayoría son bastante añosos, entonces es personal que ya está capacitado en una sola área y que tampoco son de muy fácil manejo para que estén especializados en todos los otros servicios, eso, y lo otro que también es un proyecto que tiene que ver con cómo van... de parte de los médicos como van a andar, porque eso va a significar que los médicos tengan que andar por todo el hospital y no sé si ellos estarán muy de acuerdo con eso, o sea para mí como enfermera la verdad es que considero que es bueno, porque como enfermeras tenemos que estar capacitadas para atender cualquier tipo de paciente, pero para el resto del personal no sé que tan bueno sea.

E: Háblame de cómo se ha visto el rol de enfermería con este nuevo modelo

P: mmm(queda pensando por algunos segundos) nosè si los cambios han sido tantos, yo creo que recién ahora cuando se abra la unidad de cuidados del paciente, o sea cuando exista la unidad de gestión de cuidados del paciente se va ver un poco más lo que es la labor de enfermería, pero considero que el rol de enfermería la forma como se lleva depende de cada persona, depende de cómo tú lo des a conocer en tu unidad, depende de cómo tú te desenvuelvas con tus pacientes y con los familiares, porque no veo tampoco que se haya notado un cambio con esto, o sea no lo veo ¡aún! no se que vendrá hacia más adelante(14), igual hay hartos proyectos como te digo en la parte de rehabilitación y del cuidado, como dar un poco más de énfasis a la parte de incluir a las familias en los cuidados del paciente y todo esto, pero mientras tanto no veo que haya un cambio. Hay como muchos papeles de enfermería por así decirlo, pero al quehacer no se nota mucho (15).

E: ¿Y por la parte del paciente algún beneficio con este modelo?

P: No sé como te digo no noto que haya un cambio en realidad, no noto que exista un cambio a nivel hospitalario en cuanto a la atención, tal vez la diferencia está en que junto con todo esto llegó la parte del “hospital amigo”, tal vez por ahí pudiera estar la modificación en cuanto a que tú tienes más cercanía con los familiares para enseñarles ciertas cosas a la hora del alta, que tiene más posibilidades de hacer más educación en enfermería, que igual es bastante importante, o en la parte de rehabilitación pero la atención para el paciente sigue siendo igual.

Ahora si tú me dices en cuanto a cantidad y eso no sé, porque cada vez son más los pacientes en cantidad y siguen siendo la misma cantidad de enfermeras, entonces tampoco tienes como muchas posibilidades de hacer más cosas de las que tú quisieras con el paciente.

CUADRO DE REDUCCIÒN FENOMENOLÒGICA.

Unidades de significado	Reducción fenomenológica
(1) en cuanto a lo que puede servir acá en el hospital creo que es un modelo que en realidad a nosotros como enfermeras nos ha ayudado más que nada en la parte de ampliar un poco nuestros conocimientos en cuanto a las otras áreas	(1) creo que es un modelo que nos ha ayudado a ampliar un poco nuestros conocimientos en cuanto a las otras áreas
(2) Ahora en cuanto a la capacitación creo que es un programa que se lanzó sin tener muy bien claro de lo que se iba a tratar, porque nunca se capacitó a la gente para eso	(2) es un programa que se lanzó sin tener muy claro de lo que se iba a tratar, nunca se capacitó a la gente
(3) creo que ni siquiera las personas que están muy a cargo tienen muy entendido de lo que se trata, no tienen una noción muy clara de lo que esto conlleva	(3) creo que ni siquiera las personas que están a cargo tienen entendido de lo que se trata, no tienen una noción clara de lo que esto conlleva
(4) De la implementación bueno, ¡a ver! se dio a conocer ¿si? En una charla que fue abierta para todos los servicios y para todo el personal hospitalario, médico, profesionales médicos y no médicos y para técnicos, auxiliares, etcétera, para todo el personal del hospital, ¡pero! solamente se dio a conocer, ahora si eso en la reunión que se hizo quedo claro para el personal a mi me parece que no	(4) Se dio a conocer ¿si? En una charla que fue abierta para todo el personal ahora si quedo claro para el personal a mi me parece que no
(5) digo fue un plan que si bien fue dado a conocer, fue dado a conocer y ahí quedó, se lanzó solamente como toda las cosas.	(5) fue dado a conocer y ahí quedó, se lanzó solamente como toda las cosas.

<p>(6) A nivel hospitalario lo considero bueno, ya que siempre se ha tenido problemas cuando por ejemplo por la parte de las listas de espera de los pacientes que se necesitaba hospitalizar, o que no habían camas en los servicios, por ese lado considero que la parte de camas indiferenciadas está bien. Ahora en cuanto a si está bien formulado es lo mismo, yo creo que todavía hay cosas que falta pulir</p>	<p>(6) A nivel hospitalario lo considero bueno, pero creo que todavía hay cosas que falta pulir</p>
<p>(7) creo que las camas indiferenciadas, si bien significa de que los pacientes son indiferenciados que pueden estar hospitalizados en cualquier servicio se debiera priorizar que los pacientes neurológicos, o de cirugía, o de medicina, estén donde corresponde que es su servicio donde la gente está capacitada, ya teniendo capacitado a todo el hospital puede ser que sea un poco más fluido</p>	<p>(7) Creo que las camas indiferenciadas se debieran priorizar que los pacientes más graves estén en su servicio, donde la gente está capacitada. ya teniendo capacitado a todo el hospital puede ser que sea un poco más fluido</p>
<p>(8) Está mal, está mal en la parte de riesgo... claro, en la parte de los cuidados universales... está como ¿si?, pero en la parte donde tú tienes que ver todo lo que haces con el paciente en la parte de riesgo, ¡no!, porque no existe en ninguna parte una evaluación neurológica como te digo, y cosa que para nosotros acá en el servicio son relevantes y que nos mide la gravedad del paciente, entonces no es aplicable para nosotros.</p>	<p>(8) Está mal en la parte de riesgo, no existe en ninguna parte una evaluación neurológica, por lo que no es aplicable para nosotros.</p>
<p>(9)Y por lo demás considero que es un papel que no sirve de mucho porque ya llevamos más de un año con esto, se hizo una marcha blanca más o menos de uno o dos meses y jamás se ha hecho una auditoria para ver si esta pauta de que nos sirve.,</p>	<p>(9) es un papel que no sirve de mucho jamás se ha hecho una auditoria para ver si esta pauta nos sirve</p>
<p>(10)Para mí la verdad igual es un poco pérdida de tiempo porque tampoco mide la labor de enfermería.</p>	<p>(10)Es una pérdida de tiempo, no mide la labor de enfermería.</p>

<p>(11) los bloques médico quirúrgicos es un proyecto bueno y que es bastante ambicioso tratar de separar las áreas</p>	<p>(11) es un proyecto bueno y ambicioso</p>
<p>(12) ahora si se va a llevar a cabo acá en el hospital creo que antes debiera hacerse una capacitación del personal a nivel hospitalario completo, lo mismo que se debió hacer cuando se lanzó el programa</p>	<p>(12) ahora si se va a llevar a cabo acá en el hospital creo que antes debiera hacerse una capacitación del personal a nivel hospitalario completo</p>
<p>(13) Para mí como enfermera, la verdad es que considero que es bueno, porque como enfermeras tenemos que estar capacitadas para atender cualquier tipo de paciente, pero para el resto del personal no sé que tan bueno sea.</p>	<p>(13) Considero que es bueno, por que tenemos que estar capacitadas para atender todo tipo de pacientes, pero no sé si para el resto del personal.</p>
<p>(14) Considero que el rol de enfermería la forma como se lleva depende de cada persona, depende de cómo tú lo des a conocer en tu unidad, depende de cómo tú te desenvuelvas con tus pacientes y con los familiares, porque no veo tampoco que se haya notado un cambio con esto, o sea no lo veo ¡aún! no sé que vendrá hacia más adelante</p>	<p>(14) El rol de enfermería depende de cómo lo lleve cada persona, pero aún no he notado un cambio.</p>
<p>(15) Hay como muchos papeles de enfermería por así decirlo, pero al qué hacer no se nota mucho</p>	<p>(15) Hay como muchos papeles de enfermería, pero al qué hacer no se nota mucho.</p>
<p>(16) Cada vez son más los pacientes en cantidad y siguen siendo la misma cantidad de enfermeras, entonces tampoco tienes como muchas posibilidades de hacer más cosas de las que tú quisieras con el paciente.</p>	<p>(16) Los pacientes son más y las enfermeras las mismas.</p>

CUADRO DE CONVERGENCIAS.

Unidad de convergencia	Unidades de significado interpretadas
<p>A</p> <p>(2) es un programa que se lanzó sin tener muy claro de lo que se iba a tratar, nunca se capacitó a la gente</p> <p>(3) creo que ni siquiera las personas que están a cargo tienen entendido de lo que se trata, no tienen una noción clara de lo que esto conlleva</p> <p>(4) Se dio a conocer ¿si? En una charla que fue abierta para todo el personal ahora si quedo claro para el personal a mi me parece que no</p> <p>(5) fue dado a conocer y ahí quedó, se lanzó solamente como toda las cosas.</p>	<p>a</p> <p>La información otorgada al momento de presentar el modelo de cuidados progresivos fue insuficiente, suponiendo una falta de conocimiento de las personas encargadas de difundir el modelo. Fue dado a conocer, sin embargo no hubo preocupación de verificar si al personal le quedo claro lo expuesto, además no ha existido una evaluación posterior al lanzamiento de este.</p>
<p>(1) creo que es un modelo que nos ha ayudado a ampliar un poco nuestros conocimientos en cuanto a las otras áreas</p> <p>(13) Considero que es bueno, por que tenemos que estar capacitadas para atender todo tipo de pacientes, pero no se si para el resto del personal.</p>	<p>Se le otorga un valor al desarrollo profesional en cuanto a la ampliación de los conocimientos que conlleva el atender pacientes de diversas patologías, sin embargo no considera que el resto del personal (técnicos paramédicos), lo vean de este punto de vista.</p>
<p>(6) A nivel hospitalario lo considero bueno, pero creo que todavía hay cosas que falta pulir</p> <p>(7) Creo que las camas indiferenciadas se debieran priorizar que los pacientes más graves estén en su servicio, donde la gente está capacitada. ya teniendo capacitado a todo el hospital puede ser que sea un poco más fluido</p> <p>(11) es un proyecto bueno y ambicioso</p> <p>(12) ahora si se va a llevar a cabo acá en el hospital creo que antes debiera hacerse una capacitación del personal a nivel hospitalario completo</p>	<p>Existe una opinión de la entrevistada acerca de los bloques medico quirúrgicos, refiriendo que es un proyecto bueno y ambicioso, no obstante, considera fundamental las capacitaciones del personal a nivel hospitalario completo, mientras esto no se cumpla, los pacientes de mayor cuidado deberían estar en sus respectivos servicios para recibir la atención adecuada a sus requerimientos.</p>

<p>(8) Está mal en la parte de riesgo, no existe en ninguna parte una evaluación neurológica, por lo que no es aplicable para nosotros</p> <p>(9) es un papel que no sirve de mucho, jamás se ha hecho una auditoria para ver si esta pauta nos sirve</p> <p>(10)Es una pérdida de tiempo, no mide la labor de enfermería.</p>	<p>La pauta de categorización no es considerada como un instrumento universal que mida con exactitud la labor de enfermería. Es un documento que más que aportar quita tiempo y no ha sido evaluada su función.</p>
<p>(14) El rol de enfermería depende de cómo lo lleve cada persona, pero aún no he notado un cambio</p> <p>(15)Hay como muchos papeles de enfermería, pero al qué hacer no se nota mucho.</p> <p>(16) Los pacientes son mas y las enfermeras las mismas.</p>	<p>Existe la opinión de que el rol de enfermería no ha sufrido variaciones con el modelo de cuidados progresivos, sin embargo las actividades asignadas han aumentado, como también el numero de pacientes</p>

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

Existe un descontento en relación a la implementación del modelo de cuidados progresivos, relacionado con la pobre difusión de este, y la poca preocupación de evaluar la recepción de la información entregada.

En cuanto a la implementación de los bloques medico- quirúrgicos existe una opinión favorable no obstante destaca la necesidad de capacitaciones a nivel hospitalario completo, en relación a la pauta de categorización de pacientes considera que es un instrumento que no tiene una función clara, quita tiempo a las labores de enfermería y no es universal.

Lo beneficioso de este modelo es la ampliación de conocimientos de la parte de enfermería que contribuye al desarrollo profesional, sin embargo se infiere que el personal técnico no lo ve del mismo punto de vista.

En lo que respecta al rol de enfermería no ha cambiado, solo se ha aumentado la carga laboral pues ha incrementado el número de pacientes y personal continúa siendo el mismo.

DISCURSO 3

Enfermero

Edad: 33 años

Soltero

Sexo: Masculino

Procedencia: Valdivia.

La conversación es realizada en la residencia de enfermería del servicio, durante un turno de noche.

E: Háblame sobre el modelo de cuidados progresivos.

P: Tú te refieres estrictamente a todo este entorno que...

E: A todo lo que conlleva el modelo de cuidados progresivos.

P: Mira, yo siento personalmente el problema que el tema este es un sistema que personalmente creo que está basado o pensado en un pueblo que no es Chile,(1) yo pienso que es un sistema que está pensado quizás en un pueblo más desarrollado, en un pueblo que tenga...no desarrollado en el sentido tecnológico, estoy hablando de algo puntual, yo creo que es un tema netamente cultural al que me refiero.(2)

Yo creo que tiene relación con que esperas tú de las personas que trabajan en este hospital ¿cierto? Para que resulte una cierta forma de atender a público y por cierto la respuesta de ese público, ya sea tanto de los pacientes como de los familiares sea por cierto similar o por lo menos parecida, yo siento que de repente se intentan hacer cosas acá en relación tanto con el sistema de cama, como con medicina, que no tiene relación con el tipo de país que somos,(3) yo creo que estamos muy lejanos a tener resultados con cosas que quizás las vieron las personas que inventaron esto, quizás las vieron en otras partes, yo creo que las pensaron...no sé si fueron a capacitar a Suecia, Holanda, no sé donde fueron pero no creo que muchas cosas acá resulten estrictamente por un tema cultural,¿por que? porque aquí primero que nada la gente no va a estar de acuerdo con cierta normativa que viene de la mano con este asunto.

El tema estricto de las camas indiferenciadas es un asunto absolutamente utópico (4), porque tú te das cuenta que en el día nosotros tenemos la centralización de cama que hospitaliza personas, pero ¡¡ jamás!! hasta los días de hoy hemos tenido una evaluación de ese ingreso en relación a la categorización que hizo la enfermera(5); nunca la Normita en este sentido ha dicho: “este paciente va ir a tal parte porque la categorización que se hizo corresponde a esto”. Se hace algo o se piensa hacer algo basado en una cierta normativa pero al momento de aplicarla no hay ninguna cercanía con eso que se está definiendo, porque el chileno yo creo está acostumbrado a pasarse por alto todas las cosas, todas, todas las cosas(6).

E: Háblame de la implementación de este modelo en el hospital.

P: No yo creo que no ha habido ninguna implementación(7), si tú te pones a pensar la única implementación porque todo va de la mano, tú sabes que las camas indiferenciadas, todo el asunto de las visitas, todo es un proceso de reforma general, yo siento que el único implemento que se hizo es traer unas sillas, las sillas son la única muestra tangible de que hubo algo que se quiso hacer pero aquí hay pacientes de todas las patologías, y aquí ni siquiera pensaron que había que tener una conexión de aire porque el paciente que retenía oxígeno había que hacerlo con aire y no hay aire en la sala, no hay aire hay puro oxígeno. No tienes absolutamente nada en relación a otras patologías, piensa que en trauma hay pacientes de todo tipo, paciente de neuro que por cierto no son los más complicados que tienen ustedes, pero a veces igual están más o menos y a veces hay que pedir que los trasladen pronto, nosotros no tenemos saturómetro, ósea, yo siento que no hay nada más básico que eso,(sonríe) yo creo que en una urgencia no hay nada que te este ayudando más que un saturómetro que te diga como está lo que tú estás haciendo, o sea es casi la única respuesta aparte de un monitor obviamente, la única respuesta es la práctica que tú tienes para ver si tú reanimación en un caso extremo para un hombre está teniendo efecto, no hay nada, no hay un monitor, no hay un desfibrilador para pensar en una emergencia de una patología de tan variado tipo, no hay absolutamente nada, nada que hacer, los baños de visita se abren pero no se contrata a nadie para que los limpie, entonces tú sigue sumando...acá hay baño de visita, haya en neuro no hay y la gente viene hasta acá, es un desfile al final cortémosla de hacernos cargo hasta de los baños, yo creo que es un tema que tiene que ver estrictamente con la jefatura y dar una amenaza de que se abra un baño de tantos que hay allá así como se cerraron acá baños para personas y se otorgaron para las visitas yo creo que hay que hacer en todas partes lo mismo.

Entonces hay una intención de hacer las cosas pero no entregan ni la más mínima herramienta para...(8)

E: ¿pero, se informó que iba a venir esta proposición?

P: Sí, incluso hay un entrevista en el diario que se le hizo al director del hospital, lo más chistoso de esa entrevista es que él habla de lo bien que está funcionando el sistema de visitas y el sistema de hospitalización acá y que hasta ahora dice se ha implementado en todos los servicios, y ocupa la palabra implementación varias veces y a mi me da risa porque no se ha implementado nada, o sea ni siquiera se alcanzó cosas ya de Perogrullo como decir: ¿los paramédicos y enfermeras estarán capacitados en este servicio para atender esta otra cosa? O cosas ya más fina, tampoco se pensó en nada(9).

E: Háblame de la pauta de categorización ¿cómo la considera?

P: No la considero totalmente inadecuada(10), yo insisto que estas cosas las personas que las inventan yo creo que están basadas en otras cosas, yo creo que lo hacen por Internet, ven cosas en el extranjero pero yo no sé si habrá alguien de ese grupo que trabaje en un hospital, o sea lo dudo porque son tan ajenas a lo que ve uno, o sea si tú te das cuenta la primera pauta que hubo hace un tiempo, esa que era una hoja horizontal, tenía un acercamiento que era un pelito, por lo menos tú tomabas un examen, ponías una sonda y por lo menos considerabas que la

enfermera estaba trabajando, la de ahora tú puedes tomarle a una persona un examen dos veces , puedes hacer una aspiración de secreciones y no pasó nada con la hoja, no pasó nada, no hubo ningún cambio. Cuando el paciente va a pabellón en recuperación NO lo van a categorizar, entonces tú tienes que visualizar al paciente como está en tú servicio, el paciente lo único que cambia cuando lo van a operar o en una operación es que ese día no come, es lo único que aparece cambiado, y en el régimen no le pones nada porque no come y a en la tarde no lo vuelves a categorizar por tiempo porque estás sólo y si tuvieras que volver categorizar va a ver a lo más que te puede cambiar es un paciente que trae una sonda, pero todo lo que se hizo con el paciente en el día, todos los procedimientos médicos, todo este sin fin de movimientos que significa meter a alguien a pabellón desde la secretaria hasta el último funcionario no se considera en ninguna parte.

E: ¿te refieres que en la parte de riesgo la pauta no está adecuada?

P: No, y en lo que se hace estrictamente con el paciente ese día, porque además que tú no puedes ponerte a marcar ahí lo que se va a hacer en pabellón, porque te quedaría un montón de pautas hechas... tampoco podrías ponerle este hombre va a operarlo, van a internarlo ¡no! Tú tienes que plantearte la realidad de la foto a las once de la mañana, no lo que va a pasar a la una de la tarde, entonces en esas condiciones tú no vas a lograr identificar en la práctica el verdadero trabajo que tiene enfermería, el verdadero recargo o el rol para poder decir en algún momento este es el trabajo que realizamos nosotros, porque es el único documento como estándar que se está aplicando en este hospital para todas estas cosas y al ser el único ni siquiera indica lo que realmente hacemos, porque yo paso; todo! el día trabajando y en esa pauta no veo nada de lo que hacemos(11).

E: Ahora hálame acerca de las camas indiferenciadas

P: Mira, las camas indiferenciadas yo creo que hay un buen espíritu, hay que verlas por su resultado final pero a la vez también por el espíritu que tiene la iniciativa(13), yo creo que cuando uno habla del plan AUGE por ejemplo, yo creo que es absolutamente válido pensar que hay ciertas patologías que necesitan estar garantizadas ¿cierto? Yo creo que si uno pone ese argumento claro todos vamos a estar de acuerdo, o sea hay un cierto grado de patología que el gobierno está garantizando su atención, el espíritu de la ley es hermoso pero la implementación del plan AUGE no ha sido cien por ciento buena desde su inicio y ahí también caemos en el tema que pareciera que esto está hecho por personas que no tienen ningún conocimiento de lo que pasa en los hospitales.

Lo mismo pasa en las camas indiferenciadas, o sea pensar que si un servicio está lleno porque vas a tener suples si hay otro servicio que tiene camas también es cierto, es bonito, es inteligente pensarlo pero también está la otra parte de las camas indiferenciadas que es funcionar desde el otro lado, nadie se preguntó ¿están capacitados para ver a esos pacientes o no? ¿ese servicio tiene o no la tecnología o los implementos básicos para atender a ese tipo de pacientes?, no se está cumpliendo con llevar pacientes estrictamente en buenas condiciones de los servicios, porque a ti te dicen ya si el compadre es complicado lo menos que hacen es hacer un cambio de lado, pero no siempre tampoco, entonces al final tú te ves envuelto en

recibir un paciente de repente de características muy diferentes a los que tienes acá y no tienes los medios...(14) y muchas veces sabes que no es que las cosas no se sepan hacer, por algo las unidades intermedias y la UCI tienen la forma que tienen, o sea las camas están todas a la vista de la estación de enfermería, por algo son así, pero cuando tú piensas en un paciente un poco más complicado acá en neuro que hay salas enteras con pacientes complicados ¿cómo los tienes si necesidad de enfermería es en otra parte? Tendrías que tener un paramédico o dos paramédicos constantemente en esa sala, entonces partamos de ahí si tú vas a tener pacientes de todas las características debes tener los medios y entre los medios es tener la cantidad de paramédicos suficientes para ir a ver ese paciente, porque si van a mandar acá a un paciente grave y el paciente no tiene vuelta, va a morir ¿pero quién los cuida toda la noche? Claro, si va a morir, pero no puedo dejarlo morirse ahogado, tengo que aspirarlo toda la noche, estar preocupado de su temperatura si es que tiene, tener personal para eso si tengo cincuenta pacientes más, entonces estas determinando un paramédico para un paciente y los otros tres para cuarenta y cinco, entonces no corresponden esas cosas, por algo las unidades de pacientes críticos tienen otras formas y monitores y televisores para ir mirando lo que pasa con el paciente.

Entonces hay una muy buena intención de tener todas las camas ocupadas pero en la práctica no se da digamos como quisiéramos; menos en este hospital por la problemática que tenemos de ocho a cinco se hace cargo de la categorización la persona encargada de centralización de camas y después de las cinco, en las noches y en los fines de semana se hace cargo la enfermera de urgencia que... entre ellas ¡¡jamás!!! vas a ver que ninguna va a hospitalizar las cosas como sería con “justicia”(15), tú sabes muy bien que nosotros podemos tener cuatro camas y las ocupamos las cuatro en la noche, mientras que en otros servicios... bueno ustedes siempre están llenos, por eso pasan esas cosas, pero no se dice dejemos dos en nuestro servicio y dos en otro ¡no! Se mandan cuatro al nuestro, porque el poder de decisión después de las cinco y en las noches está en manos de los cirujanos de la urgencia y la enfermera de urgencia trabaja en la parte del cirujano y no van a quemarse, prefiere quemarse con uno de sus colegas y no con un cirujano, entonces en la práctica están todos absolutamente dañados en su fondo, yo creo que estas cosas no son inventos, yo creo que cuando tú tienes un sistema de centralización de camas en el cual ha dejado durante todos estos meses quizás años podríamos decir un año, a un servicio total y absolutamente privilegiado es porque el germen primero de ese asunto esta corrompido. No ha habido nadie que ha podido decir sabes que las cosas son igual para todos, todos estamos en esta misma parada, ustedes tienen que hospitalizar gente (16). Nadie, nadie ha podido jugárselas de esa manera, prefieren evitar la discusión con sus colegas pero tener algún servicio como este, a la gente de gine que se queda con paramédicos solas con gente grave, prefieren tener a esa gente en extremas condiciones.

Tú ves pacientes de repente bastante bien pero por favor, o sea de repente he ido y he tenido que mandar gente a UCI, la última noche tuvimos a una señora que pedía a gritos irse a medicina jamás pillamos una cama, el doctor Flores tuvo que ir a verla, o sea la paciente con mil patologías, no tenía nada que hacer en ese servicio, entonces cuando tienes servicios como cirugía adulto que han sido constantemente beneficiados con esta situación, tú no vas a obtener nada, porque uno no es nadie tampoco para que le hagan caso en estos requerimientos. Mira lo único que te da un cierto alivio en cuanto a las evaluaciones para nuestro servicio, neuro está tan acostumbrado a tener gente afuera que constantemente viene a ver a sus pacientes altiro, o sea no se demora nada además que estamos al lado y medicina con el

tiempo ha logrado también... bueno yo creo que medicina también gracias a los médicos que son...son médicos a toda prueba, o sea los internistas, ellos son especiales, porque yo estoy seguro que si pusieran a otro compadre no estarían los mismos resultados, yo creo que se han evaluado a los pacientes de medicina siempre todos los días y bien, porque ellos en particular son buenos para la pega, pero si hubieran tenido otros internistas no se si hubieran tenido los mismos resultados, porque no acostumbran ellos también a pasearse por el hospital evaluando pacientes con esa sonrisa.

P: También eso es lo que te comentaba de garantizar la atención de algunas patologías, garantizan o sea si hay cinco patologías neuro que llevan los servicios, las cinco están garantizadas, entonces de repente tú ves que todos los pacientes, por lo menos el noventa por ciento son AUGE, entonces donde los metes, una cosa es garantizar y la otra es no saber donde meterlos.

O sea una señora de repente despierta y le dice a su marido sabes que me perdí un rato no sé donde estuve, vamos a la urgencia, una CIT porque ocurrió que pudo haber sido eso y están cinco días, nada. Porque lamentablemente se puede sospechar de un infarto después, aunque la gran mayoría de las veces no pasa nada entonces al final se está hospitalizando de repente personas que a veces quizás no lo necesitarían, quizás sería mejor un trabajo de otro tipo: una evaluación de domicilio, yo no sé si pensaron alguna vez poner recursos de algún profesional que vaya a evaluar las casas de esas personas a tantas horas, yo creo que le sale harto mejor que estar pagando un día acá, decir por lo menos tales personas se sospecha de una crisis Isquémica, se han evaluado por tales personas, sea enfermero o médicos a las tantas horas y a las tantas horas, según esas condiciones se evalúa si vuelven a consultar o no, si contratan o no, pero no todo para dentro, todos se hospitalizan, al final no hay espacio para nada, este hospital colapsa con las cosas más mínimas, tú tienes un accidente en auto del cual llega uno a la UCI, el otro se va para neuro, los otros dos a pabellón y no hay nadie que pueda venir a evaluar a los pacientes, los de la UCI están con el que está muriendo, los otros están operando y si se te complica no hay nadie, o sea el hospital colapsa con lo más mínimo.

La otra vez cuando una noche acá estaba la embarrada no había ningún médico que viniera a evaluar nada, sólo porque en urgencia se juntaron como ocho ingresos, unos estaban viendo lo de la UCI, los cirujanos estaban operando y perdiste toda posibilidad de tener un médico que te evalúe al resto de los mil cristianos que están acostados, entonces este hospital colapsa demasiado fácil por nada. Encuentro que es demasiado poco la cantidad de cosas que se dan para lo rápido que tú te ves atado de manos y sin respuesta rápidas a tus requerimientos.

E: Y el rol de enfermería ¿cómo se ha visto con todo esto del modelo?

P: Yo creo que se ha ahondado en esto que conversábamos delante que tiene relación a que todas las cosas que suceden en un servicio, independiente de que tipo sea todo pasa por enfermería, si antes de esto cien cosas pasaban por enfermería ahora doscientas cosas pasan por enfermería y lamentablemente habían diez enfermeras y siguen siendo las mismas diez, no han contratado a nadie más, entonces tú sigues sumando y sigues sumando cosas que tienen que ver desde cosas tan inauditas(17) que tú vas donde uno a pedir la llave del baño de visitas: ¡no! El las recibe y ¿qué tengo que ver yo? Pero desde lo más mínimo todo tiene que

pasar por mí, entonces la enfermera ve una cama, la tienes que ver tú, si hay un cambio de catres, ni siquiera un paramédico a veces pueden decir: ¿sabes que cambiemos esto libremente para allá, para acá!, todo tú, entonces al final enfermería en su totalidad se ve totalmente ¿como sería el concepto? sobrepasado en sus capacidades para poder sobrellevar de buena manera este asunto (18).

Tú tienes servicios como medicina que tuvieron que cerrar salas porque la falta de enfermeras supera todos los límites aceptables y ahí tienes que ver turnos... tú lo sabes muy bien turnos largos, en los cuales tú andas con la vejiga llena porque no tienes tiempo para ir a vaciarla, o comes corriendo, todo desagradable, porque se suman y se suman tareas.

Pero como decían célebremente las profes nosotros seguimos estando...no me gusta hablar de posiciones dentro del hospital pero a veces es bueno hacerlo, aquí tú sabes que hay niveles en los cuales se encuentra cada estamento, aunque a uno no le guste es así, lamentablemente enfermería sigue estando en la mitad del sándwich, sigue siendo la mortadela de entremedio, ni eres lo más bajo y jamás vas a ser lo más alto(19), mientras no seas lo más alto en nada no vamos a tener nunca el poder para modificar ciertas cosas y siempre vamos a estar a la sombra de los médicos, que no tienen el compromiso que tiene uno, y si la persona que más poder tiene no tiene ese compromiso no va a ver un avance en ese sentido, en cambio las enfermeras si tienen compromiso pero no tienen el poder para poder definir muchas cosas y no tienen la opinión tampoco, porque cuando tú haz visto movilizaciones que se han querido hacer ninguno de nosotros va y dice: sabes que parémonos y nos organizamos los diez y nos vamos, no se da tampoco, porque además que estamos todos a contrata y si le caemos mal al director nos vamos de inmediato, a fin de año no nos contratan más.

Entonces es un sinfín de cosas unidas unas a otras que hacen que uno no pueda actuar libremente, ni manifestarse libremente, ni dar a conocer el sentir por cosas personales... tampoco puedes hablar de eso, porque tú sabes que en un hospital como este también las represalias son reales, uno lo ha visto en el último paro varias personas las echaron sólo por haberse parado, entonces las represalias son reales aquí.

Entonces al final tú te das cuenta que enfermería sigue estando, independiente de cuanto trabajo se le sume sigue estando en el mismo, exacto lugar donde estaba cuando entramos a la universidad hace ocho años, no ha habido ningún cambio, pero ha habido cambios en cuanto a tú trabajo, en cuanto a tus responsabilidades, pero nada más cambios, sumando. Entonces así se obtienen después profesionales que solamente van a trabajar por cumplir y ya van a perder ese compromiso que había a veces en los más jóvenes.

Uno se da cuenta que tiene mucho menos paciencia que cuando llegó, tú cuando llegaste, no digo tú en particular, pero cuando llegaste ¿pensaste que ibas a perder la paciencia tan rápido?, yo pensé que iba a esta años, de años, de años antes de perder la paciencia y ahora yo que no me demoré ni un año y ahora soy estricto en un cien por ciento, pero nunca pensé serlo. Obviamente uno siempre cede, por ejemplo, si alguien viene de Panguipulli a las nueve de la mañana no le vas a decir que espere hasta las doce y media, si tiene que irse y te demuestra que realmente es así, que vas a hacer. Pero normalmente yo soy súper estricto, claro, no dejo pasar nada, o sea trato de que todo sea absolutamente claro con la gente, que tome su hoja de reclamo, que haga lo que quiere, uno tiene la oportunidad de aclarar las cosas. Pero yo no pensé que iba a ser así tan rápido quizás, yo pensé que iba a durar mucho mas tiempo siendo light.

Ahora me convertí no en un insensible, pero si mucho más firme, mucho más duro, no es que me justifique pero es que es culpa de la gente, que tiene actitudes que te obligan a ponerte firme

E: Y para enfermería ¿le ves algún beneficio el tener pacientes con distintas patologías?

P: Sí, tiene su beneficio en el sentido de que tú te ves obligado no cierto de cierta manera, por este mismo asunto de que todo te preguntan a ti y de que todo pasa por ti, te ves obligado de buena manera, obligación en buen término de aprender de esas patologías(20), o sea tú no puedes mantenerte al margen de una patología que no conoces, o sea quizás aquí todos hemos trabajado en neuro, esas partes ya no son de complejidad porque todo lo hemos visto en algún momento, pero si pacientes de medicina con cosas raras que no estamos acostumbrados si, o sea es rico y es bueno cuando viene el médico, tú conversas con él y dice muchas cosas que tú no estas acostumbrado a ver y llegas a tu casa y estudias lo que siempre es bueno, porque partamos de que nadie puede mantenerse al margen de estar especializándose, tenemos que estar en eso constantemente y, es como lo único positivo que yo le veo a esta cosa(21) y es positivo para uno al fin, ni siquiera es para el medio, ni siquiera es positivo para el entorno general, es positivo para uno y es positivo porque a uno le gusta y es joven, pero yo creo que una enfermera mayor, una enfermera más vieja yo no sé si están tan abiertas al aprendizaje(22) a estas alturas también, o sea y no es que las critique, sino que tu con treinta años de servicio no creo que tengas la misma disposición a agarrar un libro, si son treinta años, tú no estas con el ánimo de estudiar, yo creo que yo no lo voy a estar, si llega una persona con una patología que no conozca me va a dar lo mismo, que se vaya luego, y es entendible, quizás no justificable pero comprensible.

Es lo único bueno que yo le veo la realidad de las cosas.

CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA.

Unidades de significado	Reducción fenomenológica
(1) yo siento personalmente el problema que el tema este es un sistema que personalmente creo que está basado o pensado en un pueblo que no es Chile pienso que es un sistema que está pensado quizás en un pueblo más desarrollado, en un pueblo que tenga...no desarrollado en el sentido tecnológico, estoy hablando de algo puntual, yo creo que es un tema netamente cultural al que me refiero.	(1) es un sistema que está basado o pensado en un país que no es Chile, está pensado en un país más desarrollado culturalmente.
(2)yo siento que de repente se intentan hacer cosas acá en relación tanto con el sistema de cama, como con medicina, que no tiene relación con el tipo de país que somos	(2) se intentan hacer cosas que no tiene relación con el tipo de país que somos
(3)El tema estricto de las camas indiferenciadas es un asunto absolutamente utópico	(3)El tema de las camas indiferenciadas es absolutamente utópico
(4)¡¡ Jamás!! hasta los días de hoy hemos tenido una evaluación de ese ingreso en relación a la categorización que hizo la enfermera	(4)¡¡ Jamás!! hemos tenido una evaluación de ese ingreso en relación a la categorización
(5) Se hace algo o se piensa hacer algo basado en una cierta normativa pero al momento de aplicarla no hay ninguna cercanía con eso que se está definiendo, porque el chileno yo creo está acostumbrado a pasarse por alto todas las cosas, todas, todas las cosas	(5) Se hace algo o se piensa hacer algo basado en una cierta normativa pero al momento de aplicarla no hay ninguna cercanía con eso que se está definiendo
(6)No yo creo que no ha habido ninguna implementación	(6)no ha habido ninguna implementación
(7)Entonces hay una intención de hacer las cosas pero no entregan ni la más mínima herramienta para...	(7) hay una intención de hacer las cosas pero no entregan ni la más mínima herramienta
(8) No se ha implementado nada, o sea ni siquiera se alcanzó cosas ya de Perogrullo como decir: ¿los paramédicos y enfermeras estarán capacitados en este servicio para	(8)No se ha implementado nada, ni siquiera se pensó: ¿los paramédicos y enfermeras estarán capacitados en este servicio para atender esta otra cosa?

atender esta otra cosa? O cosas ya más fina, tampoco se pensó en nada.	
(9)No la considero totalmente inadecuada	(9)No considero la pauta totalmente inadecuada
(10)Ni siquiera indica lo que realmente hacemos, porque yo paso ¡todo! el día trabajando y en esa pauta no veo nada de lo que hacemos	(10)La pauta no refleja lo que hacemos
(11)las camas indiferenciadas yo creo que hay un buen espíritu, hay que verlas por su resultado final pero a la vez también por el espíritu que tiene la iniciativa	(11)las camas indiferenciadas creo que hay un buen espíritu
(12) Nadie se preguntó, ¿Están capacitados para ver a esos pacientes o no? ¿ese servicio tiene o no la tecnología o los implementos básicos para atender a ese tipo de pacientes?, no se está cumpliendo con llevar pacientes estrictamente en buenas condiciones de los servicios, porque a ti te dicen ya si el compadre es complicado lo menos que hacen es hacer un cambio de lado, pero no siempre tampoco, entonces al final tú te ves envuelto en recibir un paciente de repente de características muy diferentes a los que tienes acá y no tienes los medios	(12) Nadie se pregunto si el personal y los servicios estaban preparados para recibir otro tipo de paciente...
(13)Entre la persona encargada de centralización de camas y la enfermera de urgencia, se ve que ninguna va a hospitalizar las cosas como sería con “justicia”	(13) ninguna va a hospitalizar las cosas con justicia
(14) No ha habido nadie que ha podido decir ¿sabes? que las cosas son igual para todos, todos estamos en esta misma parada, ustedes tienen que hospitalizar gente (16).	(14) Nadie ha podido decir que las cosas son igual para todos...
(15) todas las cosas que suceden en un servicio, independiente de que tipo sea, todo pasa por enfermería, si antes de esto cien cosas pasaban por enfermería ahora doscientas cosas pasan por enfermería y lamentablemente habían diez enfermeras y siguen siendo las mismas diez, no han contratado a nadie más, entonces tú sigues	(15) todas las cosas que suceden en un servicio, y que pasa por enfermería ha ido en aumento, pero el personal sigue siendo el mismo.

sumando y sigues sumando cosas que tienen que ver desde cosas tan inauditas	
(16) entonces al final enfermería en su totalidad se ve totalmente ¿como sería el concepto? sobrepasado en sus capacidades para poder sobrellevar de buena manera este asunto	(16) Enfermería se ve totalmente sobrepasada en sus capacidades
(17) lamentablemente enfermería sigue estando en la mitad del sándwich, sigue siendo la mortadela de entremedio, ni eres lo más bajo y jamás vas a ser lo más alto	(17)lamentablemente enfermería sigue estando en la mitad , ni eres lo más bajo y jamás vas a ser lo más alto
(18) tiene su beneficio en el sentido de que tú te ves obligado no cierto de cierta manera, por este mismo asunto de que todo te preguntan a ti y de que todo pasa por ti, te ves obligado de buena manera, obligación en buen término de aprender de esas patologías	(18)tiene su beneficio en el sentido de que tú te ves obligado de buena manera de aprender de otras patologías
(19) que nadie puede mantenerse al margen de estar especializándose, tenemos que estar en eso constantemente y, es como lo único positivo que yo le veo a esta cosa	(19)Lo único positivo es estar especializándose constantemente.
(20) es positivo para uno y es positivo porque a uno le gusta y es joven, pero yo creo que una enfermera mayor, una enfermera más vieja yo no sé si están tan abiertas al aprendizaje	(20) Es positivo para uno que es joven, pero no creo que una enfermera mayor este tan abierta al aprendizaje.

CUADRO DE CONVERGENCIAS

Unidad de convergencia	Unidades de significado interpretadas
<p>A</p> <p>(1) es un sistema que está basado o pensado en un país que no es Chile, está pensado en un país más desarrollado culturalmente.</p> <p>(2) se intentan hacer cosas que no tiene relación con el tipo de país que somos</p> <p>(5) Se hace algo o se piensa hacer algo basado en una cierta normativa pero al momento de aplicarla no hay ninguna cercanía con eso que se está definiendo</p>	<p>a</p> <p>Para el entrevistado, el modelo de cuidados progresivos no es adecuado al desarrollo cultural de este país. Las cosas se piensan o planean de una forma determinada, pero al momento de aplicarla no hay relación con lo establecido al principio.</p>
<p>(3)El tema de las camas indiferenciadas es absolutamente utópico</p> <p>(4)¡¡ Jamás!! hemos tenido una evaluación de ese ingreso en relación a la categorización</p> <p>(11)las camas indiferenciadas creo que hay un buen espíritu</p>	<p>El entrevistado considera que las camas indiferenciadas son una buena iniciativa para ser implementadas a largo plazo, pero en estos momentos es ilusorio llevarlo a la práctica y que funcione como se planteó teóricamente. Por lo demás no se clasifica previamente al paciente al momento de otorgarle una cama indiferenciada en un servicio x.</p>
<p>(6)no ha habido ninguna implementación</p> <p>(7) hay una intención de hacer las cosas pero no entregan ni la más mínima herramienta</p> <p>(8)No se ha implementado nada, ni siquiera se pensó: ¿los paramédicos y enfermeras estarán capacitados en este servicio para atender esta otra cosa?</p> <p>(12) Nadie se pregunto si el personal y los servicios estaban preparados para recibir otro tipo de paciente...</p>	<p>Existe cierta disconformidad por parte del entrevistado en relación a la implementación de las camas indiferenciadas y a la preparación previa otorgada al personal o los servicios involucrados (infraestructura, insumos).</p>
<p>(9)No considero la pauta totalmente inadecuada</p> <p>(10)La pauta no refleja lo que hacemos</p>	<p>La pauta de categorización no representa realmente el trabajo que realiza enfermería en su quehacer diario, no obstante existe cierta contradicción al momento de expresar que no considera la pauta totalmente inadecuada para su aplicación.</p>

<p>(13) ninguna va a hospitalizar las cosas con justicia (14) Nadie ha podido decir que las cosas son igual para todos...</p>	<p>Existe discrepancia del entrevistado en relación a la equitatividad demostrada por las personas encargadas de las camas indiferenciadas al momento de distribuir los pacientes que ingresan a hospitalizarse.</p>
<p>(15) todas las cosas que suceden en un servicio, y que pasa por enfermería ha ido en aumento, pero el personal sigue siendo el mismo. (16) Enfermería se ve totalmente sobrepasada en sus capacidades</p>	<p>En el transcurso del tiempo, según el entrevistado, se han ido sumando funciones al profesional de enfermería, sin embargo este aumento no es directamente proporcional al número de enfermeras que ejercen en este momento. Como consecuencia se ven sobrepasadas en sus capacidades.</p>
<p>(17)lamentablemente enfermería sigue estando en la mitad , ni eres lo más bajo y jamás vas a ser lo más alto</p>	<p>Existe la opinión del entrevistado, sobre la posición de la profesión dentro de los estamentos del hospital, refiriendo que enfermería se encuentra en un nivel medio, en que su opinión va a tener cierta relevancia en las esferas mas bajas, pero siempre habrá alguien en un nivel mas alto por el que pasaran las decisiones de enfermería y dependerá de él si estas se concretan.</p>
<p>(18)tiene su beneficio en el sentido de que tú te ves obligado de buena manera de aprender de otras patologías (19)Lo único positivo es estar especializándose constantemente. (20) Es positivo para uno que es joven, pero no creo que una enfermera mayor este tan abierta al aprendizaje.</p>	<p>Según la opinión de entrevistado, las personas jóvenes son mas abiertas a los cambios y los desafíos que los que ya llevan un tiempo considerable trabajando en el hospital. Destaca como positivo, la constante capacitación a la que se debe sujetar el enfermero al atender a pacientes distintos de la especialidad del servicio.</p>

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

El modelo de cuidados progresivos, es considerado inadecuado para el desarrollo cultural de este país, las camas indiferenciadas son una buena iniciativa para ser implementadas a largo plazo, pero en estos momentos surgen sentimientos de disconformidad con la preparación previa otorgada al personal y los servicios involucrados, además no existe equitatividad por parte de las personas encargadas al momento de distribuir a los pacientes en los distintos servicios. Por otra parte surgen contradicciones al momento de referirse a la pauta de categorización, por un lado no se considera totalmente inadecuada, pero por otro, no representa el trabajo efectuado por enfermería durante el día, mas bien, se han ido sumando funciones, al mismo personal, lo cual implica que el enfermero se vea sobrepasado en sus capacidades

La profesión se encuentra en un nivel medio de los estamentos del hospital, por lo que las decisiones tomadas siempre dependerán de los estamentos más altos para que se concreten.

Es considerado beneficioso para la enfermería el hecho de capacitarse constantemente para brindar una mejor atención al paciente, infiriendo que lo jóvenes son más abiertos a los cambios y desafíos que los que llevan un tiempo considerable trabajando en el hospital.

DISCURSO 4

Enfermera

Edad: 34 años

Soltera

Sexo: Femenino.

Procedencia: Valdivia.

La conversación es realizada en la casa de la entrevistada, mientras nos servíamos una taza de te.

E: Hábleme acerca de la implementación del modelo de cuidados progresivos en su lugar de trabajo

P: Primero que nada recuerdo que este movimiento comenzó aproximadamente el año 2004, bueno y..... yo ingrese al servicio de neurocirugía en julio y recién ahí como equipo de enfermeras partimos conformando sistema de cuarto turno que de cierto modo nos ha ayudado a hacer nuestro trabajo con mayor tiempo y dedicación a diferencia de antes en que debía estar un sistema de turno repetitivo con poco descanso y yo en lo personal cuando se echo andar este modelo yo trabajaba en una unidad que en realidad era muy encasillada que era la unidad de recuperación donde las enfermeras hacíamos nuestro trabajo y la demanda asistencial era demasiado alta que no podíamos asistir a reuniones yo se que informo bastante acerca de eso en el hospital llegaban citaciones a reuniones a talleres donde supuestamente iban a informar acerca de este nuevo modelo que se nos venia , entonces creo que si existió información y que lamentablemente en la unidad que yo estaba no ...fue muy poco lo que logre conocer de este modelo(1)

Yo he visto poco que en esta unidad se hospitalice otro tipo de patología que no se la neuroquirúrgica ya que los pacientes neuroquirúrgicos abarcan un gran porcentaje de la atención dentro del hospital solo en aislados casos nose si te puedo dar un ejemplo eh... esta semana tuvimos un paciente de una patología netamente medica que era una descompensación metabólica que no era nada neurológico y por lo menos se ha visto que el modelo esta tratando de funcionar se solicito la atención de otro profesional que era de otro servicio no de nuestra unidad que era un medico internista pero son muy pocos los ejemplos que te puedo dar por que la mayoría de los pacientes son medico quirúrgicos y son atendidos por los especialistas de nuestra unidad, creo que con el tiempo se supone que este modelo va a ayudar a las enfermeras a desarrollarse en las diferentes áreas de su quehacer profesional y no encasillarse e un determinado tipo de pacientes, se supone que deberíamos estar preparadas para atender al paciente que llegue (2)

E: Háblame de la categorización de pacientes

P: Para mi gusto la pauta ha sido bien elaborada por lo menos considera todo la parte de aseo y confort

Creo podría ser modificada a futuro por el momento considero que valoriza y nos da una idea en cuanto al tipo de paciente que se esta tratando la aplicación es rápida alomejor tiene en el encabezado muchos datos personales pero su uso diario es rápido fácil de aplicar (3)

E. ¿a ver entonces la consideras útil?

A ver, yo creo que es útil haber en realidad..... mira la verdad en este momento la estamos aplicando por cumplir no mas por que igual de repente tenemos pacientes que requieren un atención mas especifica y lamentablemente no se refleja en la aplicación de la pauta. (4)

E: Hábleme acerca de la centralización de camas

Con esto del modelo que incluye lo que es que hay una enfermera encargada de la gestión de cama nos ha ayudado en lo referente a los traslados ya sea tanto dentro del hospital y entre las unidades ha ayudado que sea mas expedito el traslado y también ha ayudado en las altas de los pacientes pero en cuanto a la distribución de camas nosotros contamos con los servicios básicos de atención y se supone que con este modelo se podría brindar atención a todo tipo de pacientes independiente de la patología que tenga, pero si bien nosotros entregamos una atención rápida y oportuna no disponemos de los recursos para atender un paciente critico.(5) Por otra parte creo que se debería comenzar por capacitar al personal hay que tener cuidado en eso partir, bueno ese es el problema en nuestro servicio el personal sabe atender bien pero a nuestros propios pacientes yo creo que con el tiempo a través de las capacitaciones de los cursos esto debería ir mejorando (6)

En una opinión súper personal me da la impresión que la parte medica se opuso creo que vieron amenazados su unidad su territorio o estuvieron medios reticentes a que llegaran otros especialistas por que no estaba acostumbrados atender en su unidad y hacían su trabajo , pero creo que de a poco se han ido acostumbrando y creo quede cierto modo eso los ha ayudado a ellos mismos a resolver problemas de sus pacientes les ha facilitado su trabajo ayunando a resolver problema de sus pacientes colaborando en el tratamiento que están brindando lo que yo he visto ahora es que si están abiertos a recibir opiniones de sus otros colegas

E: Háblame acerca de la vivencia de trabajar con ese modelo

En la parte profesional ha sido bastante enriquecedor por que no solamente estamos enfocados a las patología propias de una unidad además que si uno ve que el paciente requiere de otra atención existe la posibilidad que sea visto por otros especialistas y sea atendido de forma integral y si llegan otro pacientes que no corresponda a la unidad también uno de cierto modo te va ayudando a desenvolverte en cualquier unidad dentro del hospital como enfermeras es súper valioso porque estas preparada para brindar una atención en cualquier situación(7)

yo pienso que con este modelo la enfermera tiene un rol trascendental súper importante por que gestiona ,coordina el movimiento de camas haciendo posible la hospitalización otorgando

los cuidados desde que ingresa y egresa de servicio realmente la enfermera ahora cambio su estatus ya no es la hacedora de cosas somos responsables tenemos un rol dentro del sistema de salud que ya esta siendo reconocido y con el tiempo em.... por lo que yo he leído lo que se hace con este modelo es una especie de monitoreo

CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLOGICA.

Unidades de significado	Reducción fenomenológica
(1)yo en lo personal cuando se echo andar este modelo yo trabajaba en una unidad que en realidad era muy encasilla que era la unidad de recuperación donde las enfermeras hacíamos nuestro trabajo y la demanda asistencial era demasiado alta que no podíamos asistir a reuniones yo se que informo bastante acerca de eso en el hospital llegaban citaciones a reuniones a talleres donde supuestamente iban a informar acerca de este nuevo modelo que se nos venia , entonces creo que si existió información y que lamentablemente en la unidad que yo estaba nofue muy poco lo que logre conocer de este modelo	(1)No conozco mucho del modelo debido a la alta carga asistencial que impidió que asistiera a los talleres informativos de este.
(2)Creo que con el tiempo se supone que este modelo va a ayudar a las enfermeras a desarrollarse en las diferentes áreas de su quehacer profesional y no encasillarse e un determinado tipo de pacientes, se supone que deberíamos estar preparadas para atender al paciente que llegue	(2)Este modelo va a ayudar a las enfermeras a desarrollarse en las diferentes áreas de su quehacer profesional
(3) Creo podría ser modificada a futuro por el momento considero que valoriza y nos da una idea en cuanto al tipo de paciente que se esta tratando la aplicación es rápida alomejor tiene en el encabezado muchos datos personales pero su uso diario es rápido fácil de aplicar	(3) La aplicación de la pauta de categorización es rápida fácil de aplicar
(4)A ver, yo creo que es útil haber en	(4)La pauta de categorización es útil, pero

<p>realidad..... mira la verdad en este momento la estamos aplicando por cumplir no mas por que igual de repente tenemos pacientes que requieren un atención mas especifica y lamentablemente no se refleja en la aplicación de la pauta.</p>	<p>hay pacientes que requieren una atención especifica que no se refleja en la pauta y la aplicamos por cumplir.</p>
<p>(5) contamos con los servicios básicos de atención y se supone que con este modelo se podría brindar atención a todo tipo de pacientes independiente de la patología que tenga, pero si bien nosotros entregamos una atención rápida y oportuna no disponemos de los recursos para atender un paciente critico.</p>	<p>(5)Contamos con los servicios básicos de atención, pero no se dispone de recursos para atender un paciente crítico</p>
<p>(6)creo que se debería comenzar por capacitar al personal hay que tener cuidado en eso partir, bueno ese es el problema en nuestro servicio el personal sabe atender bien pero a nuestros propios pacientes yo creo que con el tiempo a través de las capacitaciones de los cursos esto debería ir mejorando</p>	<p>(6)Se debería capacitar al personal ya que solo saben atender a nuestros pacientes.</p>
<p>(7)En la parte profesional ha sido bastante enriquecedor por que no solamente estamos enfocados a las patología propias de una unidad además que si uno ve que el paciente requiere de otra atención existe la posibilidad que sea visto por otros especialistas y sea atendido de forma integral y si llegan otro pacientes que no corresponda a la unidad también uno de cierto modo te va ayudando a desenvolverte en cualquier unidad dentro del hospital como enfermeras es súper valioso porque estas preparada para brindar una atención en cualquier situación</p>	<p>(7)Ha sido enriquecedor, por que ayuda a desenvolvernos en cualquier unidad del hospital.</p>
<p>(8)yo pienso que con este modelo la enfermera tiene un rol trascendental súper importante por que gestiona ,coordina el movimiento de camas haciendo posible la</p>	<p>(8)La enfermera cambio su “status”, tiene un rol dentro del sistema de salud.</p>

<p>hospitalización otorgando los cuidados desde que ingresa y egresa de servicio realmente la enfermera ahora cambio su estatus ya no es la hacedora de cosas somos responsables tenemos un rol dentro del sistema de salud que ya esta siendo reconocido y con el tiempo em.... por lo que yo he leído lo que se hace con este modelo es una especie de monitoreo (8)</p>	
--	--

CUADRO DE CONVERGENCIAS

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>A</p> <p>(1) No conozco mucho del modelo debido a la alta carga asistencial que impidió que asistiera a los talleres informativos de este.</p>	<p>a</p> <p>La entrevistada da a conocer la existencia de talleres informativos acerca del modelo de cuidados progresivos, a la vez, justifica su limitada información acerca de este, debido a la imposibilidad de asistir a los talleres por la alta carga asistencial que vivía en esos momentos.</p>
<p>(2) Este modelo va a ayudar a las enfermeras a desarrollarse en las diferentes áreas de su quehacer profesional</p> <p>(7) Ha sido enriquecedor, por que ayuda a desenvolvemos en cualquier unidad del hospital.</p> <p>(8) La enfermera cambio su “status”, tiene un rol dentro del sistema de salud.</p>	<p>La implementación de las camas indiferenciadas, es considerada por la entrevistada como una instancia para que la enfermera no se encasille en una especialidad, si no más bien, pueda ampliar las áreas en las cuales se desenvuelve, contribuyendo de esta manera al desarrollo profesional y al cambio de “status” del rol de enfermería dentro del sistema de salud.</p>
<p>(3) La aplicación de la pauta de categorización es rápida fácil de aplicar</p> <p>(4) La pauta de categorización es útil, pero hay pacientes que requieren una atención específica que no se refleja en la pauta y la aplicamos por cumplir.</p>	<p>La entrevistada valora el hecho de que la pauta de categorización sea fácil de aplicar y no le tome demasiado tiempo.</p> <p>Resalta la utilidad para ciertos pacientes, no obstante, la pauta no cuenta con requisitos específicos para cierto tipo de pacientes, por lo que su utilización es llevada a cabo solo por cumplir.</p>

(5) Contamos con los servicios básicos de atención, pero no se dispone de recursos para atender un paciente crítico	Según la entrevistada, la implementación de las camas indiferenciadas lleva consigo un aumento de recursos para atender a pacientes en estado crítico, por ende expresa que su servicio no está en condiciones para que este sistema funcione a cabalidad ya que solo cuentan con los servicios básicos.
(6) Se debería capacitar al personal ya que solo saben atender a nuestros pacientes.	El hecho de que se trabaje en una especialidad por años, conlleva a que el personal se encuadre en atender a un tipo de paciente. Lo que la entrevistada opina, es que se realicen capacitaciones para ampliar los conocimientos y habilidades del personal.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

Existió difusión del modelo de cuidados progresivos, pero la carga asistencial impidió acudir a estos talleres, lo que conlleva a la precaria información que se tiene acerca de este.

Las camas indiferenciadas son una instancia para que la enfermera amplíe las áreas en las cuales se desenvuelve, lo que contribuye a un cambio de “status” del rol de enfermería dentro del sistema de salud. Por otra parte considera que los recursos existentes son insuficientes para que este sistema funcione a cabalidad. Además, el personal está encasillado en atender a un tipo de pacientes, por lo que se hace necesario ampliar sus conocimientos y habilidades a través de capacitaciones.

Se considera la utilidad de la pauta de categorización solo para un tipo de paciente, pero no refleja la gravedad de otros, por lo que generalmente se aplica solo por cumplir, ya que es fácil de aplicar y no toma mucho tiempo.