

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

“La gestión del cuidado desde la perspectiva de enfermeras de hospitales de baja complejidad
de la Región de los Ríos”

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

DANIELA Y. HIDALGO MANCILLA
KAREN A. ROSELOTT MARCHANT

VALDIVIA – CHILE
2010

Profesor Patrocinante:

Nombre: María Cristina Torres Andrade
Profesión: Enfermera - Matrona
Grado: Magister en Desarrollo Rural

Instituto: Salud Pública
Facultad: Medicina
Firma:

Profesores Informantes:

Nombre: Elizabeth Flores G.
Profesión: Enfermera
Grado: Magíster en Enfermería (c)

Instituto: Enfermería
Facultad: Medicina
Firma:

Nombre: Patricia Triviño Vargas
Profesión: Enfermera
Grado: Magíster en Enfermería (c)

Instituto: Enfermería
Facultad: Medicina
Firma:

Fecha de examen de grado: 17 de enero de 2011

ÍNDICE

REMUMEN	5
SUMMARY	6
1. PRE-REFLEXIVO	7
2. MARCO TEORICO	9
2.1 EPISTEMOLOGÍA DEL CUIDAR EN ENFERMERÍA	9
2.1.1 EVOLUCIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA	9
2.1.2 LA GESTIÓN DEL CUIDADO: DESAFÍO POST-MODERNO PARA ENFERMERÍA	10
2.1.3 FORMACIÓN PROFESIONAL PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA	13
2.1.4 DESAFÍOS PROFESIONALES PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO: EVIDENCIANDO LOS BENEFICIOS.	15
2.2 MANDATOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO	17
2.2.1 LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN ACCIÓN: EXPERIENCIAS DE LA IMPLEMENTACIÓN	19
2.2.2 LOS HOSPITALES COMUNITARIOS Y LA GESTIÓN DEL CUIDADO	21
2.2.3 ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO Y GESTIÓN DEL CUIDADO EN HOSPITALES COMUNITARIOS	22
2.2.4 LOS HOSPITALES COMUNITARIOS DE LA REGIÓN DE LOS RÍOS	24
2.3 METODOLOGÍAS PARA INVESTIGAR LA GESTIÓN DEL CUIDADO	27
3. SUPUESTOS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
3.1 SUPUESTO DE INVESTIGACIÓN	29
3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN OBJETIVO GENERAL	29
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4. TRAYECTORIA METODOLÓGICA	31
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
4.2 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	31
4.3 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO	32
4.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
4.5 TIPO DE ANÁLISIS	32
4.6 ANÁLISIS IDIOGRÁFICO	33
4.7 ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA	33
4.8 RIGOR ÉTICO	33

5. RESULTADOS	35
5.1 TABLA RESUMEN	35
5.2 REFLEXIONANDO SOBRE LA GESTIÓN DEL CUIDADO DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERAS DE HOSPITALES DE BAJA COMPLEJIDAD DE LA REGIÓN DE LOS RÍOS	36
5.3 CONOCIMIENTO EMPÍRICO	36
5.3.1 VALORANDO EL GRADO DE CONOCIMIENTO DEL TÉRMINO “CUIDADO”	36
5.3.2 VALORANDO EL GRADO DE CONOCIMIENTO DEL TÉRMINO “GESTIÓN”	37
5.4 GESTIÓN DEL CUIDADO DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERAS DE HOSPITALES DE BAJA COMPLEJIDAD	38
5.4.1 PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA	39
5.4.2 DESCRIBIENDO SENTIMIENTOS	39
5.4.3 FORMACIÓN PROFESIONAL	41
5.4.4 REDES DE APOYO	42
5.5 GESTIÓN DEL CUIDADO Y SU IMPLEMENTACIÓN	42
5.5.1 REQUERIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	43
5.5.2 AVANCES QUE LOS PROFESIONALES RECONOCEN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN SUS ESTABLECIMIENTOS	44
6. CONSIDERACIONES FINALES	45
7. ANEXOS	47
7.1 PREGUNTAS GENERADORAS	47
7.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	48
7.3 REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA	49
8. REFERENCIAS	64
8.1 BIBLIOGRÁFICAS	64
8.2 REVISTAS	64
8.3 REFERENCIAS ELECTRÓNICAS	65

RESUMEN

La gestión del cuidado es parte esencial de la labor de enfermería, por eso, que en la presente investigación de carácter cualitativo se pretendió definir el concepto, y sobre todo, destacar la percepción que tienen los profesionales de enfermería de los hospitales de baja complejidad, en relación al tema, indagando en los conocimientos empíricos, la implementación de la gestión del cuidado en algunos de los centros asistenciales, las facilidades y dificultades que surgen en base a ello, además de las propuestas para lograr un mejor desarrollo de la labor.

Se realizan entrevistas semi-estructuradas analizadas desde la perspectiva fenomenológica, a siete enfermeras responsables de la atención de enfermería en hospitales de baja complejidad de la red asistencial de la Región de los Ríos. Con el fin de obtener datos desde una perspectiva holística, reflejando el sentir y la experiencia que los informantes entregaron en relación al tema investigado.

Los resultados del análisis muestran que, si bien, no existe obligatoriedad de implementar la gestión del cuidado en estos centros de salud, los resultados obtenidos destacan que a pesar de las falencias, existe una gran motivación y disposición por parte de los profesionales de enfermería a la hora de plantearse el desafío. Lo cual evidencia condiciones propicias para la realización de reformas y cambios a favor de una atención de calidad, que ayudan al descongestionamiento de los hospitales de alta complejidad, potenciando la atención progresiva de pacientes, ocupando no solo un establecimiento sino una red, lo que permitiría mejor de desarrollo del sistema de salud actual.

SUMMARY

Care Management is key in nursing scope, thus, in the current qualitative investigation was intended to define the concept, and overall, to stress the perception of how low complexity hospital are seen by professionals of nursing regarding this topic, inquiring in empiric knowledge, the care management implementation in some health care centers, the related facilities and difficulties, also the proposals to achieve a high performance.

It is carried out semi-structured interviews, analyzed from a phenomenological perspective to seven nurses responsible for nursing care in low complexity hospitals, being these part of the support network of De los Rios Region. This with the aim of gather the data from a holistic perspective, reflecting the feeling and experience that informants gave in relation to the present topic.

The results of this analysis show that even though there is no an obligatory nature of implementing care management in these health centers, within the obtained results it is worth noting that despite of shortcomings, exists a high motivation and willingness by nursing professionals when establishing the challenge. This is a sign to say that there are favorable conditions for the implementation of reforms and changes toward to quality assistance, helping to clear high complexity hospitals, stressing the progressive assistance to patients, not only using one facility but a whole network, allowing a better development of current health system.

1. PRE-REFLEXIVO

Según Leddy y Pepper (1987), enfermería es calificada como profesión porque posee características intelectuales, elementos prácticos, elementos de servicio a la sociedad y autonomía para desarrollar las tareas. Dentro de la gama de habilidades y conocimientos que utiliza una profesión, la interacción con otras disciplinas, el ejercicio del liderazgo, la administración de recursos, propician condiciones para tomar responsabilidades en la gestión del cuidado, especialmente en el ámbito hospitalario.

La gestión del cuidado es un término que recientemente se está utilizando y que implica conjugar una serie de elementos para asegurar la calidad y continuidad de la atención de las personas y sus familias durante sus transiciones vitales, especialmente aquellas que requieren hospitalización. Esta situación se ve reflejada legalmente, ya que la normativa en Chile, le asigna esta responsabilidad a los profesionales de enfermería de los hospitales de alta complejidad, mediante la instalación de un departamento de gestión del cuidado, a cargo de una Enfermera calificada para ello, en cada uno de los establecimientos.

Al mencionar que el término “Gestión del Cuidado” se está utilizando recientemente, y que por mandato legal lo utilizarán sólo los hospitales de alta complejidad, no quiere decir que los profesionales de enfermería de los hospitales de baja o mediana complejidad no lo conozcan. Al contrario, la gestión del cuidado forma parte de la preparación profesional de cada uno de ellos, sólo que antiguamente no tenía un nombre que lo caracterizara. Tal como lo dice Leininger (1984), "el cuidado y su gestión es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la enfermería." (Marriner, 2008).

En la actualidad, la interdependencia y autogestión, la centralidad de los usuarios y la búsqueda de la costo-efectividad de los recursos, tanto en los hospitales de alta, como los de baja complejidad, junto al trabajo en red que se mandata desde los postulados de la reforma del sistema de salud chileno, crean escenarios para que la gestión del cuidado sea el elemento que nuevamente modifique las condiciones en que son atendidos los pacientes y sus familias. Esta vez, acentuado la centralidad del establecimiento a la demanda de cuidado que ellos tienen, para asegurar una calidad y un costo razonable, en condiciones de seguridad y continuidad de la atención que se le otorga personalmente a cada uno.

Un hospital de baja complejidad se caracteriza por ofrecer calidad y seguridad a los habitantes de una comuna, constituyéndose así en parte de su identidad local. En este sentido abordar la implementación de la gestión del cuidado en este tipo de hospitales, se vuelve una prioridad, tanto desde la perspectiva de la red, por la posibilidad de descongestionamiento,

como desde la óptica de los habitantes, al sentir que cuentan con un recurso y un trato confiable, seguro y cercano.

La seguridad en los cuidados de enfermería entonces, se vuelve prioritaria en todos los establecimientos de la red asistencial, por lo que la gestión del cuidado, entregada reglamentariamente a los profesionales de enfermería, debe ser un elemento que apoye el fortalecimiento de la seguridad percibida por los pacientes.

La presente investigación ahonda en la experiencia de un grupo de enfermeras que desarrollan su trabajo en los hospitales de baja complejidad, pertenecientes a la Región de los Ríos, con el fin de describir sus vivencias en relación a la gestión del cuidado que diariamente realizan, y de este modo han sido plasmadas para encontrar propuestas surgidas desde su propia realidad, y así desarrollar la gestión del cuidado, garantizando seguridad, pertinencia y humanización en la atención de enfermería que se brinda a los pacientes y a sus familias.

Los resultados que se han obtenido pueden proporcionar una visión general de la **eficacia, efectividad y eficiencia** de la aplicación de la gestión del cuidado, las falencias que se presentan y los factores facilitadores, lo que sin duda, influyen directamente en la calidad de atención y en el prestigio de los profesionales de enfermería y de la enfermería en general.

2. MARCO TEORICO

2.1 EPISTEMOLOGÍA DEL CUIDAR EN ENFERMERÍA

2.1.1 Evolución del cuidado en Enfermería:

La palabra cuidar según la real academia española (segunda edición), proviene del latino *cogitare* que significa “pensar”, En base a esto la realización de la acción de cuidar es un acto meditado, que se enfoca en una situación fuera de lo habitual que le puede estar sucediendo ya sea a una persona o a un grupo, como una familia o comunidad, en donde se requiere intervenir.

Kuerten y Lenise (2008), reconocen en la naturaleza del cuidado distintos enfoques, desde la característica humana, la moralidad, el afecto, la interacción interpersonal y el cuidar como intervención terapéutica. Al considerar la interrelación de éstos, se origina el concepto de cuidar profesionalmente, dando inicio al proceso de enfermería.

A lo largo del tiempo y de las diferentes civilizaciones quedan claramente identificadas personas que desde sus conocimientos o habilidades se encargaban de esta responsabilidad. No es hasta principios del siglo XIX cuando comienzan enseñanzas regladas dirigidas a profesionalizar la actividad de cuidar. Según esta premisa, fue *Florence Nithingale* la iniciadora de la obra y de las tareas de enfermería, ya que gracias a sus conocimientos y habilidades, logró otorgarle el carácter de profesión al acto de cuidar, respondiendo a una necesidad social tan fundamental como es el derecho a la salud. Siendo esto, un referente indiscutible para lo que serán las primeras escuelas de enfermería (Ferro, 2005).

En relación con la función profesional y cómo debe desarrollarse el concepto de cuidado, surgen a partir de los años 50 las denominadas “*teorías de enfermería*”, las cuales abordan la filosofía de la profesión y pretenden explicar los diversos fenómenos que implica el cuidado profesional, para así, otorgar una identidad propia a la enfermería entre las distintas profesiones de la salud. Entre éstas destacan tres:

- **Teoría General del Autocuidado de Dorothea Orem (1972):**

Esta teoría define el cuidado como “una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer determinadas necesidades”. Además explica que brindar cuidados significa ser responsable de proveer atenciones o encargarse de individuos que dependen de otros por su actual estado de salud. Finalmente, define los sistemas de enfermería

como series y secuencias de acciones prácticas, que actúan para proteger y regular el desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes (Marriner, 2008).

- **El Cuidado Cultural de Madeleine Leininger (1976):**

Esta teoría define la enfermería como una profesión humanista y científica, que se centra en los fenómenos y en las actividades de los cuidados para ayudar, apoyar y facilitar a las personas para que conserven su salud de un modo culturalmente significativo. Su visión de los cuidados de enfermería está dirigida a que las acciones profesionales sean diseñadas de forma específica para que coincidan con los valores, creencias y modos de vida culturales de las personas y ofrecer así, una atención sanitaria satisfactoria (Marriner, 2008).

- **Filosofía y Ciencia del Cuidado por Jean Watson (1979):**

Esta teoría explica el cuidado como el elemento central unificador de las prácticas de enfermería, como de la esencia de enfermería. Además describe que un problema importante para la enfermería actual, es la conservación y el avance en métodos para el cuidado humano. Plantea que se debe conceder más énfasis al cuidado transpersonal, la intencionalidad, la conciencia del cuidado y el campo del cuidado (Marriner, 2008).

La enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función, es por esto que hoy en día su historia puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado. El cuidado en enfermería es complejo: ha evolucionado desde lo intuitivo a lo científico, es multi-dimensional y tiene múltiples significados que van desde los valores que la sustentan (lo ético), a las características que la definen como un fenómeno esencial de la profesión (lo ontológico), la que presenta variaciones según el contexto y la forma en que se conoce, es decir, la evidencia científica, experiencias y vivencias profesionales (lo epistemológico).

El “acto de cuidar” demanda para el profesional de enfermería, un ejercicio crítico, reflexivo y constructivo sobre las prácticas disciplinares e interdisciplinares en salud, siendo capaz de conocer e intervenir en el proceso de vivir, enfermar y estar sano, con compromiso y responsabilidad en la búsqueda del mejoramiento de la vida (Lorenzini, 2005).

En la actualidad, gran número de profesionales se encuentran comprometidos con una práctica al lado de personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados específicos, basados en las necesidades que presentan ante diversas experiencias de salud (Kérouac, 1996). Entonces, “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 cada persona” (Zarate, 2003).

Por otro lado, enfermería constituyen el recurso humano más numeroso del sector salud, siendo sus competencias tan diversificadas, que se encuentran en todos los escenarios relacionados con el acto de cuidar: los hospitales generales, los centros de salud más alejados en las zonas rurales o urbanas, el domicilio de las personas, las escuelas y los centros de trabajo (Salvatierra y Rivera, 2010).

Según Alberdi (2000), “la contribución de la enfermería es indispensable e insustituible, y adquiere tantas formas como individuos son atendidos”, es decir, que está marcado por la “polivalencia, la flexibilidad y la multidisciplinariedad” (Kérouac, 1996). Por lo que es común descubrir cierto tipo de paradojas en el ejercicio de la profesión, como por ejemplo, “cuando se les exige competencias técnicas de alto nivel, manteniendo el calor humano y la simplicidad en el contacto con los usuarios” (Kérouac, 1996).

Pero más allá de esto, “los cuidados siguen siendo la razón de ser de la profesión, ellos constituyen el motor de su quehacer y por lo tanto el foco de atención y objeto de estudio de la enfermería como disciplina profesional” (Kérouac, 1996). Es por ello, que podemos considerar el cuidado como el resultante de una acción profesional enmarcada en un contexto socio-sanitario determinado y resultante de una relación de ayuda interpersonal e individualizada entre el profesional de enfermería y paciente o usuario.

2.1.2 La Gestión del Cuidado: desafío post-moderno para Enfermería

Según lo establecido en el Artículo 113 del Código Sanitario Chileno de 1997, la atención de enfermería comprende la gestión del cuidado en lo relativo a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades y/o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y el tratamiento médico, además de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente. Y, la “enfermera gestora” cumple su rol profesional apoyándose en su propia disciplina, en su experiencia como cuidadora y en otras ciencias como la psicología o la administración, para desarrollar cuidados de enfermería a individuos o grupos, en forma efectiva, eficaz y eficiente, con la finalidad de lograr un cambio positivo en el estado de salud del individuo.

Puede ser una misma persona quién gestiona y brinda el cuidado, aunque ambos aspectos del ejercicio profesional, gestor y asistencial, tienen particularidades que lo diferencian. La gestión del cuidado y el cuidado conforman una díada, que representa el quehacer de la enfermera, donde la primera sólo será delegable a otra enfermera, mientras que la segunda podrá ser delegada al personal técnico o bien a otra enfermera.

La acción de gestionar, consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales, con la intención de atender los objetivos y metas de la

organización. Este término aplicado a la gestión de enfermería, implica un profesional cuya actividad se centra en habilidades desplegadas en el ámbito de la organización y de la gestión.

Por lo tanto, el profesional de enfermería gestor debiera poner a disposición del equipo y de los pacientes, valores, actitudes y comportamientos que generen una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados.

De este modo, la gestión de los cuidados implica conjugar en la práctica diaria los recursos que ofrecen las teorías de la administración, con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería, en las que el cuidado de la persona, corresponde al centro de esta profesión. Esto queda muy bien definido por Erdmann (1996), quién manifiesta que “el cuidar y el cuidado se constituyen en el hacer de la enfermería como un modo, una forma, una manera, un estilo, un patrón, una dimensión, un sistema, una estructura, un proceso, u otros, con actitudes y estrategias formales e informales, visibles, sentidas, percibidas o no, que configura la práctica del ser-haciendo a través de la salud de los seres humanos en su proceso de vivir.

Según Morfi Samper (2010), la Gestión del cuidado de Enfermería se define como “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución”, por supuesto dentro de un marco ético profesional. En tanto, Kérouac (1996) la define como un “proceso creativo, 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”.

Al considerar la gestión centrada en el cuidado del paciente es necesario atender aspectos esenciales, destacándose, la planeación y organización de los servicios de enfermería, considerando los recursos humanos que garanticen los procesos asistenciales diseñados, así como un ambiente de trabajo que garantice los resultados esperados. (*Colectivo de autores. Administración y gestión de los servicios de enfermería, 2006.*)

Los elementos de gestión están delimitados por el marco de la disciplina enfermera, que determina el conocimiento, desde la naturaleza del cuidado. El contenido de la gestión del cuidado según Huapen (2008), es:

- La planificación de los cuidados de enfermería que estarán dirigidos a las necesidades de la persona en términos de cuidados para su salud y a la gestión del entorno como condicionante de salud y de vida.

- Los valores del cuidado estarán determinados por la percepción particular del cuidado de sí mismo que tiene cada persona, los cuales se incorporarán y constituirán un elemento de la construcción conceptual del cuidado de enfermería.
- Los métodos de análisis de las necesidades de los cuidados, incorporarán tanto el registro objetivo de las variables cuantitativas, como aquellas variables obtenidas por métodos cualitativos que recogen la percepción de las personas sobre su propio cuidado.

El campo de la gestión de los cuidados está determinado por:

- La estructura de los cuidados, la cual parte del conocimiento del profesional de enfermería y de los valores implícitos en el cuidado de la salud.
- El proceso de los cuidados, el cual está definido por la manera particular de hacer enfermería (método enfermero) y por el contexto donde se otorgan los cuidados (entorno estructural).
- Los resultados, los cuales corresponden a la medida de la salud alcanzada en relación con la capacidad de autonomía de las personas y su entorno para satisfacer sus necesidades de cuidado.

Estos tres elementos, conocimiento, método y contexto de los cuidados, definen el ser, el hacer, y el estar del cuidado de enfermería, siendo los determinantes del motor de esta profesión: la gestión del cuidado (Huapen, 2008).

2.1.3 Formación profesional para la gestión del cuidado en Enfermería

En los últimos años en las escuelas de enfermería, tanto públicas como privadas, se ha insistido de manera importante en destacar los cuidados como el eje de los servicios de enfermería. Es decir, se ha venido ampliando la información en relación al cuidado, su importancia, su contenido, el alcance de los cuidados y la toma de conciencia sobre su significado (Zarate, 2003) y desde el inicio de la carrera se les enseña a valorar las relaciones interpersonales que se generen con los usuarios, ya que éstas no son consideradas un mero instrumento de comunicación, sino que más bien, como el mejor medio terapéutico.

Durante la práctica de los alumnos de enfermería, se pretende lograr la creación de un cuidado basado en una concepción de la disciplina de enfermería, orientada hacia lo que se realiza con la persona, más que lo que se le hace a la persona (técnicas) o para ella (dar un

medicamento). Esto refleja un cuidado personalizado, específico, individual y contextual (Benner, 1984), producto de un raciocinio que se construye durante el proceso formativo que implica contextualizar y valorar, fundamentar y priorizar desde lo biopsicosocial, para luego emitir y actuar según el juicio o pensamiento enfermero, en un proceso interactivo y recursivo¹.

Zarate (2003) 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, elaborar políticas, seleccionar personal, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería.

Kérouac (1996) respecto del pensamiento enfermero, sostiene que “el estudio de los núcleos disciplinarios básicos; la persona, el entorno, la salud y el cuidado, los elementos conceptuales, filosóficos, y, los principios que han orientado a la profesión desde las épocas de *Florence Nightingale*, son hoy esenciales para la comprensión de la naturaleza de los cuidados enfermeros, con el propósito de descubrir la riqueza de un pensamiento no reconocido aún en los servicios de salud y por las mismas enfermeras”.

Desde la filosofía, se desarrolla el concepto de “ética del cuidado” para señalar la preponderancia de la interpelación del otro necesitado que exige ser atendido como motor de la acción moral, la percepción y la empatía hacia el otro y son condiciones de partida para toda práctica ética (Carosio, 2007). La orientación a la responsabilidad que plantea la ética del cuidado rescata la afectividad, y dentro de ella el valor de la compasión. La compasión es un sentimiento que mantiene el mundo en movimiento, se refiere a esa fraternidad o caridad bien entendida que viene a corregir, por la vía del afecto, de la comprensión y del amor tanto las injusticias como las insuficiencias de la justicia. Para Leonardo Boff²: “El ethos, para ser plenamente humano, necesita incorporar la compasión” (Carosio, 2007).

Se deduce entonces, que el cuidar implica una permanente adaptación para responder compasivamente ante la interpelación del otro. El cuidado no es estático, permanente; sino que debe basarse en evidencias que aporten las mejores alternativas de opción al paciente, la

1 Reflexión de equipo gestor del proyecto MECESUP UBB0607, en que participa la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral, de la Universidad de Valparaíso, del Bío Bío y de la Universidad católica del Maule, producto de asesoría para el diseño curricular. Comunicación personal.

2 Leonardo Boff, filósofo, uno de los fundadores de la Teología de la Liberación. Premio Nobel Alternativo en 2001.

integración y confluencia de las creencias y valores a respetar, así como los procesos de reflexión y análisis crítico del cuidado (Mulens, 2006) y “constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos” (Consejo Internacional de Enfermeras, 2000).

En Chile, el proceso de reforma del sector salud, entre otros, modifica la organización para las prestaciones de salud, desde una organización piramidal a una organización en red, lo que también significa modificaciones en la funcionalidad interna de las unidades clínicas y ello redundando en nuevos desafíos para gestionar la calidad de los cuidados en un entorno que debe asumir la incertidumbre, la diversidad, la complejidad y la rapidez como componentes normales del trabajo cotidiano.

Desde las perspectivas mostradas, la formación de profesionales de enfermería tiene la necesidad de conjugar armónica y equilibradamente, la ética y el compromiso, la gestión y la investigación, junto al aprendizaje de la tecnología para la adquisición de una forma de abordar las situaciones que refleje la actuación con un “juicio enfermero”.

2.1.4 Desafíos profesionales para la Gestión del Cuidado: evidenciando los beneficios.

Entre los desafíos y proyecciones que tiene la formación profesional de enfermería para la gestión del cuidado, se encuentra el formar profesionales capaces de responder al entorno cambiante del sector salud.

Bajo esta premisa, el nuevo Modelo de Atención considera la incorporación de la carrera de enfermería por una serie de características que requieren de la participación de dichos profesionales del cuidado para un eficiente, eficaz y efectivo desarrollo del modelo. Entre las principales características planteadas del nuevo Modelo de Atención, se encuentran (Norma técnica y administrativa n° 18, 2010):

- Centrado en el usuario.
- Énfasis en lo promocional y preventivo.
- Enfoque en Salud Familiar.
- Integral
- Uso de tecnología adecuada
- Centrado en la atención abierta
- Participativo
- Intersectorial
- Calidad

El personal de enfermería debe disponer de modelos ágiles y eficaces que no interfieran en su rendimiento y que por el contrario mejoren su eficiencia respecto a la atención de los pacientes. Es por ello que la implementación de la unidad de gestión del cuidado, considera que los *sistemas de salud* se beneficien de una gestión de enfermería más eficaz, de la racionalidad y de la eficiente administración de los recursos. De la misma manera, los *encargados de la política general* y los *gestores* se benefician de la participación de enfermeras gestoras profesionales bien preparadas, comprometidas, conocedoras de su área profesional, lo que conlleva a una mejor elaboración de las políticas de manejo para la gestión del cuidado, de la que son responsables (MINSAL, 2010).

Los *equipos de atención de salud*, por su parte, se benefician de contar con enfermeras que tienen capacidades altamente competentes y que participan en equipos multidisciplinarios aportando la asesoría requerida para la gestión del cuidado (MINSAL, 2010).

Asimismo el *usuario* se beneficia de una mejor atención de salud, y con cuidados de enfermería estandarizados, continuos, permanentes y de una mejor calidad, ya que son planificados, ejecutados, monitorizados y medidos bajo indicadores de Gestión centralizados (MINSAL, 2010).

Finalmente, algunas *enfermeras* se benefician de las actividades de participación, es decir, de los aportes realizados en la Gestión del Cuidado, y de otras actividades de desarrollo de la dirección que llevan a cabo los participantes en el programa (MINSAL, 2010).

La unidad de Gestión del Cuidado, de acuerdo con las políticas y normas del Ministerio de Salud Chileno, está a cargo de un profesional de enfermería con dedicación exclusiva, debidamente calificado, al que le corresponderá la dirección, coordinación y evaluación de las actividades y funciones derivadas de las siguientes atribuciones:

- Establecer las políticas de atención de enfermería, definiendo un modelo de cuidados con un enfoque de integralidad y continuidad para desarrollar la red de gestión del cuidado.
- Gestionar, coordinar y articular la red territorial de cuidados.
- Formular anualmente las orientaciones para la programación y definición de prioridades de la atención de enfermería a nivel local.
- Formular el plan estratégico para la Gestión del Cuidado, en concordancia con los lineamientos y orientaciones Ministeriales.
- Elaborar y validar, estándares de calidad para la atención y cuidados de enfermería de los establecimientos de atención cerrada y abierta, que pertenezcan a la jurisdicción del Servicio de Salud.

- Supervisar y evaluar tanto los procesos como los resultados de la gestión del cuidado. Formulados a nivel de los establecimientos pertenecientes a la red asistencial de la jurisdicción respectiva.
- Supervisar el cumplimiento del plan anual de capacitación y formación continua del personal profesional y técnico de enfermería de los establecimientos pertenecientes a la red asistencial de la jurisdicción respectiva.
- Probar y validar modelos de atención e indicadores de Gestión del Cuidado para ser aplicados en los Establecimientos de Salud.
- Formular las directrices para un óptimo funcionamiento de la relación docente asistencial, definiendo normas generales y recomendaciones en relación con campos clínicos, funciones docentes de las enfermeras asistenciales, mecanismos de evaluación para tales efectos.
- Formular el Organigrama de la Unidad o Sub-dirección de Gestión del Cuidado.

2.2 MANDATOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO

Todo profesional de enfermería en ejercicio, constata que sus cuidados influyen en los resultados sanitarios, y de igual manera puede contribuir a asegurar condiciones crecientes de bienestar para el paciente y su familia, cautelando la equidad y la efectividad de la asistencia brindada. Consistente con ello, el 16 de Diciembre de 1997, la Autoridad Sanitaria Chilena declara la profesión de enfermería como una profesión autónoma e independiente. Es allí donde se establece que "los servicios profesionales de la enfermera/o comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantenimiento y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente".

Es así como a través de la ley N° 19.536 se introdujo un nuevo inciso cuarto al Artículo 113 del referido texto normativo, por él se definió el rol social de la enfermera, asignándole tres funciones: la gestión del cuidado, la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente. Esta normativa se encarga en forma exclusiva a las enfermeras, por lo que esto constituye un "acto propio entregado con exclusividad".

En el año 2004, y como parte del proceso legislativo que establece la estructura jurídica de la Reforma a la Salud, se dicta la ley N° 19.937 que modifica el D.L. N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas

modalidades de gestión y el fortalecimiento de la participación ciudadana. Ese año se incorpora el quehacer de la enfermería profesional en el marco de la Reforma Sanitaria. Según esto, los objetivos que persigue la incorporación de las enfermeras en la ley 19.937 son:

- La necesidad fundamental de que sea la ley la que regule la organización de la atención de enfermería.
- Asegurar la obligatoriedad que la “Gestión del Cuidado” sea incorporado en el nuevo ordenamiento orgánico funcional tanto los Servicios de Salud, como los Establecimientos Asistenciales.
- La manera más viable de concretar y materializar en la práctica diaria el contenido del “quehacer profesional” definido en el Art.113 del Código Sanitario.

Con lo anterior, las consecuencias que tiene la incorporación de la enfermería en la ley 19.937, posibilita la reivindicación histórica del gremio de tener una estructura de enfermería, tanto orgánica como funcional a todo nivel en los establecimientos de salud, estableciendo un resguardo para la organización de la atención de enfermería, porque permite la evolución y el desarrollo del contenido de la “Gestión del Cuidado”, en el contexto de la Reforma de Salud. Por otro lado, entrega piso para asegurar la plena “autonomía” en el ejercicio de la profesión y la identificación de que la “Gestión del Cuidado”, es el núcleo central del quehacer propio de la enfermera, la que se reconoce con la Norma General Administrativa N° 19, sobre Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada, el 14 de Diciembre de 1997.

La Norma General N°19 tiene como propósito establecer las normas generales para implementar el "Modelo de Gestión del Cuidado de Enfermería" en los establecimientos de Alta y Mediana Complejidad de la atención cerrada en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, para asegurar la continuidad y favorecer la articulación de los cuidados de enfermería, estableciendo los niveles de responsabilidad y ámbito en esta materia, de acuerdo a las políticas y normas del Ministerio de Salud de Chile.

En síntesis, lo que esta normativa hace es explicitar la forma de estructurar la gestión del cuidado en los establecimientos públicos de salud (hospitales autogestionados), con el objetivo de favorecer el cambio organizacional, mejorar la gestión hospitalaria y el uso de los recursos asignados.

2.2.1 La Gestión del Cuidado en acción: experiencias de la implementación

Un aspecto central en la evaluación de los modelos de gestión de cuidado son los costos asociados a ellos, debido al impacto financiero que genera la elección de uno u otro en una organización de salud, es por ello, que el Ministerio de Sanidad y Consumo Español es el primero que aborda de forma masiva el control de los costos asociados a los cuidados de enfermería en las organizaciones de salud y decide confeccionar un modelo de gestión, conocido con el nombre de *Proyecto Signo*. De aquí surgen tres modelos de gestión; por estancias ponderadas, por niveles de dependencia y por planes estandarizados de cuidados, que permiten vincular la producción de enfermería con el consumo de recursos. (Diplomado Gestión del Cuidado y cartera de Servicios. Módulo 3. Medwave).

Existen otros modelos de gestión en enfermería efectivos, entre ellos destaca la *Gestión de casos* implementada el año 2006 en el Hospital de Andalucía. En este sentido el servicio Andaluz de salud ha desarrollado la figura de la “Enfermera Gestora de Casos”, la cuál “ofrece un entorno centrado en la persona y no en la enfermedad, promueve la autonomía como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantiza el máximo bienestar y minimiza el sufrimiento de pacientes y familiares, fomenta la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes, y asegura la continuidad de la atención” (Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados, 2006)

Otros modelos organizacionales, en los que prevalece la orientación hacia la práctica del cuidado, y que han probado su efectividad con la finalidad de convertirse en modelos para la gestión del cuidado (Zarate, 2003) son:

- **Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD):** Se realizan planes de cuidado, prevención de riesgo, estándares de cuidado que son utilizados en un hospital o en una comunidad.
- **Enfermería Modular delimitación:** Área física delimitada con un número restringido de pacientes por enfermera, además se cuenta con un equipo interdisciplinario. La enfermera es el líder del equipo y coordina las acciones de cada integrante del equipo según las necesidades del paciente.
- **Gestión basada en necesidades de cuidado:** Se clasifica al grupo de pacientes según grado de dependencia, otorgando el cuidado según necesidad y teniendo a su disposición un equipo de calidad que entregue los cuidados correspondientes.

A pesar de la existencia de éstos modelos organizacionales, siempre existen factores que condicionan su implementación, algunos de ellos

- *La disponibilidad de recursos* humanos, de conocimiento, materiales o tecnología.
- *Nivel de expectativas* o exigencias de las personas y de la propia sociedad. Este nivel hace pocos años era escaso, con el tiempo ha ido aumentando y con seguridad su tendencia será ir incrementando.
- Respecto a *la información*. Tanto cuantitativa como cualitativa ha pasado de ser escasa, con un reparto asimétrico y poco disponible para la sociedad, a ser abundante y fácilmente disponible. Ahora queda por consolidar, respecto a la misma, que su distribución sea más simétrica, es decir, que esté menos detenida por los profesionales sanitarios y más compartida con las personas que se constituyen como pacientes o usuarios.
- El efecto de *la globalización*, de un mundo sin fronteras o sin límites geográficos, hace que nuestra sociedad esté condicionada a la pluralidad y diversidad cultural.
- Como condicionante también, podemos identificar *la actitud ciudadana*. Los ciudadanos como personas de derecho, hemos pasado de vivir en sociedades conformadas, que manifestaban actitudes pasivas ante temas fundamentales, a ver como esto va cambiando para encontrarnos ante sociedades activas, lo que hace pensar que la actitud de la ciudadanía va a adquirir un protagonismo total, marcando en todas las organizaciones sanitarias una dinámica de participación real e interactiva.

Para el caso del Modelo de Gestión en el Cuidado de Enfermería en los Hospitales Autogestionados en red, “La implementación, se concretará organizando al menos una Unidad funcional, que planifique, ejecute, supervise y evalúe la programación de las actividades de la “Gestión del Cuidado de enfermería”. Esta unidad funcional debe estar respaldada por una Resolución Exenta emitida por el Director del establecimiento. La Unidad de Gestión del Cuidado reemplazará a las denominadas coordinaciones de enfermería, existentes en dichas dependencias”. (*Norma General Administrativa N° 19 “Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”, emitida por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el 14 de diciembre del 2007*).

En este escenario, la Unidad de Gestión del Cuidado se transforma en el pilar del área de gestión clínica al interior de las unidades de atención o centros de responsabilidad, con dependencia directa de la Dirección del establecimiento. Adquiere entonces, carácter político normativo, para la planificación y gestión de la atención de enfermería y actúa para asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería en la red asistencial.

Finalmente, la implantación del Modelo de Gestión del Cuidado de Enfermería, deberá permitir la comparación entre los indicadores de gestión de las unidades de enfermería de distintos Hospitales Autogestionados, favoreciendo la consolidación de una cultura de la calidad sanitaria que es la base de la mejora continua y de la normalización de las intervenciones sanitarias.

2.2.2 Los Hospitales Comunitarios y la Gestión del Cuidado

En cuanto a las redes de salud, se definen como el “conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones prioritarias de salud, en función de las necesidades de la población” (Dabas y Perrone, 1999)

Ahora bien, la Gestión en Red surge de la necesidad de asegurar la continuidad de la atención entre distintos establecimientos y profesionales y estructurar asimismo diferenciación de roles en la atención y el cuidado de los enfermos en los diferentes centros y niveles de atención.

En síntesis, la red constituye una modalidad organizativa y de gestión, donde el trabajo en ella es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas.

Según el Artículo 43 de la Ley Sanitaria (2006), el *hospital* es el establecimiento destinado a proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas y colaborar en las actividades de fomento y protección, mediante acciones ambulatorias o en atención cerrada. Al hospital le corresponderá otorgar, dentro de su ámbito de competencia, las prestaciones de salud que el director del servicio le asigne de acuerdo a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud sobre la materia.

Los hospitales e institutos, se clasificarán en establecimientos de alta, mediana o baja complejidad, de acuerdo a su capacidad resolutoria, determinada sobre la base del análisis en conjunto de los siguientes criterios, según el *Reglamento de los Servicios de Salud* (Decreto 140, 2006):

- Función dentro de la red asistencial teniendo presente los distintos niveles de complejidad de la red.
- Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico considerando su resolutoriedad, disponibilidad de recurso humano, equipamiento, horario de atención y procedimientos o exámenes que realiza.
- Grado de especialización de sus recursos humanos.

Los hospitales de la familia y comunidad, corresponden a establecimientos de baja complejidad con menos de 100 camas de dotación, ubicado en localidades urbano-rurales de más de 10.000 habitantes con un área de influencia no superior a 30.000 habitantes. De acuerdo a la Ley de Autoridad Sanitaria las características más importantes de un establecimiento de baja complejidad que se ajustan a la red de establecimientos que sustentan la estrategia de Asistencia Pública de Salud (APS), son las siguientes:

- Realizar acciones de cuidados primarios y de primer contacto, entendiendo éstas como aquellas destinadas a proteger la salud de poblaciones e individuos.
- Prevenir enfermedades y dar respuesta oportuna a la demanda de atención de salud, con tecnologías básicas. Estas acciones son realizadas prioritariamente de manera ambulatoria, sin embargo, algunos establecimientos (antiguos Hospitales tipo 4), pueden contar con camas para hospitalización básicas e indiferenciadas. Cuentan con tecnología simple, de baja complejidad para usar en Atención Abierta y servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad o riesgo vital.
- El recurso humano debe tener competencias para abordar los problemas de salud más frecuentes que se presentan en la Atención Primaria, así como también, deben otorgar las prestaciones del régimen de garantías explícitas de Atención Primaria. Todo lo anterior bajo estándares de calidad establecidos y manteniendo el enfoque familiar, propendiendo siempre al trabajo comunitario.

Según la *ley de autoridad sanitaria*, estos centros asistenciales brindan una amplia gama de servicios de atención: A. ambulatoria, A. cerrada, A. urgencia, A. domiciliaria y hacia la comunidad. Todo ello desde la perspectiva de las necesidades y preferencias de la población del territorio al que pertenece, considerando como tal, aquel de dónde proviene la población que acude al Centro Asistencial, más allá de la definición político administrativa de los Municipios.

2.2.3 Enfoque familiar y comunitario y gestión del cuidado en hospitales de baja complejidad

Los hospitales de baja complejidad, si bien entregan un servicio de atención primaria que incluye tanto la atención abierta como cerrada, además de la atención de urgencia, también pueden especializarse en un área ofreciendo este beneficio a la red asistencial. Todo esto ya que forman parte de ella, al ubicarse dentro del territorio que la incluye, y por tanto, cuentan con los recursos de ésta para los casos que superen su capacidad resolutive instalada. En tal sentido constituyen un puente de desarrollo del Modelo de Atención Integral y Comunitario para todos los establecimientos de la red asistencial, formando relaciones heterárquicas, debido a que son entidades interdependientes ya que “no existe un único

Subsistema gobernante; por el contrario, cada subsistema ejerce cierta influencia sobre los demás” (Morales, 2010).

La incorporación del enfoque familiar en los hospitales de baja complejidad debe abarcar todos los ámbitos de la atención, desde lo Ambulatorio, la atención cerrada y hasta la atención de urgencia. Para ello el equipo de salud deberá adquirir las competencias necesarias, entendidas éstas como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, que le permitan hacer una atención de salud con distintos niveles de intensidad en las familias, de acuerdo a los problemas de salud que presenten sus miembros (Avila y Rojas, 2008).

El Modelo de Salud Integral; familiar y comunitario, que actualmente se está implementando en el sistema de salud chileno, reconoce el derecho de las personas a una atención de salud equitativa, resolutive y respetuosa.

Dicho modelo de atención, “comprende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado y en caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos” (MINSAL, 2010)

Los elementos fundamentales presentes en este Modelo de Atención, son los siguientes:

- Está centrado en el usuario, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud, equidad en la atención, siendo ésta oportuna y atingente, es decir, poli-funcional.
- Tiene énfasis en lo promocional y preventivo; con enfoque familiar de los cuidados, considerando la realidad local y, por lo tanto, las necesidades que requieran ser satisfechas.
- Es integral, tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos.
- Garantiza la continuidad de la Atención, desde los Cuidados Primarios, hasta las modalidades de Atención Especializadas, valiéndose para ello, del Trabajo en Red. Otorgando así, una atención de calidad, según los recursos y/o la especialidad con la que cuente el Establecimiento en cuestión.
- Trabaja en Red, tanto Sanitaria como Socialmente y asegura la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud.

- Se orienta hacia el cuidado Ambulatorio o de Urgencia.
- Posee y facilita sus espacios físicos para la participación en salud y la intersectorialidad

2.2.4 Los Hospitales de baja complejidad de la Región de los Ríos

La Región de los Ríos cuenta con 8 Hospitales de Baja Complejidad ubicados en las Comunas de La Unión, Lanco, Los Lagos, Paillaco, Corral, Panguipulli, Río Bueno y San José. Todos ellos de fundamental importancia para esta investigación.

A continuación se describe cada establecimiento detalladamente³:

Comuna de Lanco:

- **Hospital de Lanco:** Hospital tipo 4 con consultorio adosado. Fue construido en 1969 y dispone de 2050 m² de superficie. Presenta insuficiente espacio físico en todas las áreas de Atención (Abierta, Cerrada, Urgencias). Tiene una dotación de 38 camas. Registró 1.461 egresos en el año 2004, con un índice ocupacional de 37,1%. En este mismo año se efectuaron 2.584 Intervenciones Quirúrgicas menores y 97 partos. Se realizaron, también, 18.129 controles y Consultas Médicas, 14.423 consultas de urgencia, 30.591 exámenes de laboratorio y 4.398 exámenes de Imagenología. La dotación de funcionarios es de 85, con 5 Médicos Generales, 2 Odontólogos Integrales y 4 enfermeras. Existe un Centro de Salud en Malahue y una base SAMU.

Comuna de La Unión:

- **Hospital de la Unión:** Establecimiento Hospitalario tipo 4, con 4.450 m² construidos y diseñado para 128 camas. En la actualidad tiene 179 camas en trabajo, presentando insuficiencia de infraestructura, especialmente en recintos de apoyo. Dispone de las 4 Especialidades Básicas y recurso de Anestesia, además de contar con sistema de turnos de Urgencia, lo que permitió realizar 30.977 consultas de este tipo durante el 2009. En

3 Extraído de www.ssvaldivia.cl, visitada en julio 2002

el mismo año se registraron 5.939 egresos, con un índice ocupacional de 61,4%. Se efectuaron 1.595 Intervenciones Quirúrgicas mayores, 557 Intervenciones Quirúrgicas menores, 16.480 Consultas Médicas de especialidad, 485 partos, 267.505 exámenes de Laboratorio y 7.632 exámenes de Imagenología. El Hospital de La Unión dispone de una planta de personal de 172 funcionarios, de los cuales 13 cargos corresponden a la ley N° 15.076, 8 Médicos Generales y 2 Odontólogos Integrales. Es centro de referencia del Hospital de Río Bueno y del Consultorio de Lago Ranco. Existe un Centro de Salud Municipal que atiende la Atención Primaria y las Postas Rurales.

Comuna de Río Bueno

- **Hospital de Río Bueno:** Hospital tipo 4 construido en 1969. Dispone una superficie de 2.706 m² para la Atención Abierta y Cerrada. En su dotación de personal cuenta con 8 Médicos Generales y 1 Odontólogo Integral. No tiene atención médica de especialidad, aunque en el área Gineco-obstétrica se ha iniciado la Atención de Alto Riego Obstétrico con recurso facilitado por el Hospital de La Unión. El Hospital de Río Bueno cuenta con una dotación de 76 camas, registró 4.538 egresos Hospitalarios durante 2003 y obtuvo un índice ocupacional de 66,1%. En este período se efectuaron 310 Intervenciones Quirúrgicas mayores, 255 partos, 2.243 Consultas Médicas de Especialidad, 107.480 exámenes de Laboratorio, 8.094 exámenes de Imagenología y 38.767 Atenciones de Urgencia. El Hospital de Río Bueno es centro de derivación del Consultorio de Lago Ranco. Desde 1996 funciona el Consejo de Desarrollo del Hospital con el objeto de promover y fortalecer la participación social.

La Municipalidad de Río Bueno, a través de su Departamento de Salud, administra las 7 Postas Rurales de la comuna (Cayurruca, Crucero, Champulli, Vivanco, Carimallín, Trapi y Mantilhue) y las 14 Estaciones de Salud. En todas las Postas de Salud Rural se encuentran funcionando los Comités de Salud integrados por representantes del Servicio de Salud, de la Municipalidad y de la Comunidad.

Comuna de Paillaco:

- **Hospital de Paillaco:** Establecimiento tipo 4 construido en 1969 con 2.180 m². Hasta 1994 tenía Consultorio Adosado, hoy funcionando en forma externa. Es centro de derivación del Consultorio Futrono y desde noviembre de 1995 dispone de un Consejo de Desarrollo con participación de la comunidad. Tiene una dotación de 55 camas y durante 2009 registró 2.303 egresos, con un índice ocupacional de 65,8%. En ese mismo año se realizaron 124 Intervenciones Quirúrgicas Mayores, 438 partos,

3.197 exámenes de Imagenología, 39.913 exámenes de Laboratorio y 18.391 Consultas de Urgencia. Actualmente tiene una dotación de 82 funcionarios, con 5 Médicos Generales, 1 Odontólogo General de Zona y 1 Odontólogo Integral.

Existe un Centro de Salud que atiende la Atención Primaria dependiente del Municipio y que también atiende al Sector Rural.

Comuna de Los Lagos:

- **Hospital de los Lagos:** Establecimiento tipo 4, construido en 1964 con 1.660 m² de superficie. Durante 2009, con una dotación de 37 camas, tuvo 1.587 egresos Hospitalarios y presentó un 53,3% de índice ocupacional. Se efectuaron 15 intervenciones quirúrgicas mayores, 813 intervenciones quirúrgicas menores, se atendieron 102 partos, 26.402 consultas de urgencia, 3.126 exámenes de Imagenología y 28.403 exámenes de Laboratorio. Con una dotación de 64 funcionarios, dispone de 4 Médicos Generales y 1 Odontólogo General de Zona, y 2 enfermeras. El Centro de Salud y las Postas de Salud rural corresponden a administración Municipal (El Salto, Antihue, Riñihue, Las Huellas, Malihue, Folilco), como asimismo las 8 estaciones de Salud.

Comuna de Corral:

- **Hospital de Corral:** Hospital tipo 4, que dispone de Consultorio Adosado. Fue construido en 1994 con 445 m² de superficie y una dotación de 8 camas. Dispone de 2 Médicos Generales, 1 dentista, 1 Matrona y 1 Enfermera. En 2008 registró 257 egresos y su índice ocupacional fue de 26,4%. Se efectuaron 210 Intervenciones Quirúrgicas Menores, 1 Intervención Quirúrgica Mayor y se atendieron un total de 3 partos. En el mismo período se efectuaron 10.185 controles y Consultas Médicas, 6.777 Consultas de Urgencia y 104 exámenes de Laboratorio.

La Municipalidad de Corral, a través de su Departamento de Salud, es responsable de la Atención de Salud en dos postas rurales (Isla del Rey, de acceso fluvial y Chaihuín) y en 3 Estaciones de Salud.

Comuna de San José:

- **Hospital de San José:** Establecimiento tipo 4, construido en 1967, y ampliado en 1987, tiene una superficie de 2.594 m². Pertenece a la congregación religiosa Santa Elisa, y atiende los beneficiarios de la Comuna mediante convenio con el Servicio de Salud. Es centro de derivación de los consultorios de Máfil y San José. Dispone de una dotación de 75 camas, registrando 2.821 egresos anuales con un índice ocupacional de 61,9 % durante 1996. Se realizaron, 3.197 exámenes de Imagenología y 118.552 exámenes de Laboratorio.

Comuna de Panguipulli:

- **Hospital de Panguipulli:** Hospital tipo 4, construido en 1956, y ampliado en 1981 para quedar con una superficie total de 2.746 m². Pertenece a la Congregación Hermanas Santa Cruz, y mantiene convenio con el Servicio de Salud para la Atención de Pacientes beneficiarios. Con una dotación promedio de 136 camas durante 1996, se registraron 4.401 egresos y se obtuvo un índice ocupacional de un 55,9%. Se realizaron 256 Intervenciones Quirúrgicas Mayores, 22.984 consultas de Urgencia, 6.732 exámenes de Imagenología y 107.300 exámenes de Laboratorio.

2.3. METODOLOGÍAS PARA INVESTIGAR LA GESTIÓN DEL CUIDADO

Dentro de las metodologías que se han utilizado para investigar la gestión del cuidado, tenemos tanto las cualitativas como las cuantitativas. Las investigaciones cuantitativas se han visto utilizadas para la valoración o aplicación de normas, rutinas de trabajo, satisfacción usuaria, satisfacción laboral por parte de enfermería, atención y cuidados de enfermería; están básicamente desglosando la gestión del cuidado y haciendo análisis de temas determinados.

Como es el caso de un estudio de carácter exploratorio y descriptivo sobre la asistencia de enfermería, realizado por el Departamento de Pediatría del Hospital Willian Beaumont, en el Estado de Michigan, fueron investigados grupos de familiares de niños hospitalizados (Burgos y Paravic, 2003). Un grupo recibió tratamiento diferenciado de otro grupo. Se midió la actitud del profesional de enfermería cuando se le solicitaba la ayuda, además de la cantidad de atención que entregaba a las necesidades personales del paciente o de su familia y el grado de información que mantenían éstos sobre pruebas, equipos y/o tratamientos que se realizaban. Los autores concluyeron, entre otros aspectos, que el simple acto de “escuchar simpáticamente y comprensivamente” a los familiares y/o al paciente, así como responder a sus interrogantes,

tuvo un efecto saludable sobre la satisfacción general del paciente y su familia en relación a los cuidados de enfermería. Es una mirada a los cuidados de enfermería, dentro de una determinada realidad, lo cual es parte de la gestión del cuidado, limitándose solo a un aspecto en específico, pero no abordando una visión más amplia del tema.

En tanto, el estudio “construcción de un modelo de cuidados” señala que un sistema de cuidados en salud se define como “disposición relacional”, se caracteriza como una unidad compleja que une, transforma, mantiene o produce acontecimientos, componentes e individuos. En cuanto a la disposición relacional, una organización de sistema de cuidados se refiere a un plano dinámico de interacción, no pudiendo ser reducida a una orden, aunque se comporten y produzcan. Pensar en un sistema de cuidados es apuntar a una auto-organización de ese sistema considerando aspectos como autonomía, individualidades, relaciones y actitudes profesionales (Lorenzini et al, 2008). En esta investigación de tipo cualitativa exploratoria apoyada en la Teoría basada en los datos en donde participan 15 profesionales de la salud, concluye que el sistema de cuidados, por lo tanto también incluye a la gestión, es un sistema dinámico y vital construido a partir de las redes de interacción de conocimiento, expresado en el trabajo en conjunto, disciplinario y en equipo.

De esta forma se puede evaluar que la metodología cualitativa permite obtener resultados más amplios abarcando una mirada holística, sin descuidar aspectos importantes que puedan influir en la obtención de datos como es el entorno, las experiencias de vida y los datos que se obtienen in situ al momento de realizar las entrevistas. De tal forma que la fenomenología es la rama que mejor aborda el tema de la gestión de cuidado, ya que abarca la experiencia y la realidad vivida en un momento determinado, entregando resultados que determinan una realidad dentro de un tiempo y un espacio determinado.

3. SUPUESTOS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. SUPUESTO DE INVESTIGACIÓN

La gestión del cuidado que se realiza en los hospitales comunitarios tiene un desarrollo equiparable al desarrollo de la gestión del cuidado de los hospitales complejos.

3.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo perciben las enfermeras(os) la implementación de la gestión del cuidado en la atención a pacientes en hospitales de baja complejidad de la Región de los Ríos?

3.3 OBJETIVO GENERAL

Describir la experiencia que tienen las enfermeras de los hospitales de baja complejidad de la Región de los Ríos en relación a la Gestión del Cuidado

3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3.4.1** Explorar los conocimientos de las enfermeras respecto de los conceptos cuidado y gestión de los hospitales de baja complejidad de la Región de los Ríos
- 3.4.2** Indagar en el conocimiento empírico que reconocen las enfermeras de los hospitales de baja complejidad de la Región de los Ríos respecto de la gestión del cuidado
- 3.4.3** Examinar los avances que los profesionales de enfermería reconocen con la implementación de la gestión del cuidado para su institución, el ejercicio profesional y los usuarios

3.4.4 Averiguar posibles propuestas para acelerar la implementación de la gestión del cuidado en los hospitales de baja complejidad de la Región de los Ríos

4. TRAYECTORIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizará una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico, lo que permite obtener una visión holística del objeto en estudio, en donde el objetivo principal es obtener una realidad

- No experimental, puesto que se no se pretende manipular deliberadamente las variables, observando los fenómenos en estudio tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.
- Transversal, por tratarse de un estudio efectuado en un momento único de tiempo, siendo su propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.
- Inductivo, ya que se realiza un análisis de la realidad, sus interacciones y la dinámica con la que se producen un espacio y tiempo determinado

4.2 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

- **Población:**

La población a estudiar está constituida por un universo de 8 enfermeras clínicas; 1 enfermera por cada uno de los Hospitales Comunitarios de la Región de los Ríos, entre los que se encuentran:

- Hospital Comunitario de La Unión
- Hospital Comunitario de Río Bueno
- Hospital Comunitario de Paillaco
- Hospital Comunitarios de Corral
- Hospital Comunitario de Los Lagos
- Hospital Comunitario de San José de la Mariquina
- Hospital Comunitario de Lanco
- Hospital Comunitario de Panguipulli

- **Duración del estudio:**

El estudio tuvo un período de duración comprendido desde el 05 Abril de 2010 hasta el 29 Octubre del mismo año.

4.3 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Enfermeras tituladas en ejercicio de la profesión en hospitales comunitarios de comunas pertenecientes a la Región de Los Ríos

4.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Entrevista semi-estructurada, con el fin de guiar la conversación hacia los datos que se requieren obtener para la realización de la tesis, pero también dando espacios para el aporte de información que no ha sido considerada y que pudiera ser relevante a la hora de analizar las experiencias recolectadas

Además de utilizar notas de campo, lo que permite al investigador poder obtener notas de forma constante de lo sucedido durante el proceso de entrevista, permitiendo las “descripciones de personas, acontecimientos y conversaciones, tanto como las acciones, sentimientos, intuiciones o hipótesis” (Taylor y Bogdan, 1987)

4.5 TIPO DE ANÁLISIS

El análisis fenomenológico consta de tres etapas:

- **Descripción:** Es la entrevista propiamente tal, en donde la población en estudio cuenta su experiencia con el mayor detalle posible. El entrevistador no influirá en sus respuestas, solo guiará la conversación hacia los temas que se quieren abordar en la investigación, respetando los tiempos y sobre todo incluyendo las notas de campo, en donde es indispensable la observación del ejecutor de la entrevista.
- **Reducción:** Posterior a la transcripción de la entrevista, la cual debe ser fiel a lo dicho por el informante, se realizará la selección de frases que son atinentes al tema de

estudio, discriminando las reiteraciones, destacando las ideas principales sin perder la experiencia individual del entrevistado.

- **Comprensión:** Se refiere a la interpretación luego del análisis de los datos.

4.6 ANÁLISIS IDIOGRÁFICO

Este tipo de análisis busca él o los aspectos comunes en los relatos obtenidos. Esto se logrará después de haber transformado las expresiones del sujeto a estudiar y de haberlas juntado en unidades de convergencia. Luego se identifican los temas para mostrar el fenómeno que había estado oculto en la experiencia del sujeto. Se denomina ideografía cuando las descripciones convergen y se llega a la expresión de los significados esenciales (Strauss y Corbin, 2002).

4.7 ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA

Es parte esencial para la recolección de datos, la idea es que el sujeto reviva situaciones que le interesa al investigador, dar lugar a los recuerdos, lograr describir experiencias, sentimientos, qué dificultades tuvo, etc. Se cuenta con dos métodos útiles en esta entrevista: *la recapitulación* en donde se lleva al sujeto al inicio de la experiencia donde a menudo agrega nuevos detalles. También están los *períodos de silencio* que sirven para que el sujeto siga su propio camino de asociaciones al contar la historia a su manera (Strauss y Corbin, 2002).

4.8 RIGOR ÉTICO

Considerando lo que significa realizar una investigación en nuestra disciplina, es necesario considerar la confianza que depositan las personas al acceder a participar del estudio, con la disposición de compartir sus vivencias a través de una entrevista, por lo que resulta vital otorgarles la seguridad de la confiabilidad de la información, así como de su identidad y la de su establecimiento, de esta manera en la presente investigación se ha resguardado la identidad de los protagonistas, los cuales dispusieron de libertad para retirarse del estudio, cuando lo consideraran pertinente.

Es por esto, que previo a la realización de las entrevistas, solicitamos su colaboración, informándoles vía telefónica el propósito de la investigación, además de pedirles su

autorización mediante el documento de Consentimiento Informado en donde se explicita la confidencialidad de la identidad, ya que, es un derecho de toda persona y tiene una implicancia ético - legal., y por otra parte la entrevistada otorga la autorización para la difusión de la información (anexo N°2), así, de común acuerdo se fijó el lugar, día y hora que más les acomodaba, de igual modo, solicitamos su autorización para grabar la entrevista, luego transcribirla y difundirla .

Durante la realización de las entrevistas se mantuvo el respeto por las creencias, valores y/o costumbres de las entrevistadas que participaron, para así, transcribir los discursos y mantener una plena veracidad de los datos adquiridos.

5. RESULTADOS

5.1 TABLA RESUMEN

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Conocimiento empírico	<ul style="list-style-type: none">- Valorando el grado de conocimiento del término “cuidado”- Valorando el grado de conocimiento del término “gestión”
Gestión del cuidado desde la perspectiva de enfermeras de hospitales de baja complejidad	<ul style="list-style-type: none">- Percepción de enfermería- Describiendo sentimientos- Formación profesional- Redes de apoyo
Gestión del cuidado y su implementación	<ul style="list-style-type: none">- Requerimientos para la implementación- Avances que los profesionales reconocen de la implementación de la gestión del cuidado en sus establecimientos

5.2 REFLEXIONANDO SOBRE LA GESTIÓN DEL CUIDADO DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERAS DE HOSPITALES DE BAJA COMPLEJIDAD DE LA REGIÓN DE LOS RÍOS

En la búsqueda del fenómeno de la percepción de las enfermeras clínicas de los hospitales de baja complejidad sobre la gestión del cuidado, se fueron comprendiendo poco a poco, las vivencias de cada una de ellas a través de sus relatos, los cuales expresaron conocimientos sobre el tema, sus experiencias, sus mecanismos de adaptación ante la situación crítica de cada hospital, su visión sobre la implementación, sus expectativas como grupo coordinador de salud y sus descontentos.

A través de los momentos de la trayectoria fenomenológica, se pudo llegar a la elaboración de los resultados finales, entrevistando la vivencia que ellas compartían como trabajadoras de hospitales de baja complejidad, obteniéndose temas en común para varias enfermeras, lo cual forma una percepción compartida que permite acercarse a la esencia del fenómeno estudiado.

5.3 CONOCIMIENTO EMPÍRICO

A través de la preparación de pregrado, se obtiene el conocimiento empírico de la carrera de enfermería, si bien cada universidad entrega un sello particular en la preparación de los estudiantes, la esencia del aprendizaje es el mismo, lo cual se ve reflejado en los resultados obtenidos, en donde se mide principalmente definición de conceptos como “cuidado” y “gestión”.

5.3.1 VALORANDO EL GRADO DE CONOCIMIENTO DEL TÉRMINO “CUIDADO”

A través del análisis de cada una de las entrevistas, se percibe la unificación del conocimiento que verbaliza cada una de las enfermeras sobre el cuidado. Esto queda demostrado en las siete entrevistas realizadas, ya que todas, a pesar haber sido formadas en distintas universidades, tienen la misma percepción sobre los “cuidados” que realiza una enfermera.

“Yo defino los cuidados de enfermería como los cuidados que ayudan al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento de ella”
(Entrevista n°1)

“Enfermería es vista como el cuidado que hace referencia a la atención de cuidados profesionales para la recuperación y mantención de la salud y procura el mayor grado de bienestar de las personas en su entorno”
(Entrevista n°2)

“El cuidado es la primera prioridad en el quehacer de una enfermera que tiene pacientes a su cargo, ya que debe cautelar su bienestar”
(Entrevista n°4)

“Cuidar es el acto básico de nuestra profesión, por lo tanto, es parte de nuestra forma de ser”
(Entrevista n°6)

Además de todo lo anterior, la enfermería siempre contempla a sus pacientes bajo una mirada biopsicosocial, abarcando todos los ámbitos para un cuidado integral. Esto queda muy bien demostrado en fragmentos seleccionados de las entrevistas N° 3 Y 5:

“El significado de la palabra cuidado para mí, sería brindar la atención a todo nivel para el paciente biológico, psicológico y social, frente a todas las necesidades que el paciente tenga alteradas en ese minuto y también el riesgo de alterarse en ese minuto”
(Entrevista n°3)

“Para mí el cuidado es tener una visión amplia, biopsicosocial del paciente, ya que nosotras somos las que habitualmente las detectamos”
(Entrevista n°5)

5.3.2 VALORANDO EL GRADO DE CONOCIMIENTO DEL TÉRMINO “GESTIÓN”

Las enfermeras entrevistadas verbalizan un claro conocimiento sobre el término “gestión” aunque destacan distintos aspectos del concepto, todas reconocen hacer gestión a diario para el cuidado de sus pacientes. Las definiciones son muy similares, ya que todas le otorgan la importancia que tiene dicho término para la enfermería. Esto queda ejemplificado en las siete entrevistas realizadas:

*“Gestión por su parte es todo lo que hacemos para coordinar acciones de enfermería”
(Entrevista n°1)*

*“Gestionar es hacer posible que el paciente reciba el cuidado necesario, en relación a que tú
tienes que coordinar todo lo que el paciente necesite”
(Entrevista n°2)*

*“Gestión del cuidado es la atención segura, oportuna, continua y siempre acorde a las
políticas y normas que ha establecido el Ministerio de Salud”
(Entrevista n°3)*

*“Es comunicarte con quién sea para lograr cosas en beneficio siempre de tus pacientes”
(Entrevista n°3)*

*“Sino gestionamos el cuidado no podríamos brindar a los pacientes una atención integral”
(Entrevista n°4)*

*“Gestionar es realizar diligencias para lograr algo o para resolver una cosa”
(Entrevista n°5)*

*“Gestión del cuidado es otorgar cuidados oportunos, seguros e integrales, que aseguren la
continuidad de la atención brindada al paciente, siempre que se sustenten en las políticas de
la institución”
(Entrevista n°6)*

*“Es proporcionar a los pacientes cuidados oportunos y atinentes a su patología”
(Entrevista n°7)*

5.4 GESTIÓN DEL CUIDADO DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERAS DE HOSPITALES DE BAJA COMPLEJIDAD

La gestión del cuidado, como concepto aún no está muy desarrollado dentro del quehacer profesional de las entrevistadas, si bien reflejan algún grado de conocimiento y manejan ciertos aspectos que están relacionados, está claro que es una tarea pendiente en relación al desarrollo de la gestión del cuidado en los hospitales de baja complejidad, como la implementación.

Lo destacable dentro de este aspecto, es la disposición y el entusiasmo que reflejan la mayoría de las entrevistadas, en relación a instaurar cambios que beneficien la entrega de una atención de calidad, además del respaldo que sienten por parte de la institución a la que pertenecen.

5.4.1 PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA

Durante la entrevista se percibe la visión que tienen las profesionales sobre la labor que realizan. En relación a esto, todas consideran fundamental el rol que cumplen, valoran lo que realizan y sienten que la población las considera como parte primordial en el cuidado de sus familiares. Esto queda muy bien reflejado en las entrevistas nº 1, 2 y 7.

“Al pasar el tiempo te das cuenta que tienes un ojo muy crítico y descubres cosas que otros no pueden con una simple conversación”
(Entrevista nº1)

“Es la base de la enfermería; cuidar a quién lo necesita y gestionar ó hacer cosas para lograr lo que dicho paciente necesita”
(Entrevista nº2)

“Enfermería es vista como el cuidado que hace referencia a la atención de cuidados profesionales para la recuperación y mantención de la salud y procura el mayor grado de bienestar de las personas en su entorno”
(Entrevista nº7)

5.4.2 DESCRIBIENDO SENTIMIENTOS

Durante las entrevistas, las profesionales refieren sentimientos y pensamientos sobre las labores de su profesión. Al escuchar todas sus referencias, se refleja lo comprometidas que se sienten en ayudar y de lo felices que se están de ser enfermeras de un hospital de baja complejidad. Entre las citas más reveladoras, se encuentran las de las entrevistas nº 1, 2 y 7 respectivamente:

“El cuidado es la base de nuestra profesión...es nuestro motor”
(Entrevista nº1)

“En cada enfermera existe el espíritu de servir y ayudar”
(Entrevista nº2)

“Cada cosa debe ser en beneficio de nuestros usuarios”
(Entrevista nº7)

“La gestión y el cuidado son las palabras habituales en mi desempeño laboral”
(Entrevista nº7)

Además, existen verbalizaciones que magnifican el sentimiento de importancia que poseen las profesionales sobre la enfermería desarrollada en un hospital de baja complejidad. Aquí, refieren desembolverse de manera más amplia y desarrollar una enfermería más cercana y centrada en el usuario, su familia y su entorno. Así lo mencionan en la entrevista n°7:

“Creas un lazo familiar en las atenciones, ya que son los mismos pacientes siempre, así que ya los conoces a todos y conoces también a toda su familia, sabes sus problemas y ellos se sienten más seguros aquí”
(Entrevista n°7)

Otras confesiones no son tan positivas, pero revelan el sentir de las enfermeras de este tipo de hospitales. Entre ellas se encuentran las entrevistas n° 2 y 4:

¡¡Qué nos consideren un poco más, no todo ocurre en Valdivia!!
(Entrevista n°2)

“Me gustaría que confiarán más en nosotros como Hospitales de Baja Complejidad”
(Entrevista n°4)

Además de pensar que son poco consideradas por pertenecer a un hospital de baja complejidad, algunas de ellas consideran que el trabajo realizado en este tipo de hospitales tiene mayor importancia que el realizado en los hospitales autogestionados, y son muy claras al mencionar:

“Allí las colegas están llenas de pega que ni siquiera tienen tiempo de preguntarle al paciente cómo durmió...por eso yo valoro tanto a los Hospitales más pequeños”
(Entrevista n°2)

“Nosotras siempre hemos realizado la gestión del cuidado, sólo que no tenemos un espacio físico, ni una enfermera destinado a ello, pero a diferencia de ellos, nos dedicamos más al paciente y no al papel, aunque también organizamos todo, evaluamos, planificamos, organizamos”
(Entrevista n°4)

“No es por desmerecer la labor de mis colegas del Hospital Regional, pero veo que el sistema biomédico se las comió, es tanta la parte administrativa que terminan olvidándose de la base de nuestra formación...la dedicación y preocupación hacia nuestros pacientes”
(Entrevista n°4)

5.4.3 FORMACIÓN PROFESIONAL

En relación a su formación profesional, la mayoría de las enfermeras se sienten conforme con la formación recibida y refiere no haber necesitado de más estudios para realizar la gestión del cuidado. Esta seguridad en su formación se ve reflejada en las entrevistas n° 3 y 7:

“Siento que todas estamos muy bien preparadas para realizar estos cuidados”
(Entrevista n°3)

“Yo, gracias a la preparación que recibí en la Universidad, puedo decir que me siento con las capacidades necesarias para realizar la Gestión del Cuidado”
(Entrevista n°7)

Además de todo, las profesionales están muy posesionadas en su rol de enfermeras encargadas del cuidado y muy conformes de la preparación que otorgan las universidades a los futuros profesionales de enfermería. Así lo describe la entrevista n° 5:

“Las universidades están sacando a profesionales más comprometidos con su labor”
(Entrevista n°5)

Desde el inicio de la profesión, se inculca el atender a los pacientes de manera biológica, psicológica y social, con la finalidad de otorgar cuidados integrales. Lo anterior, es recordado por las profesionales entrevistadas, quienes manifestaron orgullosas lo siguiente:

“Nos inculcan tanto la visión biopsicosocial del paciente”
(Entrevista n°2)

“Nosotras fuimos preparadas para brindar una atención eficiente y eficaz a un usuario que presenta estados de necesidad alterados, lo cuál le impide realizar por sí mismo sus tareas cotidianas”
(Entrevista n°4)

5.4.4 REDES DE APOYO

Las redes sociales asumen un rol importante frente a situaciones de implementación o de cambios en el lugar de trabajo, ya que sin ellos, dichas modificaciones se hacen más complejas o simplemente se hacen imposibles. Estas redes corresponden a personas y grupos tales como la dirección, profesionales, etc. En los discursos n° 1, 3 y 4, se puede apreciar que la dirección del establecimiento juega un rol fundamental en el apoyo brindado a los profesionales para implementar cambios en el recinto hospitalario.

“La Directora se ha portado espectacular; definitivamente nada que decir...siempre está enterada de todo y si no me está llamando para ver que cosas nuevas podemos hacer”
(Entrevista n°1)

“Tengo todo el apoyo que necesito para realizar tranquilamente mi labor”
(Entrevista n°3)

“La institución ha querido enriquecer la atención al usuario”
(Entrevista n°4)

Todo lo anterior ocurre cuando la institución apoya al profesional, pero en la entrevista n° 6 se aprecia todo lo contrario, un establecimiento que no apoya la implementación de la gestión del cuidado, con lo cuál hace más difícil la labor del profesional, todo lo cuál va en directo desmedro de la atención brindada a cada uno de sus pacientes.

“La institución en la que me desempeño no posee políticas explícitas de apoyo en la gestión del cuidado”
(Entrevista n°6)

5.5 GESTIÓN DEL CUIDADO Y SU IMPLEMENTACIÓN

En relación a la implementación propiamente tal de la gestión del cuidado en los hospitales de baja complejidad, se ha realizado algunos cambios, que aún no se puede evaluar si han sido efectivos realmente o no, ya que han sido puestos en marcha recientemente y para que sean efectivos verdaderamente, hace falta el apoyo para lograr una mejora tanto en la infraestructura de los hospitales como también en la capacitación del personal, tanto profesional, como no profesional

5.5.1 REQUERIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Para lograr la implementación de la gestión del cuidado en los hospitales de baja complejidad, todas las entrevistadas mencionaron lo mismo, la necesidad de capacitar al personal profesional y no profesional y en segundo lugar, tener el espacio físico necesario para llevar a cabo la gestión del cuidado. Así lo describen en las siete entrevistas:

“Nosotros necesitaríamos a todo el personal bien capacitado”
(Entrevista n°1)

“Nosotros por lo menos necesitaríamos a todo el personal bien capacitado”
(Entrevista n°2)

“Más capacitaciones, porque creo que todas tenemos las ganas, pero para todo hay que tener una sólida base de conocimientos”
(Entrevista n°3)

“Mejorar la infraestructura de los establecimientos y una mayor cantidad de enfermeras capacitadas en Gestión del cuidado y mayor cantidad de materiales para realizar el trabajo”
(Entrevista n°4)

“Necesitaríamos material para trabajar y capacitaciones”
(Entrevista n°5)

“Me gustaría que nos ayudarán con las demás profesiones, a capacitarlas en el tema”
(Entrevista n°6)

“Para formalizar la implementación necesitan capacitar a todo el personal, no sólo a los profesionales, sino que también al personal no profesional. Y también más espacio físico para poder implementar más cosas en beneficio de nuestros usuario”
(Entrevista n°7)

“La falta de recursos e infraestructura merma en el desarrollo de la gestión del cuidado”
(Entrevista n°7)

Y, algunas ofrecen como propuesta para disminuir la congestión de los hospitales de baja complejidad, lo siguiente:

“Introducir el tema en pregrado, socializar el tema a todos los profesionales no médicos y médicos el tema, realizar la categorización de riesgo y dependencia como herramienta de trabajo diaria, para dar mejor uso a los recursos y finalmente una definición clara de la cartera de servicios en cada institución”
(Entrevista n°5)

5.5.2 AVANCES QUE LOS PROFESIONALES RECONOCEN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN SUS ESTABLECIMIENTOS

Se podría pensar que la gestión del cuidado se está realizando sólo en los hospitales autogestionados, ya que ellos cuentan con los recursos económicos, profesionales y/o materiales para realizarlo, pero al llevar a cabo estas entrevistas y ver in situ lo que ocurre en cada uno de los hospitales de baja complejidad de la Región de los Ríos, se ve reflejado nuestro erróneo pensar. La gestión del cuidado, a pesar de la reciente capacitación que se les hizo a las enfermeras, ha sido implementada sin mayores problemas en algunos hospitales. Así lo revelan los fragmentos de las entrevistas n° 1, 2 y 3 respectivamente:

“Hace poquito fuimos a una capacitación justamente sobre este tema y resulta que nos pidieron que valoremos el grado de riesgo/dependencia de nuestros usuarios y justamente una de mis colegas en una de sus visitas a Valdivia, la colega de allá le dio una de esas hojitas de valoración...no sé si la has visto...bueno, esa hojita... y adivina... nosotras ya la estábamos usando... así que ahora lo hacemos todos los días”
(Entrevista n°1)

“las valoraciones diarias de mis pacientes... es que ahora como sabemos que es por la Gestión del Cuidado las hacemos todos los días”
(Entrevista n°2)

“Creo pensar que es lo mismo que normalmente hago, así que si fuera así las modificaciones ya están hechas y no queda nada más que fomentar esas actividades”
(Entrevista n°3)

Así como también existieron sinceros comentarios, tales como:

“Sinceramente... estamos recién comenzando a darle su lugar y su significado al tema”
(Entrevista n°3)

6. CONSIDERACIONES FINALES Y PROYECCIONES EN ENFERMERÍA

Debido a que las necesidades de salud en la sociedad están en un constante cambio, es necesario para la enfermería poner en práctica una de sus cuatro funciones del rol profesional: “la investigación”; a través de la cuál se logran obtener los conocimientos necesarios para adaptarse a las nuevas situaciones y a contribuir al mejoramiento del ejercicio de la profesión.

A través de las entrevistas realizadas a las enfermeras clínicas de los hospitales de baja complejidad de la Región de los Ríos, se logró conocer el grado de conocimiento que tienen sobre la gestión del cuidado, sus vivencias, el grado de ejecución que han logrado y sus propuestas para una pronta implementación en este tipo de establecimientos de la salud.

Abordando el conocimiento de las enfermeras de los hospitales de baja complejidad, en relación a los conceptos, por separado, de cuidado y gestión. El estudio muestra una homogeneidad en las definiciones, lo que refleja que a pesar de una distinta formación profesional, el conocimiento empírico básicamente es el mismo. Como dice Kurten y Lenise (2008), la naturaleza del cuidado tiene distintos enfoques, desde la característica humana, la moralidad, el afecto, la interacción interpersonal y el cuidar como intervención terapéutica, pero sin embargo el fin último coinciden en ofrecer cuidados específicos, en relación a las experiencias de salud que vive la persona o la comunidad a la cual se le brindará la atención (Kérouac, 1996).

Cuando se les pregunta por la terminología de “gestión del cuidado”, la mayoría de las entrevistadas cree fehacientemente que a pesar de no conocer teóricamente el concepto, lo realiza a diario porque es parte de su ser, ya que esas dos palabras forman la base de la profesión, aunque, queda claro que aún hay un déficit en el manejo del concepto global, principalmente en la visión de procesos clínicos.

En las entrevistadas destaca el entusiasmo y la disposición que tienen para mejorar la calidad de la atención que brindan a cada uno de sus usuarios, ya que manifiestan que dichos cuidados de salud, promueven el autocuidado de sus pacientes. Y esto, en gran parte se debe, a la solidez que manifiestan por su formación profesional, ya que todas dicen contar con las herramientas necesarias para instaurar reformas que se enfoquen principalmente a mejorar la calidad de atención hasta ahora entregada a sus pacientes. Con esto queda claro que sólo faltan los recursos económicos y la confianza en el personal, para lograr una futura implementación de la gestión del cuidado en este tipo de hospitales, ya que el interés y la convicción de que lograrán sus objetivos, están en este grupo de profesionales de la salud. Sin olvidar que un cambio de esta envergadura en las políticas de salud, ayudaría al descongestionamiento de los hospitales de alta complejidad, ya que éstos no tendrían temor de mandar trasladado a los pacientes que requieran de un cuidado en su hospital del área.

Por tanto, si la gestión de cuidado es la “capacidad individual y colectiva para movilizar personas y recursos articulada y coordinadamente” (Torres, 2008) en base a un análisis de procesos, que requieren reconocer una cartera de servicios que ofrecen una serie de productos, en busca de satisfacer las necesidades del usuario interno y externo, incluyendo la relación costo-efectividad a favor de una atención de calidad (Torres, 2008). Requiere de un análisis profundo y un conocimiento real de las capacidades con las que cuenta, y lo que requiere la localidad. Para ello, es importante posesionar a los hospitales de baja complejidad dentro de la red, como un apoyo primordial en la entrega de atención y sobre todo darle el lugar que merece dentro de la localidad en que se desarrolla, para lograr una identidad y fortalecer los lazos de confianza entre la comunidad y los servicios que ofrece.

Es por ello que la tarea de enfermería es tomar la iniciativa e instaurar reformas que vayan a favor de la realización de mejoras en la calidad de atención, realizando el proceso de los cuidados, el cual está definido por la manera particular de hacer enfermería, el método enfermero, y por el contexto donde se otorgan los cuidados, el entorno estructural (Huapen, 2008). De esta forma lograr posesionar a los hospitales de baja complejidad como un referente en salud para la comunidad, entregando un servicio en marcado en la realidad local y siendo capaces de trabajar en red brindando una atención progresiva, sin dejar de lado la promoción, educación e investigación. Finalmente, el trabajar con profesionales de Enfermería, garantiza una gestión de cuidados humanizada, valorica, competente y de alta calidad técnico profesional.

Todo lo anterior, ayuda a gestionar un cambio de manera eficaz y participativa en el sector público, aportando constantemente en la mejora continua de flujos, procesos y satisfacción usuaria, consolidando la reforma de salud del sector público y de la calidad de salud del país.

Siguiendo bajo la línea de la tarea de enfermería, consideramos importante valorar la necesidad de realizar internados de enfermería en este tipo de establecimientos, en donde la autonomía brindada por las profesionales, permite un mayor desarrollo la actitud profesional frente al equipo de salud y mayor seguridad en el quehacer, teniendo como único objetivo, el cuidado integral de los pacientes.

Finalmente, esta investigación es la demostración tangible de que aún existen enfermeras dedicadas a su labor, que no sólo son teorías, que en la actualidad existen otras *Florence Nightingale* capaces de considerarse orgullosas que el establecimiento en el cuál trabajan es su segundo hogar, sentirse realizadas al ver felices a sus pacientes, satisfechas sólo con ver esbozar una sonrisa en esas caritas aquejadas por algún problema de salud.

7. ANEXOS

7.1 PREGUNTAS GENERADORAS

¿Cuál es el significado que usted le otorga al “cuidado” y a la “gestión” en el quehacer de una enfermera/o?

Temas: relación con la profesión, la institución, los usuarios, el equipo de salud

Desde su formación y experiencia laboral ¿Qué capacidades usted como profesional reconoce para el desarrollo de la gestión del cuidado en su establecimiento de salud?

Temas: formación de pregrado, pos-título, autoformación, participación gremial, aprendizaje desde un par más experimentado.

¿De qué manera la institución y los profesionales de enfermería han asumido la gestión del cuidado? ¿Qué modificaciones ha experimentado en el ejercicio de su profesión a partir de la puesta en marcha de la gestión del cuidado en el país? ¿Cuál ha sido el papel de la enfermera/o en la gestión del cuidado? ¿Poseen algún apoyo entre ustedes?

Temas: factores facilitadores y obstaculizadores, trabajo en red, medición de dependencia y riesgo de los pacientes, mejoras en la calidad de la atención

¿Cuáles serían sus propuestas para formalizar la implementación de la gestión del cuidado en los hospitales comunitarios de la Región de los Ríos?

Temas: formación de pregrado, cantidad y calidad de recursos humanos, infraestructura, tecnología e insumos, relación con la familia.

7.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE ENFERMERÍA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las Srtas. Daniela Yvonne Hidalgo Mancilla y Karen Angélica Roselott Marchant, tesistas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, me han informado que se encuentran desarrollando un estudio investigativo, que tiene como objetivo describir la percepción que poseen las enfermeras de los Hospitales Comunitarios de la Región de los Ríos sobre la Gestión del Cuidado.

Este estudio se llevará a cabo el segundo semestre del año 2010.

Me explicaron que mi participación consiste en contestar una entrevista semi-estructurada relacionada con la gestión del cuidado que realizo en el establecimiento en el cual trabajo. He comprendido que este estudio no tiene beneficios ni riesgos para mí, aunque acepte inicialmente participar en la investigación, entiendo que me puedo retirar en cualquier momento.

El participar no me significará retribución de ninguna índole y autorizo a que la entrevista sea grabada, para así mantener la veracidad de mi opinión. La información obtenida será evaluada por mí antes de ser utilizada en el estudio y su posterior publicación. Ellas se comprometen a resguardar mi identidad y a tomar las medidas que correspondan para que mis datos sean confidenciales.

Dejo claramente establecido que he tenido libremente la oportunidad de realizarle preguntas que ha respondido a mi entera satisfacción y que me ofrecieron opciones de fecha y horario para responder la entrevista de acuerdo a mi disposición. Las tesistas no recibirán ninguna gratificación por la realización de este proyecto de investigación. Si deseo hacer otras consultas puedo comunicarme con Daniela Hidalgo Mancilla, al teléfono 94185540, correo electrónico dani_hidalgo85@hotmail.com ó con Karen Roselott Marchant, al teléfono 84500180, correo electrónico kroselott5@gmail.com

Por todo lo anteriormente leído yo.....

RUT:

Decido:

ACEPTAR mi participación en la investigación

RECHAZAR mi participación en la investigación

Firma del Profesional

Firma del estudiante

Valdivia, _____ de _____ de 2010

7.3 REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA Y ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS

7.3.1 CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA DISCURSO N°1

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
(1) el significado de la palabra cuidado para mí, sería brindar la atención a todo nivel para el paciente biológico, psicológico y social, frente a todas las necesidades que el paciente tenga alteradas en ese minuto y también el riesgo de alterarse en ese minuto.	(1) Para mí la palabra cuidado significa una atención biosicosocial cuando hay necesidades alteradas.
(2) No solamente la parte biológica por la cual llegan acá al Hospital, eventualmente la parte médica te evalúa solamente el aspecto biológico, las patologías biológicas que ellos tienen.	(2) Los pacientes no sólo llegan al Hospital por patologías biológicas, y cuando así lo hacen, son los médicos quiénes los evalúan.
(3) Ya que nosotras somos las que habitualmente las detectamos.	(3) Son las enfermeras quiénes detectan las alteraciones no biológicas.
(4) Gestionar es hacer posible que el paciente reciba el cuidado necesario, en relación a que tú tienes que coordinar todo lo que el paciente necesite, claro que todo según la condición del paciente	(4) Gestionar es coordinar lo que el paciente necesite según su condición
(5) También esto incluye cuando piensas que uno de tus pacientes se encuentra más o menos, por lo que gestionas su traslado a una sala en donde pueda estar solito con su familia	(5) La gestión también incluye trasladar a un paciente a otro lugar para una mayor privacidad, cuando su estado de salud es desfavorable.
(6) Yo al igual que tu, también estudié en la Austral y sabes... !!!salen tan buenos profesionales!!! (ríe)... No es que yo me esté tirando flores sola	(6) La Universidad Austral de Chile entrega una formación profesional inigualable
(7) después de salir de una Universidad tan prestigiosa no requerimos de nada más...aunque siempre vas aprendiendo cositas nuevas en el camino, pero sales totalmente preparada	(7) La formación profesional es tan importante como la experiencia otorgada con los años.
(8) la Directora se ha portado espectacular,	(8) La Dirección del establecimiento me

definitivamente nada que decir...siempre está enterada de todo y si no me está llamando para ver que cosas nuevas podemos hacer	apoya en todas mis ideas y proyectos
(9) sí, las chiquillas también cuidan mucho a cada uno de sus pacientes.	(9) Todas las enfermeras realizan la Gestión del Cuidado.
(10) fuimos a una capacitación justamente sobre este tema y resulta que nos pidieron que valoremos el grado de riesgo/dependencias de nuestros usuarios y justamente una de mis colegas en una de sus visitas a Valdivia, la colega de allá le dió una de esas hojitas de valoración...no sé si la has visto...bueno, esa hojita... y adivina... ¡¡nosotras ya la estábamos usando!!	-10 Actualmente realizamos Gestión del Cuidado categorizando a diario a todos sus pacientes según riesgo/dependencia.
(11) somos las que andamos molestando hasta que logramos lo que queremos	(11) Nos caracterizamos por hacer gestión
(12) nosotros por lo menos necesitaríamos a todo el personal bien capacitado.	(12) Necesitamos capacitación para el personal del establecimiento.

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO N°1

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
(A) el significado de la palabra cuidado para mí, sería brindar la atención a todo nivel para el paciente biológico, psicológico y social, frente a todas las necesidades que el paciente tenga alteradas en ese minuto y también el riesgo de alterarse en ese minuto(1) Ya que nosotras somos las que habitualmente las detectamos.(3) Gestionar es hacer posible que el paciente reciba el cuidado necesario, en relación a que tú tienes que coordinar todo lo que el paciente necesite, claro que todo según la condición del paciente.(4) También esto incluye cuando piensas que uno de tus pacientes se encuentra más o menos, por lo que gestionas su traslado a una sala en donde pueda estar solito con su familia.(5) Sí, las	(A) La profesional demuestra un gran compromiso por la labor que realiza, y de igual manera pareciera ser en el resto de las profesionales de Enfermería. Conforman un equipo de trabajo muy comprometido con el bienestar del paciente hospitalizado. Actualmente se encuentran categorizando diariamente a cada paciente según riesgo/dependencia.

<p>chiquillas también cuidan mucho a cada uno de sus pacientes.(9) Fuimos a una capacitación justamente sobre este tema y resulta que nos pidieron que valoremos el grado de riesgo/dependencias de nuestros usuarios y justamente una de mis colegas en una de sus visitas a Valdivia, la colega de allá le dió una de esas hojitas de valoración...no sé si la has visto...bueno, esa hojita... y adivina... ¡¡nosotras ya la estábamos usando!!(10) Somos las que andamos molestando hasta que logramos lo que queremos.(11)</p>	
<p>(B) No solamente la parte biológica por la cual llegan acá al Hospital, eventualmente la parte médica te evalúa solamente el aspecto biológico, las patologías biológicas que ellos tienen(2)</p>	<p>(B) Se visualiza que los demás profesionales del establecimiento consideran que el equipo médico no vé más allá de las patologías biológicas. Se aprecia que ellos carecen de una buena anamnesis con el paciente.</p>
<p>(C) la Directora se ha portado espectacular, definitivamente nada que decir...siempre está enterada de todo y si no me está llamando para ver que cosas nuevas podemos hacer(8)</p>	<p>(C) Si la autoridad del establecimiento de Salud apoya a su equipo de trabajo y es enfática en querer incorporar cosas nuevas, se trabaja con seguridad y se logran muchas cosas, tanto para el paciente, como para el personal de la institución.</p>
<p>(D) Yo al igual que tu, también estudié en la Austral y sabes... !!!salen tan buenos profesionales!!! (ríe)... No es que yo me esté tirando flores sola.(6) después de salir de una Universidad tan prestigiosa no requerimos de nada más...aunque siempre vas aprendiendo cositas nuevas en el camino, pero sales totalmente preparada.(7)</p>	<p>(D) La profesional se encuentra muy satisfecha de la formación profesional y la calidad humana entregada en la Universidad Austral.</p>

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DISCURSO N°1

Al consultarle por las definiciones de Gestión del Cuidado, manifestó mucho entendimiento en el tema. Además rápidamente llevó la terminología a la práctica clínica diaria, verbalizando las categorizaciones riesgo/dependencia que se debieran de realizar en forma diaria sólo en los Hospitales de Alta Complejidad, y aquí en un Hospital de Baja

Complejidad lo realizan sin problemas y lo más destacable es que comenzaron sólo por probar cosas nuevas, luego de lo cuál vino la capacitación real sobre dicho tema.

La seguridad que verbaliza la profesional para probar cosas nuevas, siempre en beneficio de sus pacientes, se debe en gran medida al apoyo incondicional que le otorga la Dirección del establecimiento.

Además, y por último, ella reconoce sentir una fuerte base profesional para realizar la Gestión del Cuidado en su Institución.

7.3.2 CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA DISCURSO N°2

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
(1) Éstas actividades de cuidado son las que el realizaría por sí mismo, si tuviera la fuerza , los conocimientos o la voluntad necesarios para realizarlos	(1) La enfermera realiza los cuidados cuando al paciente le falta la fuerza, los conocimientos y/o la voluntad para realizarlos por sí mismo.
(2)Gestión del cuidado yo lo entiendo como la atención segura, oportuna, continúa y siempre acorde a las políticas y normas que ha establecido el Ministerio de Salud.	(2) La atención brindada como Gestión del Cuidado es establecida por el Ministerio de Salud
(3)El equipo de salud piensa que enfermería se define continuamente y se va adaptando a los cambios... pasando de ser una enfermera pragmática y mecánica a una enfermera sustentada por un cuerpo de conocimientos propios y por un rol que se enfatiza en las respuestas humanas para dar un servicio de eficiencia, eficacia y efectividad.	(3) El equipo de salud piensa que las enfermeras se adaptan muy bien a todas las situaciones y que dicha profesión se define continuamente.
(4)en cada enfermera existe el espíritu de servir y ayudar, por lo tanto, creo que todas lo llevan dentro, solo hay que encausar esta dinámica y destacarla como se merece.	(4) El servicio al prójimo es innato en todas las enfermeras, pero hay que encausarlo
(5)Gestión del cuidado, dicho como tal es nuevo para todos en este momento y con los ajustes presupuestarios del ahora la gestión del recurso prima sobretudo.	(5) El término de Gestión del Cuidado se desconoce, más ahora, cuando todos los establecimientos estamos abocados a ajustar nuestros presupuestos.

(6)La enfermera siempre a guiado al paciente y su familia, sólo que ahora se pretende hacer con un cuerpo de evidencia científica superior y con cuidados estandarizados.	(6) La gestión del cuidado siempre se ha realizado en estos Hospitales, sólo que ahora es norma y se encuentra estandarizado.
(7)Recién se nos ha enseñado a categorizar y se ha incorporado a la red en esto	(7) Hace poco todos los Hospitales del área tuvimos capacitación sobre Gestión del cuidado.

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO N°2

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
(A)Éstas actividades de cuidado son las que el realizaría por sí mismo, si tuviera la fuerza , los conocimientos o la voluntad necesarios para realizarlos(1) En cada enfermera existe el espíritu de servir y ayudar, por lo tanto, creo que todas lo llevan dentro, solo hay que encausar esta dinámica y destacarla como se merece(4)	(A) La profesional conoce muy bien el sentido de su profesión. Aunque refiere que el espíritu de servir y ayudar hay que encausarlo como se debe, cuando debiera ella demostrarlo en su actuar.
(B)Gestión del cuidado yo lo entiendo como la atención segura, oportuna, continúa y siempre acorde a las políticas y normas que ha establecido el Ministerio de Salud.(2) Gestión del cuidado, dicho como tal es nuevo para todos en este momento y con los ajustes presupuestarios del ahora la gestión del recurso prima sobretodo(5) La enfermera siempre a guiado al paciente y su familia, sólo que ahora se pretende hacer con un cuerpo de evidencia científica superior y con cuidados estandarizados(6) Recién se nos ha enseñado a categorizar y se ha incorporado a la red en esto(7).	(B) La profesional refiere tener claros conocimientos del tema, pero su actitud y sus respuestas sobre la gestión del cuidado dan a conocer las pocas ganas que ésta profesional tiene de que dicha implementación ocurra.
(C)El equipo de salud piensa que enfermería se define continuamente y se va adaptando a los cambios... pasando de ser una enfermera	(C) Parece no estar conforme con la visión que tiene el equipo de salud sobre las profesionales de enfermería, ya que se

pragmática y mecánica a una enfermera sustentada por un cuerpo de conocimientos propios y por un rol que se enfatiza en las respuestas humanas para dar un servicio de eficiencia, eficacia y efectividad(3).	interpreta que un día éstas tienen un actuar mecánico y luego un trato humanizado.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DISCURSO N°2

La profesional reconoce que el cuidado y la orientación lo ha realizado siempre la enfermera, sólo que ahora hay que realizarlo según estándares y con la finalidad de poseer cierta evidencia científica.

Al hablarle de Gestión del cuidado, nos dice que los establecimientos están preocupados por las restricciones presupuestarias en las que se encuentran y recién algunas personas reconocen la terminología. Dicho establecimiento ya fué capacitado en los que respecta categorizaciones, pero la profesional no las menciona como práctica habitual de enfermería.

7.3.3 CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA DISCURSO N°3

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
(1)Gestión son todas las maromas que haces para que el paciente esté tranquilo y con todos sus exámenes o con todo lo que la institución le puede ofrecer, pero todo eso lo gestionas tú.	(1) Gestión son todos los trámites que se llevan a cabo para concretar el cuidado que este tipo de Hospital, le puede ofrecer a sus usuarios hospitalizados.
(2)¡¡¡Eso es enfermería!!! Y eso nadie te lo enseña en la universidad..	(2) La formación profesional es tan importante como las vivencias hospitalarias.
(3)es lo mismo que yo y mis colegas hacemos diariamente, sólo que ahora tiene un nombre nuevo	(3) La gestión del cuidado se ha realizado desde siempre en nuestra profesión
(4)yo como enfermera jefa tengo todo el apoyo que necesito para realizar tranquilamente mi labor.	(4)La Dirección del establecimiento me apoya en todas mis ideas y proyectos
(5)las religiosas las han buscado con pinza.	(5) Las religiosas están muy comprometidas

	con el cuidado de los pacientes, es por eso que seleccionan las contrataciones.
(6) Así que imagino que no tendría ningún problema con ellas para instaurar nuevas cosas en el Hospital	(6) Las enfermeras que han ingresado están son muy preocupadas del cuidado de sus pacientes.
(7) recién estoy escuchando el término “gestión del cuidado”	(7) Desconozco la terminología

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO N°3

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
(A) Gestión son todas las maromas que haces para que el paciente esté tranquilo y con todos sus exámenes o con todo lo que la institución le puede ofrecer, pero todo eso lo gestionas tú.(1) Es lo mismo que yo y mis colegas hacemos diariamente, sólo que ahora tiene un nombre nuevo(3) Así que imagino que no tendría ningún problema con ellas para instaurar nuevas cosas en el Hospital(6) Recién estoy escuchando el término “gestión del cuidado”(7)	(A) La profesional reconoce no conocer la terminología, pero tiene la seguridad de que la labor que realiza a diario es la que ahora se quiere estandarizar. Además reconoce tener un muy buen equipo de trabajo, todos muy comprometidos con la labor y abiertos a los cambios.
(B) ¡¡¡Eso es enfermería!!! Y eso nadie te lo enseña en la universidad.(2)	(B) La profesional se siente muy orgullosa de la labor que realiza y de los que ella representa para la institución.
(C) yo como enfermera jefa tengo todo el apoyo que necesito para realizar tranquilamente mi labor.(4) las religiosas las han buscado con pinza(5)	(C) Si la autoridad del establecimiento de Salud apoya a su equipo de trabajo y es enfática en querer incorporar profesionales comprometidos con su labor, se logran muchas cosas, tanto para el paciente, como para el personal de la institución.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DEL DISCURSO N°3

La profesional de Enfermería desconoce la terminología de Gestión del Cuidado, pero tiene seguridad al afirmar que realiza diariamente todas las acciones, que la institución, el recurso humano, físico y tecnológico le permite en pro de la futura implementación de la Gestión del Cuidado en éste tipo de Hospitales.

Todo esto se realiza de una mejor manera si consideramos que cuenta con un equipo de trabajo comprometido con su labor.

7.3.4 CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA DISCURSO N°4

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
(1)El cuidado es la primera prioridad en el quehacer de una enfermera que tiene pacientes a su cargo, ya que debe cautelar el bienestar de los pacientes a su cargo	(1) El cuidado y el bienestar deben siempre ser la prioridad en el quehacer de una enfermera con pacientes a cargo.
(2)la experiencia laboral y la autoformación me han brindado el manejo necesario	(2) La experiencia laboral y la autoformación me han brindado la ayuda para el manejo diario de pacientes.
(3)La institución en la que me desempeño no posee políticas explícitas de apoyo en la gestión del cuidado debido a la infraestructura y recursos reducidos	(3) La Dirección del establecimiento no apoya mis ideas, debido a la disminución de presupuestos en la que se encuentra.
(4)la falta de recursos e infraestructura merma en el desarrollo de la gestión del cuidado.	(4) La falta de infraestructura y de recursos, repercute negativamente en la implementación del gestión del cuidado.

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO N°4

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
(A)El cuidado es la primera prioridad en el quehacer de una enfermera que tiene pacientes a su cargo, ya que debe cautelar el	(A) La profesional reconoce su labor, pero no cuenta con el apoyo necesario para hacer cosas nuevas. Además todo se ve más difícil

bienestar de los pacientes a su cargo(1) La institución en la que me desempeño no posee políticas explícitas de apoyo en la gestión del cuidado debido a la infraestructura y recursos reducidos(3) La falta de recursos e infraestructura merma en el desarrollo de la gestión del cuidado.(4)	por el reducido espacio físico con el que cuenta.
(B)La experiencia laboral y la autoformación me han brindado el manejo necesario(2)	(B) La profesional se siente muy orgullosa de lo que los años le han enseñado. De como ha mejorado su trato con el usuario y como hoy en día se maneja a la perfección con los pacientes.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DEL DISCURSO N°4

En este relato nos podemos dar cuenta de la importancia que tiene el apoyo brindado por la autoridad del establecimiento al profesional de enfermería. Aquí la enfermera reconoce su labor, pero todo se ve obstaculizado por la Dirección.

Y si a esto le agregamos la falta de espacio físico para la realización de diversas actividades, todo se empeora.

7.3.5 CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA DISCURSO N°5

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
(1)desde nuestra formación profesional se nos orientaba a preguntarle al paciente de todo y en base a eso podíamos hacer nuestros planes, pero éstos sí o sí tenían que considerarlo en forma biopsicosial.	(1) Desde nuestra formación profesional se nos orientaba a hacer planes biopsicosociales del paciente en cuestión.
(2)Por eso te digo que la gestión y el cuidado son las palabras habituales en mi desempeño laboral y he tratado de inculcar esto también en mi equipo de trabajo.	(2) La gestión y el cuidado es la base de nuestra formación profesional y luego deben ser la base de la disciplina de nuestro equipo de trabajo.
(3)Coordinar cosas, gestionar otras, hacer rendir las cosas, preocuparnos primero por	(3) Gestión del cuidado.

los pacientes que se encuentren más graves; claro que sin descuidar a los demás. En realidad, brindar nuestra atención según grado de alteración del paciente.	
(4)Creo que era algo que tarde o temprano tenía que normarse, porque así todos nos aseguramos de que se haga	(4) La implementación de la gestión del cuidado, era algo que tarde o temprano se iba a normar.
(5)los nuevitos llegan con ideas nuevas, entonces si son buenas las tomamos e incorporamos a nuestra rutina diaria.	(5) Las enfermeras recién tituladas tienen nuevas y buenas ideas.
(6)¡¡Qué nos concideren un poco más, no todo ocurre en Valdivia!!	(6) Poner más atención en los Hospitales de baja complejidad
(7)allí las colegas están llenas de pega que ni siquiera tienen tiempo de preguntarle al paciente cómo durmió...por eso yo valoro tanto a los Hospitales más pequeños.	(7) En el HCRV las enfermeras tienen sobrecarga laboral y un trato mecánico.

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO N°5

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
(A)desde nuestra formación profesional se nos orientaba a preguntarle al paciente de todo y en base a eso podíamos hacer nuestros planes, pero éstos sí o sí tenían que considerarlo en forma biopsicosial(1) Por eso te digo que la gestión y el cuidado son las palabras habituales en mi desempeño laboral y he tratado de inculcar esto también en mi equipo de trabajo(2) Coordinar cosas, gestionar otras, hacer rendir las cosas, preocuparnos primero por los pacientes que se encuentren más graves; claro que sin descuidar a los demás. En realidad, brindar nuestra atención según grado de alteración del paciente.(3) Creo que era algo que tarde o temprano tenía que normarse, porque así todos nos aseguramos de que se haga(4)	(A) La profesional demuestra un gran compromiso por la labor que realiza, ya que describe los cuidados habituales que realiza en el lugar donde trabaja. Además nos confieza que ella sabía que la gestión del cuidado debía normarse, ya que es la única forma de tener una base estadística sobre lo que normalmente se realiza.
(B)los nuevitos llegan con ideas nuevas,	(B) La profesional se muestra conforme con

entonces si son buenas las tomamos e incorporamos a nuestra rutina diaria(5)	los nuevos colegas egresados. Les reconoce muy buenas ideas.
(C)¿¿Qué nos concideren un poco más, no todo ocurre en Valdivia!!(6) allí las colegas están llenas de pega que ni siquiera tienen tiempo de preguntarle al paciente cómo durmió...por eso yo valoro tanto a los Hospitales más pequeños.(7)	(C) Aquí se plantea la posibilidad de disminuir el congestionamiento de los Hospitales de alta complejidad, debido a que los profesionales no están realizando su labor según la base por la que fueron creados.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DISCURSO N°5

De esta entrevista destaca el comentario que hace la profesional sobre las enfermeras del Hospital Regional Valdivia. Allí menciona actitudes que reflejan a profesionales poco comprometidas, con sobrecarga laboral e inmersas en un Sistema Biomédico que no les deja tiempo para realizar la base de su profesión; un trato humanizado con el paciente hospitalizado.

Además se conoce una excelente formación profesional, siempre destinada al ser humano de manera biopsicosocial.

7.3.6 CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA DISCURSO N°6

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
(1)Siendo muy honesta, siento que todas estamos muy bien preparadas para realizar estos cuidados	(1) Estoy preparada para la implementación de la gestión del cuidado.
(2)nosotros siempre hemos realizado la gestión del cuidado, sólo que no tenemos un espacio físico, ni una enfermera destinado a ello, pero a diferencia de ellos, nos dedicamos más al paciente y no al papel, aunque también organizamos todo, evaluamos, planificamos, organizamos, etc	(2) Aquí siempre se ha realizado la gestión del cuidado, sólo que aquí no esta legalmente implementado.
(3)La institución ha querido enriquecer la atención al usuario haciéndola que participen otras disciplinas que ofrecen	(3) La institución posee un equipo multidisciplinario para brindar atención al paciente y/o su familia.

respuestas a los problemas de salud de los pacientes hospitalizados, así que se podría decir que se otorga un cuidado según las necesidades del individuo o de su familia y por supuesto, mientras el establecimiento se los pueda brindar.	
(4)Me gustaría que confiarán más en nosotros como Hospitales de Baja Complejidad, pero eso estoy segura que se irá dando con el tiempo	(4) El tiempo nos otorgará la confianza como Hospital de baja complejidad

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO N°6

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
(A)Siendo muy honesta, siento que todas estamos muy bien preparadas para realizar estos cuidados(1) nosotros siempre hemos realizado la gestión del cuidado, sólo que no tenemos un espacio físico, ni una enfermera destinado a ello, pero a diferencia de ellos, nos dedicamos más al paciente y no al papel, aunque también organizamos todo, evaluamos, planificamos, organizamos, etc(2)	(A) La profesional reconoce su labor de cuidado con los pacientes y además refiere que allí también se realiza la gestión del cuidado, pero orientada más en brindarle al paciente una atención de calidad que a llenar estadísticas.
(B)La institución ha querido enriquecer la atención al usuario haciéndola que participen otras disciplinas que ofrecen respuestas a los problemas de salud de los pacientes hospitalizados, así que se podría decir que se otorga un cuidado según las necesidades del individuo o de su familia y por supuesto, mientras el establecimiento se los pueda brindar.(3)	(B) Esta institución ha querido enriquecer la atención al usuario, brindándole atención con disciplinas de calidad y un equipo multidisciplinario para ello, sin importarle su bajo presupuesto por el tipo de Hospital que es.
(C)Me gustaría que confiarán más en nosotros como Hospitales de Baja Complejidad, pero eso estoy segura que se irá dando con el tiempo(4)	(C) Esto ocurre, porque los Hospitales de baja complejidad no son considerados para pacientes complejos.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DISCURSO N°6

La profesional de Enfermería reconoce la terminología y la labor diaria de la Gestión del Cuidado, y es tajante al decirnos que en éste establecimiento también se realiza dicha labor, pero que ellos, a diferencia del Hospital Regional deValdivia, se encuentran mayormente abocados a brindarle una atención de calidad al usuario y no dedican la mayor parte del tiempo a llenar estadísticas diarias.

Además la institución está tan comprometida con brindar una atención de calidad, que, posee un equipo multidisciplinario para atender a los usuarios.

7.3.7 CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA DISCURSO N°7

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
(1)Es lo que hacemos día a día. Es la base de la enfermería; cuidar a quién lo necesita y gestionar ó hacer cosas para lograr lo que dicho paciente necesita.	(1) Gestión y cuidado de enfermería
(2)Es usar de la mejor manera posible los recursos con los que contamos, aquí tenemos los recursos humanos, los materiales y los tecnológicos. Todo para brindar una atención de calidad e integral.	(2) Gestión del cuidado
(3)no tenemos la misma cantidad de gente y no tenemos tantos papeles que llenar y por lo mismo tenemos más tiempo para nuestros pacientes	(3) Trato humanizado e integral v/s Sistema Biomédico
(4)veo que el sistema biomédico se las comió, es tanta la parte administrativa que terminan olvidándose de la base de nuestra formación...la dedicación y preocupación hacia nuestros pacientes.	(4) Enfermeras de Hospitales de alta complejidad con sobrecarga laboral, estrés y consumidas por el sistema biomédico.
(5)Yo creo que aquí estarían todos contentos, ya que todo sería para mejorar la atención brindada a nuestros usuarios.	(5) Personal comprometido con brindar atención de calidad.
(6)creas un lazo familiar en las atenciones, ya que son los mismos pacientes siempre, así que ya los conoces a todos y conoces también a toda su familia, sabes sus	(6) Enfermería personalizada y familiar en los Hospitales de baja complejidad.

problemas y ellos se sienten más seguros aquí.	
------------------------------------------------	--

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO N°7

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
(A)Es lo que hacemos día a día. Es la base de la enfermería; cuidar a quién lo necesita y gestionar ó hacer cosas para lograr lo que dicho paciente necesita.(1) Es usar de la mejor manera posible los recursos con los que contamos, aquí tenemos los recursos humanos, los materiales y los tecnológicos. Todo para brindar una atención de calidad e integral.(2) Yo creo que aquí estarían todos contentos, ya que todo sería para mejorar la atención brindada a nuestros usuarios.(5)	(A) La profesional reconoce su labor de cuidado con los pacientes a su cargo y además refiere que el personal se encuentra muy comprometido a brindar una atención de calidad y familiarizada al paciente .
(B)no tenemos la misma cantidad de gente y no tenemos tantos papeles que llenar y por lo mismo tenemos más tiempo para nuestros pacientes(3) veo que el sistema biomédico se las comió, es tanta la parte administrativa que terminan olvidándose de la base de nuestra formación...la dedicación y preocupación hacia nuestros pacientes.(4)	(B) Culpa a las enfermeras del Hospital Regional deValdivia de estar absortas por el Sistema Biomédico y sobrecargadas de trabajo, por lo cuál han olvidado la base de su formación; la dedicación a nuestros pacientes.
(C)creas un lazo familiar en las atenciones, ya que son los mismos pacientes siempre, así que ya los conoces a todos y conoces también a toda su familia, sabes sus problemas y ellos se sienten más seguros aquí.(6)	(C) Nos habla de una enfermería familiar, con un trato amable, seguro y protector.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DISCURSO N°7

La profesional, así como las demás, reconoce su labor de cuidado con los pacientes a su cargo y además refiere que el personal se encuentra muy comprometido a brindar una

atención de calidad y familiarizada al paciente. Esto ocurre ya que son siempre los mismos pacientes, lo que lleva a una enfermería con un trato familiar, muy amable, conocedora de los problemas que la aquejan y que da cierto grado de seguridad y confidencialidad al núcleo de personas al cuál atiende.

Además, al igual que en la entrevista anterior, dicha profesional nos habla sobre la sobrecarga laboral que presentan las enfermeras del Hospital Regional de Valdivia. Refiere que se encuentran absortas en un sistema que no les da tiempo para nada y que finalmente las está haciendo olvidar la base de su formación; la dedicación a sus pacientes.

8. REFERENCIAS

8.1 BIBLIOGRÁFICAS

Leddy, S. & Pepper, M. (1989) *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. New York, U.S.A: Organización Panamericana de la Salud. 395p.

Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson

Marriner, A. y Raile, M. (2008) *Modelos y Teorías de Enfermería*. Sexta edición. Editorial: Elsevire Mosby, España

Strauss, A; Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Bogotá. Colombia. (2a. ed.).CONTUS-Editorial Universidad de Antioquia

Taylor, Bogdan (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: PAIDOS. Segunda edición.

8.2 REVISTAS

Código Sanitario (1997), Artículo 113.

Colectivo de autores (2006). *Administración y gestión de los servicios de enfermería*. Editorial Ciencias Médicas.

Colectivo de autores (2010). *Diplomado Gestión del Cuidado y cartera de Servicios. Módulo 3*. Medwave.

Documento de síntesis elaborado por el Comité de Calidad de Enfermería del Complejo Hospitalario Norte en base revisión bibliográfica recopilada durante el año 2004-2005 sobre Modelos de Cuidados de Enfermería, Chile.

Erdmann, A, Leite, J, Costa, (2005) I. *Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería*, 2001-2003, Ciencia enfermería v.11 n.2

Gutiérrez González M.; Núñez Carrasco E.; Rivera C. (2002) *Características del rol en el profesional de enfermería intrahospitalario*. Rev. Latinoam. Enferm. 2002; 37(120): 29-33.

Jofré Aravena, V. (Editora) (2009) *La investigación como herramienta de la gestión del cuidado* CIENCIA Y ENFERMERÍA XV (3): 7-7, 2009. Concepción, Chile

Lorenzini, A.; Macedo de Sousa, F. G.; Stein D.; Schaefer, A. L. (2008) *Construyendo un modelo de Sistema de Cuidados*. CIENCIA y ENFERMERÍA XIV (2): 87-95, 2008, Concepción, Chile.

Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (2005), Artículo 43

8.3 REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Avila, D. L.; Rojas, D. V. (2008). *Marco Referencial Hospitales de la familia y la comunidad. Chile*. Revisado el 09 de Mayo de 2010, de:

http://www.serviciodesaludnuble.cl/vista/libros/Marco_Referencia_Hospitales_Comunitarios.pdf

Alberdi Rosa M. (2000). *“Nosotros cuidamos: la práctica del cuidado en el ámbito comunitario”* III Congreso Asociación Enfermería Comunitaria. Arnedillo, España.

Burgos, M.; Paravic T. (2003) *Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital publico*. Rev. Cienc. enferm. v.9 n.2 Concepción. Revisado el 30 de Mayo de 2010 en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200004&script=sci_arttext

Carosio, A. (2007) *Ética para la utopía. Más allá de la justicia* Revista cubana de filosofía. Revisado el 30 de junio de 2010 en:

<http://revista.filosofia.cu/articulo.php?id=108>

Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados (2006) *Manual de la Gestión de casos en Andalucía, Enfermeras gestoras de casos en atención primaria*, España. Revisado el 17 de junio de 2010 en:

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0245.pdf>

Dabas, E; Perrone, N. (1999). *Redes y Sistemas de Salud*, Argentina. Revisado el 30 de junio de 2010 en:

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf>

Ferro Montiu, M. (2005) *Seminario: La gestión del cuidado*. Barcelona, España. Revisado el 30 de Abril de 2010 en:

<http://www.cepjunin.com/bioetica%20de%20enfermeria.pdf>

Huapen Figueroa, C. (2008). *Gestión del Cuidado en Enfermería*. Revisado el 28 de Mayo de 2010, de http://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_32.pdf

Kuerten Rocha, Patricia; Lenise Do Prado, Marta (2008) *Modelo de Cuidado: ¿Qué es y como elaborarlo?*. Index Enferm v.17 n.2 Granada abr.-jun. 2008. Revisado el 26 de mayo de 2010 en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000200011&script=sci_arttext

Lorenzini Erdmann, A.; Luzia Leite, J.; Costa Mendes, I; Trevizan, M.; Carvalho Dantas, C. (2005) “*Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, años 2001-2003*”. Revisado el 25 de junio de 2010 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532005000200006&script=sci_arttext&tlng=e

Meleis AI, Price MJ (1988). Strategies and Conditions for Teaching Theoretical Nursing: An International Perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 13:592-604. Citado en “*La Gestión del Cuidado de Enfermería*”, Zarate Grajales, R (2003) Revisado el 07 de Mayo de 2010, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100009&script=sci_arttext

MINSAL. (2010). *Servicio de Salud Ñuble*. Revisado el 09 de Mayo de 2010, de <http://www.serviciodesaludnuble.cl/>

Modificación el D.L. N° 2763 (2004). Nueva concepción de la Autoridad Sanitaria. Revisado el 30 de abril de 2010 en: http://www.sqingenieria.cl/biblioteca/Normativa_Preencion/leyautoridadsanitaria.pdf

Morales Barragán, Federico (2010). *Los conceptos de jerarquía y heterarquía en el análisis del desarrollo local*. Revisado el 25 de junio de 2010 en: http://proimmse.unam.mx/doctos/Morales_UAMI0406.pdf

Morfi Samper, R. (2010) *Gestión del cuidado en Enfermería*. Rev Cubana Enfermer v.26 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2010. Revisado el 05 de mayo de 2010 en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000100001&script=sci_arttext

Mulens Ramos, I. (2006) *La gestión de Enfermería desde las dimensiones del cuidado* Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana Facultad de Enfermería “Lidia Doce Sánchez”. Revisado el 30 de Mayo de 2010 en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/archivos/trabaj_gestion_ivette.pdf

Norma General Técnica y Administrativa N° 18 “*Sobre asignación y uso de los campos de formación profesional y técnica en el sistema nacional de servicio de salud y normas de protección para sus funcionarios, académicos, estudiantes y usuarios*” (Emitida por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el 10 de marzo del 2010). Revisado el 05 de julio de 2010 en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/5572c3f8b10ae868e04001011e0157d0.pdf>

Norma General Administrativa N° 19 “*Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada*” (Emitida por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el 14 de diciembre del 2007). Revisado el 05 de mayo de 2010 en:

<http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/tripticoo.pdf>

Reglamento orgánico de los servicios de salud (2006). *Reglamento de los Servicios de Salud, Decreto 140*. Revisado el 30 de junio de 2010 en:

<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=237231>

Salvatierra Flórez, V.; Rivera Quevedo, C. L. (2010) *Gestión del Cuidado esencia de SER ENFERMERA*, Mexico. Revisado el 07 de Mayo de 2010 en:

<http://www.cnemex.org/noticias/gestion%20del%20cuidado.htm>

Torres, M. (2008). *Gestión clínica: Conceptualizando y vinculando para la calidad en Salud*. Catalogo electrónico publicado en SiBUACH, Universidad Austral de Chile. Revisado en 30 de Octubre de 2010 en:

<http://catalogobiblioteca.uach.cl:8080/ipac20/ipac.jsp?session=12C0S74278805.124528&profile=bibteja&source=~!biblioteca&view=subscriptionssummary&uri=full=3100001~!92111~!18&ri=1&aspect=power&menu=search&ipp=20&spp=20&staffonly=&term=Torres+Andrade,+Mar%C3%83%C2%ADa+Cristina&index=.AW&uindex=&aspect=power&menu=search&ri=1>

Zarate Grajales, R. A. (2003) *La Gestión del Cuidado de Enfermería*. Index Enferm v.13 n.44 Granada primavera/verano 2004. Revisado el 28 de abril de 2010 en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100009&script=sci_arttext