



**FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**«LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CONCEPTO “GESTIÓN DEL  
CUIDADO” DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS ENFERMERAS»**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA  
MENCION GESTIÓN DEL CUIDADO**

**AUTOR: OLGA MARIELLA MORAGA ESQUIVEL  
PROFESOR GUÍA: CECILIA LANDMAN NAVARRO**

**PROGRAMA MAGÍSTER EN ENFERMERÍA  
MENCION GESTIÓN DEL CUIDADO**

**VALPARAÍSO-CHILE  
MARZO 2011**

# «LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CONCEPTO “GESTIÓN DEL CUIDADO” DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS ENFERMERAS»

Tesis presentada a la Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería.  
En cumplimiento parcial de los requisitos para optar al Grado de Magíster en Enfermería,  
mención Gestión del Cuidado.

por

OLGA MARIELLA MORAGA ESQUIVEL

Valparaíso, Chile

Marzo, 2011

**INFORME DE APROBACIÓN**

Universidad de Valparaíso  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería

## INFORME DE APROBACIÓN TESIS DE MAGÍSTER

La Comisión Evaluadora de Tesis comunica al Director de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por el candidato

OLGA MARIELLA MORAGA ESQUIVEL

ha sido aprobada en el examen de defensa de Tesis, rendido el día .....de abril, de 2011, como requisito para optar al grado de Magíster en Enfermería con mención Gestión del Cuidado y, para que así conste para todos los efectos firman:

Profesor guía:

Profesor

---

Comisión Evaluadora

Profesor

---

Profesor

---

## AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios.

Me he aproximado un poco más al conocimiento que, sin duda, es vacío si no lo “leo” a la luz del Evangelio.

Deseo hacer presente a mi familia que ha acompañado silenciosamente este proceso. A mi esposo Pablo, que con tanta paciencia y amor ha hecho realidad este sueño. A mis hijitos Paulina y Benjamín, que con su transparencia de niños me han enseñado que todo es posible.

A mis padres, por el impulso a ser cada día mejor con la disciplina y enseñanzas que siempre me entregan.

A mi hermano, que junto a su oración y compañía ha sido un pilar sólido para seguir adelante.

A mi maestra Cecilia Landman quiero agradecer su amistad, tiempo, consejos y confianza para motivarme respecto a mis inquietudes investigativas.

No puedo dejar de mencionar a mi querida casa de estudios, la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Valparaíso que me ha entregado toda la formación académica y valórica de la cual me enorgullezco. A su directora y docentes mi cariñoso y fraterno agradecimiento.

A mis compañeras del Programa de Magíster va un cordial recuerdo de amistad, de grata conversación, de sueños y esperanzas para hacer de nuestra amada enfermería una profesión y disciplina del más alto nivel humano. Gracias amigas.

Por último, quiero agradecer al Hospital San Martín de Quillota por su acogida, en especial al cuerpo de enfermería, mis colegas, liderado por la Subdirectora de Gestión de Cuidado al paciente la Sra. Enfermera Marcela Bruna del Campo y a su secretaria la Sra. Bélgica Castillo.

Este Hospital, al acoger esta investigación, hace eco en su misión que declara: “motivar la investigación y extender el conocimiento a la comunidad”. Muchas gracias.

*"Enfermería, es la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones..."*

Marie Françoise Colliere (1999)

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN</b>		
1.1.	Introducción	10
1.2.	Delimitación del problema de Investigación	13
1.2.1.	Fundamentación	13
1.2.2.	Pregunta Investigativa	13
1.2.3.	Temas Ejes Generadores para el Estudio	14
1.2.4.	Problema	14
1.2.5.	Limitaciones del Estudio	14
<b>CAPÍTULO 2 MARCO CONTEXTUAL</b>		
2.1.	Marco Contextual	15
2.1.1.	Contexto de la Salud en Chile	16
2.1.2.	Reforma en la Salud	16
2.1.3.	Contexto del Cuidado	21
2.1.4.	Contexto del Hospital San Martín de Quillota	27
2.1.5.	Descripción Geográfica: Antecedentes	27
2.2.	Marco Conceptual	32
2.2.1.	Teoría de Patricia Benner “Del Principiante al Experto”	32
2.2.2.	Construcción de Conceptos	35
2.3.	Marco Epistemológico	39
2.3.1.	Caracterización del Estudio	39
2.3.2.	Relación Sujeto-Objeto de Estudio	39
2.3.3.	Rol del Investigador en el Proceso de Investigación	40
2.3.4.	Relación del Investigador con la Institución	40
2.4.	Objetivos del Estudio	41
2.4.1.	Objetivo General	41
2.4.2.	Objetivos Específicos	41
2.4.3.	Descripción del Sistema de Variables e Hipótesis	42
2.4.4.	Supuestos	42
<b>CAPÍTULO 3 MARCO METODOLÓGICO</b>		
3.1.	Diseño Metodológico	45
3.1.1.	Plan de Trabajo	45
3.1.2.	Ingreso al Campo	46
3.1.3.	Técnicas de Recolección para obtener la Información	47
3.1.4.	Instrumento para Recoger la Información	47
3.1.5.	Plan de Procesamiento de los Datos	48
3.1.6.	Modelo de Análisis	49
3.1.7.	Codificación de las Unidades de Registro	49
<b>CAPÍTULO 4 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>		
4.1.	Análisis e Interpretación de los Resultados	52
4.2.	Datos Codificados y su Reducción Fenomenológica	52
4.3.	Análisis Global y Relevancia de los Datos	74

**CAPÍTULO 5 DISCUSIÓN Y SUGERENCIAS**

5.1.	Discusión	76
	5.1.1. Categoría Organización	79
	5.1.2. Categoría Colectivo	88
	5.1.3. Categoría Auto percepción de las Enfermeras	94
5.2.	Conclusión	101
5.3.	Sugerencias	105
	Referencias Bibliográficas	106
	Anexos	110
	Instrumento	111
	Consentimiento Informado	112
	Glosario Abreviaturas	113

## RESUMEN:

A partir 2004, la Reforma de la Salud en Chile establece el funcionamiento de redes asistenciales, la indiferenciación de camas, entre otros, para lo cual se instalan nuevas estructuras que apoyan estas innovaciones. La Norma General Administrativa N° 19 del 2007 establece las bases orgánicas funcionales de las “Unidades de Gestión del Cuidado” para la atención cerrada, enfatizando que la función de “gestión del cuidado” constituye un acto propio y exclusivo de las enfermeras.

Frente a estos cambios, el presente estudio pretende responder a la pregunta ¿Cómo las enfermeras construyen socialmente el concepto “gestión del cuidado”?

La investigación se desarrolló desde el enfoque fenomenológico, entrevistando en profundidad a cinco enfermeras de un hospital autogestionado de la región de Valparaíso Chile. Del análisis de los discursos emergieron las siguientes categorías: “organización”, “colectivo” y “autopercepción de las enfermeras”.

Las enfermeras hablan de la adaptación a esta nueva situación, en el contexto legal, para re-posicionarse en la organización. Buscan instancias de reflexión, y es en la “vida diaria”, desde su quehacer en que describen factores que facilitan o dificultan la construcción colectiva y compartida del concepto “gestión del cuidado”.

Palabras clave: Concepto, Gestión, Cuidados. (Fuente: DeCS)

**ABSTRACT:**

Since 2004, the Chilean Health Reform states the operation of assistance networks, equalizing beds among others for which purpose new structures are installed in order to support these innovations. The General Administrative Ruling N°19 of year 2007 states the organic functional basis of the “Management of Care Units” for close service, emphasizing that the function of “Management of Care” constitutes an exclusive and own act of nurses.

Due to these changes, this study aims to answer the question: ¿How do nurses socially build the concept of Management of Care? The research was developed from a phenomenological perspective through interviewing five nurses of a self-managed hospital in Valparaiso, Chile. From the analysis of the discourses emerged the following categories: “organization”, “association”, and “self notion of the nurses”.

The nurses talk about the process of adaptation to the current situation in the legal context in order to get back to the organization. They look for opportunities to think and it is in the daily life, and especially from their daily routine, that they describe factors that make the collective and shared construction of the “Management of Care” concept easier or harder.

Keywords: Concept, Management, Care. (Source: DeCS)

## **CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN**

## 1.1. INTRODUCCIÓN

En la legislación chilena está definido el rol de las enfermeras. El artículo 113 del Código Sanitario señala las tres grandes funciones que le competen, a saber: a) “la gestión del cuidado”; b) el ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y c) el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente.

El Ministerio de Salud (1997) define la “gestión del cuidado” como la “aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y que se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución”.

Los cuidados tienen una fuerte interpretación humanística y un respeto a la integridad funcional de las personas.

Con la Reforma de la Salud del año 2004 queda de manifiesto la nueva concepción de autoridad sanitaria y gestión. En este contexto se inserta la “gestión del cuidado” en la estructura de los servicios de salud dependientes del Estado. La normativa señala estructuras específicas para la gestión del cuidado como un requisito mínimo a cumplir por los establecimientos de salud de mayor o menor complejidad.

Así también, el Ministerio de Salud en el año 2004, en el artículo 51 del decreto N° 140, que establece el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, allí señala que la “gestión del cuidado” contiene acciones de promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades y la ejecución de actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico.

Con la Norma General Administrativa N° 19 (2007) se hace explícita la forma de estructurar la gestión del cuidado en los establecimientos públicos de salud, cuyo objeto es favorecer el cambio organizacional, mejorar la gestión hospitalaria y optimizar el uso de los recursos asignados. Sin embargo, el cambio organizacional ha traído consigo mutación en la visión sobre la salud en Chile, pasando de un modelo puramente biomédico a un modelo bio-psico-social y espiritual.

En este contexto legal y paradigmático, las enfermeras deben enfrentar nuevos desafíos en la práctica clínica. Se evidencia que las enfermeras tienen dificultad para definir y socializar el concepto “gestión del cuidado” como una manera de empoderamiento del rol autónomo de este colectivo. Este estudio se fundamenta en la necesidad de proponer respuestas, construidas desde “el interior” de las personas que permitan a otras realizar sus propias reflexiones.

Denzin y Lincon (2000) atribuyen a la investigación cualitativa el estudio de fenómenos y de relaciones en su medio natural. Por lo tanto, las dimensiones que abordará este estudio, desde una perspectiva o paradigma cualitativo, será desde la *ontología*, pues considera la atribución de significados que las enfermeras le atribuyen a la “gestión del cuidado”. Desde el punto de vista *epistemológico*, con la interpretación y búsqueda de significados de la “gestión del cuidado” dado que existe una inter-dependencia entre el sujeto (enfermeras) y el objeto (gestión del cuidado). Deslandes y Assis (2002) afirma que la investigación cualitativa tiene como propósito analizar el significado que los sujetos atribuyen a los hechos, las acciones y las prácticas. Finalmente, desde la dimensión *metodológica*, en la cual existe una interacción entre el observador y el observado, emergiendo de ello el conocimiento a partir de la realidad.

Esta investigación pretende ser un aporte a la disciplina de enfermería, y tiene como objetivo conocer cómo construyen socialmente las enfermeras el concepto “gestión del cuidado”.

El modelo de Patricia Benner (2004) llamado “Del Principiante al Experto: excelencia y poder de la enfermería clínica”, tiene un enfoque altamente fenomenológico, pues describe las fases por medio de las cuales las enfermeras adquieren habilidades. Este modelo fue escogido para dar un sustento teórico a esta investigación, puesto que las enfermeras que fueron entrevistadas pertenecen a distintos niveles de experiencia en el contexto clínico en el cual se desempeñan y cómo ellas semantizan a través de sus interacciones cotidianas, buscándole sentido a su quehacer.

A continuación presentaremos el estudio según capítulos con el fin de otorgar un orden sistemático y un seguimiento amigable para el lector. El primer capítulo contempla la introducción con la pregunta de investigación y su fundamentación. El segundo capítulo desarrolla el marco contextual, conceptual, epistemológico y los objetivos del estudio. El tercer capítulo está dedicado al marco metodológico, con el diseño de la investigación. En el cuarto capítulo se presentarán los resultados con su análisis fenomenológico. Y el quinto capítulo estará referido a la discusión, conclusión y sugerencias.

## **1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Fundamentación**

El desafío de este estudio es contribuir a la disciplina de la enfermería, para la mejor definición y socialización del concepto “gestión del cuidado”, a partir de los propios actores involucrados, sabiendo que, en primer lugar, la construcción de la conceptualización se realiza socialmente y que la experiencia práctica, es dependiente de la adquisición de conocimientos-conceptos, de acuerdo a los sociólogos P. Berger y T. Luckmann (1996) quienes proponen una fundamentación teórica para la sociología del conocimiento, inspirados en la fenomenología de Alfred Schutz (1993).

### **1.2.2. Pregunta Investigativa**

¿Cómo construyen socialmente el concepto “gestión del cuidado” las enfermeras?

### **1.2.3. Temas Ejes Generadores para el Estudio**

- a) Las enfermeras
- b) La conceptualización de la “gestión del cuidado”.

### **1.2.4. Problema**

Se desea conocer cómo construyen socialmente el concepto “gestión del cuidado” las enfermeras.

### **1.2.5. Limitaciones del Estudio**

Se contó solamente con la participación de enfermeras en este estudio, careciendo de la participación de enfermeros. Se presentó esta situación porque al momento de solicitar la entrevista ellas tenían la disponibilidad de tiempo para otorgar la entrevista.

## **CAPÍTULO 2 MARCO CONTEXTUAL**

## 2.1. MARCO CONTEXTUAL

### 2.1.1. Contexto de la Salud en Chile

### 2.1.2. Reforma en la Salud

En la década 1990-2000 Chile vive un periodo, al igual que otros países de América Latina, de cambio en el sistema de sanitario, por medio de la reforma en su sistema de salud, cuyo fin es lograr una mejoría en la salud para todos los chilenos, garantizando su igualdad de derechos e implementando políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales (G. Bastías y cols. 2007).

Los objetivos declarados en el proceso de reforma chilenos son:

- mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad.
- reducir las desigualdades en salud
- mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad.

A partir del año 2000 se establece la Comisión de Estudios de la Reforma y el Presidente de la República, Ricardo Lagos Escobar, se compromete a presentar un conjunto de cinco proyectos legislativos al Congreso Nacional, siendo los siguientes: 1) Derechos y deberes del paciente; 2) Financiamiento; 3) Autoridad Sanitaria y Gestión; 4) Ley de Isapres; 5) Régimen de Garantías en Salud.

1. La ley de los derechos y deberes del paciente aún permanece en trámite legislativo. Este proyecto de ley se empezó a tramitar en el 2001, pero los parlamentarios nunca lograron acuerdo para aprobarlo y fue archivado en 2006.

Esta ley pretende regular los derechos y deberes que tienen las personas en acciones vinculadas con la salud, independientemente del tipo de prestadores, sean estos privados o públicos.

El principio primordial del proyecto es el respeto a la dignidad de las personas como cualidad inherente al ser humano, por lo que se garantiza el derecho a un trato digno, a la compañía de familiares, a la asistencia espiritual y la no discriminación por sexo, raza, religión o condición sexual.

Tras ingresar al Congreso Nacional en agosto de 2006, el proyecto fue votado por la Cámara de Diputados, el 31 de julio de 2007. Aunque fue aprobado en general, no se logró el quórum necesario para ciertos artículos como el de la confidencialidad de la ficha clínica, por lo que al presentarse múltiples indicaciones a su articulado regresó a la Comisión de Salud que debe preparar un nuevo informe.

El proyecto tiene urgencia simple, por lo que no hay aún una fecha estimada para que se convierta en ley, en consideración a que todavía debe ser estudiado por el Senado, una vez aprobado el texto definitivo por la Cámara de Diputados.

2. La ley de financiamiento considera el incremento del IVA y de impuestos específicos destinados principalmente el plan de salud con garantías explícitas, para todos los beneficiarios del sistema FONASA.

Dicho régimen se reconoció como el de "Garantías Explícitas en Salud" (GES) conocido originalmente como "Acceso Universal con Garantías Explícitas" (AUGE).

3. La ley de Autoridad Sanitaria y Gestión fortalece las potestades de conducción del Ministerio de Salud, así como las de regulación y fiscalización que entrega a organismos especializados. Crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial y otorga mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos de salud e incentivos financieros para el personal.

4. La ley de ISAPRES contempla un proyecto de modificaciones a la ley de Isapres que se separó en dos proyectos y se tramitó con suma urgencia, además de las disposiciones relativas a la creación de un régimen especial de super vigilancia y control, más conocido como la “ley corta de Isapres”. También forma parte de esta ley lo relacionado con los reajustes de precios de los planes de salud, la elaboración de aranceles o catálogos valorizados de prestaciones, la difusión de información por parte de la Superintendencia de Isapres, así como el acceso a información de prestadores en convenio y registro de agentes de venta.

5. El Régimen de Garantías en Salud establece, entre otras materias, un plan de salud de carácter obligatorio para FONASA y las ISAPRES considerando el financiamiento público para los ciudadanos carentes de recursos o indigentes.

Estos cinco proyectos constituyen la base jurídica de la Reforma en la Salud.

En Noviembre de 1995 se publica en el diario oficial la ley N° 18.469 que regula el ejercicio del derecho institucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud de carácter preventivo y curativo a las que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios del sector público y privado que cotizan en algún sistema previsional.

En el año 2004 se promulga la ley que establece un régimen general de garantías en salud que forma parte integrante del régimen de prestaciones de salud. Este régimen de garantías en salud es entendido como un instrumento de regulación sanitaria y le corresponde establecer las prestaciones de carácter promocional, preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas junto con los programas que el FONASA deberá cubrir a sus beneficiarios en su modalidad de atención institucional. El régimen general de garantías incluye también las garantías explícitas en salud relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud.

Un aspecto relevante a destacar en el GES es el documento de Objetivos Sanitarios, el cual según se sabe, señala las metas nacionales en salud que deben alcanzarse al año 2010, constituyendo una referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que se deben realizar y evaluar por el sistema de salud chileno.

La formulación de los objetivos sanitarios es el punto de partida del proceso de reforma del sector, cuyos componentes deben articularse para alcanzar el logro de las metas propuestas.

El resultado de este proceso de elaboración plantea que Chile enfrenta cuatro grandes desafíos sanitarios que deberá trabajar en el plazo establecido.

Estos desafíos son:

1. El envejecimiento progresivo de la población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas que generan alto costo de atención médica;
2. Las desigualdades en la situación de salud de la población que se manifiesta en una brecha sanitaria entre los grupos de población de distintos niveles socioeconómicos;
3. Las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, continuamente señalado éste como elemento de insatisfacción para la población chilena;
4. Los problemas de salud pendientes y mantener los logros sanitarios alcanzados.

Todos estos factores, sin duda, involucran cambios en la provisión de servicios sanitarios, tanto en la composición de estos como en la forma de entregarlos, siempre adecuándolos a los requerimientos técnicos sanitarios, así como a las exigencias de los usuarios cada vez más conscientes, informados y exigentes de sus derechos.

Se puede señalar que de estos cuatro desafíos se derivan los objetivos sanitarios para la década 2000-2010, a saber:

1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
2. Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.
3. Disminuir las desigualdades observadas.
4. Prestar servicios de salud acorde a las expectativas de la población.

Las Garantías Explícitas en Salud se definen como aquellos derechos en materia de salud (acceso, calidad, oportunidad y protección financiera) con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en el Régimen GES.

Dichas garantías se orientan a los siguientes aspectos:

1. Garantía Explícita al Acceso: se entiende que el FONASA y las ISAPRES deben asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el Régimen GES garantizadas a sus beneficiarios.
2. Garantía Explícita de Calidad: es el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado. A partir del 2 de Abril de 2007 se encuentran ya disponibles los estándares generales de calidad para los establecimientos de atención abierta y cerrada.
3. Garantía Explícita de Oportunidad: se refiere al plazo máximo definido para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el decreto N° 228 de 2005.
4. Garantía Explícita de Protección Financiera: se refiere a la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o por grupo de prestaciones. Dicha contribución deberá ser de un 20% del valor determinado en el arancel de referencia del régimen establecido para estos efectos. El FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B de FONASA, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta a las personas que pertenecen a los grupos C y D de FONASA.

Según G. Bastías (2007), la definición de los problemas incluidos en el régimen se hizo a partir de un método de priorización, el que se hizo operativo a través de un algoritmo que consideró criterios de magnitud de caos.

### 2.1.3. CONTEXTO DEL CUIDADO

Llegamos a un punto en nuestra investigación donde se nos hace necesario revisar la historia de los “cuidados”, para comprender el presente y, tal vez, por qué no, proyectar un futuro.

Los orígenes de los cuidados de enfermería se pierden en el principio de los tiempos.

“Otorgar cuidados” es una realidad que se remonta a la forma más básica de supervivencia del ser humano. Dichos cuidados se manifiestan esencialmente para conservar la vida.

En el concepto pre-histórico de “ayuda” está presente, de alguna forma, un cierto grado de individualismo y planificación.

Las actividades en relación a la supervivencia ponían énfasis en las características peculiares femeninas como eran, por ejemplo, la mantención del fuego, la preparación de los alimentos, el calor y prácticas para promover bienestar y alivio, recolección de vegetales, el cuidado de las gestantes, de los partos y la prole, para garantizar, como fin último, la continuidad de la especie.

Nuestra disciplina enfermera ha ido evolucionando con los cambios históricos y de corrientes del pensamiento cosa que, sin duda, han vivido otras disciplinas.

Nuestro pasado reciente se ha visto envuelto por el pensamiento biologicista que orienta un modelo de atención que concibe a la salud, como ausencia de enfermedades y ve al ser humano como un conjunto de órganos y sistemas con funciones concretas.

Como bien sabemos, los cuidados han formado parte de la dimensión mágico-religiosa de la vida de los hombres (Siles, 1988) especialmente en la época medieval. En aquellos tiempos la humildad hace que la enfermería sea la única de las profesiones, que por falta de una tradición metodológica, no alcance el estatus adecuado y necesario para elevarse a la categoría de ciencia medieval, ya que la humildad se constituye como actitud intelectual ante la praxis enfermera.

También afirma Siles (2000) que la enfermería ha carecido durante mucho tiempo de una identidad socio-profesional adecuada para evolucionar en el marco social. Esta carencia de

sentido histórico ha repercutido en la ausencia o déficit socializador del colectivo; dicho de otro modo, la falta de identidad común ha impedido la planificación y la implementación de estrategias comunes mediante las cuales se pueda alcanzar objetivos también afines al conjunto del grupo socio profesional. Es cierto que buena parte de las causas de este déficit de identidad se ha debido a la tradicional falta de motivación de las enfermeras y enfermeros, pero sería injusto no considerar otros factores tan importantes como el desconocimiento de lo que significa o podría significar la enfermería para la sociedad.

Este olvido histórico de la enfermería se puede también comprender analizando el carácter extremadamente cotidiano y doméstico de una actividad profesional con la que prácticamente el hombre inventó la división sexual del trabajo, en la prehistoria esgrimiendo el argumento antropológico de la biología.

Los historiadores de finales del siglo XIX y principios del XX, apenas prestaban atención a los hechos cotidianos tan estrechamente vinculados con toda la fenomenología cultural, mediante la que, en diferentes sociedades de forma global y las personas a nivel individual, se produce el mecanismo de satisfacción de necesidades.

Los cuidados de enfermería a través de las diferentes culturas, han satisfecho necesidades, sin embargo, y probablemente por su carácter ligado al género femenino y a lo cotidiano han sido obviados en la historia.

Al leer esta parte de la historia de nuestra enfermería creemos que es necesario revisar el concepto de autonomía.

La autonomía surge en la modernidad con el filósofo alemán Immanuel Kant (1790) y se entiende como la capacidad que tiene el sujeto de gobernarse a sí mismo. Esta capacidad de optar por aquellas normas y valores que el ser humano estima como válidas Kant las formula como autonomía.

Al cuidado lo podríamos calificar como una habilidad existencial. Sócrates fue cuestionado porque lo había llamado don. Sin embargo, podemos afirmar que el cuidado puede ser puesto en un tipo elevado de conocimiento que llamamos "comprensión". Las enfermeras que aman la práctica del cuidado establecen una relación de comprensión con el paciente, que se caracteriza por respetar sus creencias y valores frente a los suyos propios y frente a las pautas dadas por el sistema (institución).

Hay dos aspectos esenciales que plantear, y que se enlazan y se presentan en forma paralela. Por una parte, la "gestión del cuidado" y, por otra, su importancia ética.

En los últimos años, las enfermeras han desarrollado fuertemente la comprensión del significado ético en los cuidados, de ahí la “ética del cuidado”. La ética del cuidar plantea que hay una dimensión ética intrínseca de los actos del cuidar, que enriquece el discurso ético sanitario y ayuda a situarlo desde la perspectiva del usuario, paciente y familia que reciben la atención.

Se dice que en aspectos éticos, las enfermeras pueden participar de dos modos: a) desde la propia disciplina, organizando y atendiendo las necesidades de cuidados y b) aportando al trabajo en equipo con los conocimientos.

Consideramos el cuidado ético como una cuestión relativa a la gestión y organización de los servicios de enfermería y no sólo como un evento particular de cada enfermera. Con esto queremos decir que cada organización debe ser garante de otorgar unos cuidados éticos a la población que atiende.

Volviendo a la noción de autonomía, ésta ha sido vista como un indicador de la profesionalización de la disciplina. Así queda de manifiesto en una investigación realizada por Dianne Topp y cols. (2005). Este estudio pretende comprender el significado de la autonomía en la práctica de enfermería en el quehacer diario. Los autores, por una parte, concluyen que las enfermeras reconocen tener autonomía en su quehacer cuando cumplen las metas que se plantean para el cuidado de sus pacientes y, por otra parte, que ven disminuida su autonomía cuando el conocimiento enfermero es ignorado y no valorado.

Según Alfaro-Lefevre (1997), las enfermeras y enfermeros deben tomar decisiones complejas, adaptarse a nuevas situaciones y actualizar continuamente sus conocimientos y habilidades, para lo cual el pensamiento crítico resulta muy útil. Recalca que el pensamiento crítico es la clave en la resolución de problemas.

Caballero y cols. (2010) toman como la definición más consolidada del pensamiento crítico la que da Ennis en 1992. Él se refiere al pensamiento racional, reflexivo, razonado, enfocado en qué hacer o creer. Se caracteriza este pensamiento por manejar y dominar las ideas, es decir, generar ideas, para luego analizarlas, revisarlas y repasar qué es lo que se entiende, qué se procesa, qué se comunica.

Para desarrollar un pensamiento crítico es fundamental desprenderse de los prejuicios, se requiere tener una actitud abierta y reflexiva, de tal forma de ser respetuoso y comprensivo consigo mismo y con los demás.

Aquí pensamos que es interesante prestar atención a lo que dicen las enfermeras respecto a su relación profesional con otros miembros del equipo de la salud. También se

reconoce que la autonomía la ejercen las enfermeras dependiendo del contexto de las situaciones de la práctica. Cuando se refieren, en esta investigación, a la relación de las enfermeras con los médicos, todos los grupos de discusión dejan de manifiesto el deseo de ser respetados y reconocidos por ellos, en cuanto al conocimiento propio de la disciplina y a su contribución única al cuidado del paciente. Existe además conciencia de la relación entre las mismas enfermeras, las cuales pueden incrementar o disminuir el sentido de autonomía en la práctica.

Entre los factores que más incrementaron la autonomía están la confianza y el respeto a las diferencias en los juicios clínicos y la toma de decisiones. Hubo críticas que señalaban que también hay factores que entorpecen la autonomía y que les producía frustración, como por ejemplo, las rutinas rígidas y las prácticas estrictas que llevan a decir frecuentemente “esta es la forma en que siempre lo hemos hecho” Kramer y Schmalenberg (2003)

Hay un reconocimiento de parte de los médicos cuando las enfermeras establecen y valoran los cambios que presentan los pacientes, puesto que son ellas las que, precisamente, están el mayor tiempo junto a ellos.

Kramer y Schmalenberg (2003), en su investigación “Securing good nurse physician relationship”, desarrollada en 14 “hospitales eje” de Estados Unidos, señalan que las enfermeras argumentan que, cuando existe un mutuo respeto y confianza, hay más colaboración entre los miembros del equipo de salud.

Las enfermeras reconocen que el médico está todavía en un nivel superior y que, en general, lo que “ellos dicen” es más importante de lo que las enfermeras “tiene que decir”.

Existe una relación equilibrada y armónica entre médico-enfermera cuando se acepta que el médico es experto en los conocimientos del área de la medicina y que las enfermeras son las expertas en cuanto al área del cuidado, por lo tanto, “el poder” que pudieran disputar estos dos profesionales es el mismo. Dicho de otra forma, la lucha de poderes entre médicos y enfermeras no tiene sentido, pues sus áreas de competencias son diferentes, aunque complementarias.

Ahora bien, en cuanto a la enfermería nacional, haremos un recorrido por algunos de los eventos acontecidos en los últimos años en Chile. Existen hechos relevantes, dentro de los cuales destaca la incorporación en el año 1997 del artículo 113 al Código Sanitario, donde la enfermería es definida como una profesión de carácter autónomo.

En el 2004 se incorpora la “gestión del cuidado” en la ley de autoridad sanitaria, que entró en vigencia en enero del 2005.

En el 2006 se firma un Protocolo de Acuerdo entre el Ministerio de Salud y el Colegio de Enfermeras de Chile A.G. que establece, entre otros, la creación de un modelo de “gestión del cuidado” en la red pública de salud según el nuevo ordenamiento orgánico funcional para el modelo de atención en salud, establecido en los artículos 31, 35, 36, 45 y 46 del D.F.L. N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud.

El contexto actual de la enfermería considera la consolidación de las unidades de gestión de cuidados, optando por el protagonismo en el nuevo modelo de salud en Chile.

Sin embargo, ¿Cómo se define cuidar? ¿Qué se entiende por cuidado? Por una parte se entiende por cuidar como “la esencia de la enfermería, que implica una relación profunda y consciente entre el cuidador y la persona cuidada”. Por otra parte, el “cuidado” es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras profesiones. El cuidado, entonces, requiere ser humanizado, especificado e individualizado.

En la práctica profesional de enfermería es el “cuidado”, el cuerpo, el objetivo y el fin de la profesión de enfermería.

La “gestión”, por otro lado, se define como el conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un objetivo, meta o propósito en cuyo resultado influyen la utilización de recursos.

La “gestión del cuidado” sirve para planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos propuestos. La “gestión del cuidado” tiene una función de alto contenido valórico. La “gestión del cuidado” de enfermería dice relación con la vida, la integridad física y psíquica, la salud e intimidad de las personas. Todos estos bienes son valorados y protegidos jurídicamente por la sociedad. En la gestión del cuidado se contempla la asignación de los recursos, la contención de costos, cuantificación de los beneficios económicos y sociales, la relación costo-efectividad y distribución de los servicios de enfermería a nivel del usuario y a nivel social, aplicándose un criterio valórico y profesional. La distribución de insumos y equipos se deberá hacer según las necesidades y según la relación costo efectividad.

De lo anterior surgen las siguientes preguntas: ¿Se deben gestionar los servicios de enfermería con criterios de eficacia, eficiencia y efectividad? ¿Qué criterio aplicar: eficiencia cualitativa (necesidades usuarios) o bien eficiencia cuantitativa (rentabilidad económica de la institución)? ¿Qué criterios de justicia se deben aplicar? ¿Aquellos que se basan en los principios: de proporcionalidad natural-libertad, contractual-igualdad social o bienestar colectivo-equidad? ¿O deberán aplicarse los basados en las consecuencias? A nuestro entender, estas

son interrogantes que necesitan ser tomadas en cuenta al momento de implementar las unidades de “gestión del cuidado”.

La enfermera ejecuta las acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, sin embargo, tiene autonomía para ejecutar el qué y el cómo de los cuidados de enfermería. En la organización de un servicio de salud hay que considerar los principios básicos del cuidado de enfermería así como los derivados del tratamiento de la enfermedad.

En la Normativa General Administrativa N° 19 “Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada” se señala que la gestión clínica se sustenta en dos pilares fundamentales: el pilar del “curar” y el pilar del “cuidar”, que requieren de la aplicación de conocimientos tanto clínicos como gerenciales. Estos son enriquecidos, a su vez, con la participación de otras disciplinas que ofrecen respuesta a los diversos problemas de salud de la población, otorgándole así al proceso de atención de salud un carácter multidisciplinario de acuerdo a las necesidades del individuo, familia y / o comunidad. Aquí cobra importancia la consideración del equipo de salud para hacer una aproximación a las expectativas de la “gestión del cuidado” en nuestro país y, sobre todo, a la pregunta sobre cómo este modelo se implementa en la red de atención pública. En el ámbito privado también se pone como exigencia la implementación de las unidades de gestión, sobre todo porque garantizan la medida y control de una calidad de atención que los usuarios, pacientes y comunidad esperan. Además, tanto hospitales como clínicas privadas, están siendo acreditados como exigencia para la continuidad de su funcionamiento. En Chile las personas se informan de esta realidad y, para competir en el mercado de servicios de salud, éste es un requisito fundamental.

La disciplina de enfermería supone ciertas nociones, que guardan relación con el manejo de fenómenos de dominio y que, a su vez, se sustentan en las teorías de enfermería. Una de esas teorías -donde la fuente es la experiencia- es la propuesta por la enfermera Patricia Benner, quien entre los años 1978 y 1981, realizó un estudio que abarca desde la enfermera principiante a la enfermera experta. El presente estudio considera esta teoría, porque tiene un fundamento fenomenológico y, además, porque describe diversos niveles de expertiz de las enfermeras, según la experiencia profesional, que van ganando con el ejercicio de la misma profesión.

## **2.1.4. Contexto del Hospital San Martín de Quillota**

## **2.1.5. Descripción geográfica: Antecedentes**

“La historia de los hospitales nos señala que éstos se convirtieron en establecimientos permanentes y administrados burocráticamente para el tratamiento de los enfermos (Rohde 1962). El establecimiento de “hospital” incumbió durante largo tiempo principalmente a la iglesia, aún cuando también hubo príncipes seculares y patricios de ciudades independientes que contribuyeron a ello. La asistencia en los hospitales la prestaron durante mucho tiempo órdenes y hermandades religiosas. Los hospitales no eran de modo alguno para todos los enfermos, sino que estaban concebidos especialmente para pobres y desvalidos. Eran, además, más bien asilos, erigidos en señal del amor cristiano al prójimo y como poder religioso, más que establecimiento para el tratamiento de los enfermos bajo un aspecto más médico- científico. Finalmente, el hospital se convirtió en una institución de sanidad pública y ahora es utilizado para el tratamiento médico más que por causa de la pobreza”. Mayntz (1990)

En primer lugar, presentamos una descripción del contexto en el cual se realizó esta investigación.

La ciudad de Quillota es comuna y capital de la provincia que lleva el mismo nombre. Se ubica en la región de Valparaíso, en la zona central de Chile. Integra con las comunas aledañas aquella zona que se conoce como “conurbación de Quillota”, que comprende la fusión de las comunas de Quillota, La Calera, La Cruz e Hijuelas. Su población, según el censo 2002, es de 128.874 habitantes, de los cuales 75.916 habitantes pertenecen a la comuna de Quillota. Esta comuna posee una superficie de 302 Km<sup>2</sup>. Quillota acoge al 4,93% de la población total de la región. Un 13,03% corresponde a población rural y un 86,97% a población urbana. La ciudad fue

fundada el 11 de noviembre de 1717. El valle de Quillota es conocido a nivel mundial por sus exportaciones de chirimoyas y paltas.

Es imposible comprender en su totalidad una institución si no se conoce el proceso histórico en el cual nació, de aquí que sea necesario contextualizar históricamente el Hospital de Quillota.

El Hospital San Martín de Quillota pertenece al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota. La primera piedra fue colocada el 7 de mayo de 1857, inaugurándose con el nombre de Hospital San Martín de Quillota el 11 de marzo de 1860 bajo la dirección y protección de la Sociedad de Beneficencia de Quillota. En mayo de 1951 comienza a funcionar en el actual edificio del hospital, ubicado en la calle Concepción N° 1050. (Ver fotografía 1 y 2).



Fotografía 1: Hospital San Martín de Quillota. Año 1860



Fotografía 2: Personal del Hospital San Martín de Quillota. Año 1860

Está tipificado como un hospital de mediana complejidad, encargado de entregar atención integral de salud en la red a los beneficiarios del sistema público de las provincias de Quillota y Petorca. Su población asignada llega a las 280.000 personas, cifra que equivale al 81% del total de la población de ambas provincias.

De la población asignada, según el rango etario, un 9% son adultos mayores, un 26% es población infantil y un 65% es población adulta. Dentro de su estructura se puede señalar que cuenta con una capacidad de 206 camas para pacientes hospitalizados y 5 pabellones quirúrgicos, con un equipo humano constituido por 541 funcionarios y 83 personas en calidad de honorarios o prestadores de servicios.

De los principales servicios que ofrece destacan los siguientes:

- Emergencia por 24 horas
- Laboratorio por 24 horas
- Imagenología por 24 horas
- Unidad de tratamiento y cuidado intermedio
- Pediatría
- Cirugía
- Medicina
- Pensionado
- Salud mental

Su misión es promover y recuperar la salud de los usuarios con eficacia, eficiencia y amabilidad. Desarrollar sus actividades con altos niveles de calidad y excelencia. Su lema es: “nuestro esfuerzo a su servicio”

Desde 1990, la gestión del hospital ha sido conducida por el plan estratégico, en el marco de las orientaciones y políticas del Ministerio de Salud y bajo la dirección del servicio Viña del Mar-Quillota. El último plan estratégico desarrollado comprende el periodo 2006-2009, de acuerdo con la nueva Reforma de la Salud, que incluye las cuarentas patologías AUGE, actualmente denominado GES. Además incluye la presencia de los Programas de Evaluación, como excelencia hospitalaria, PECAH y el proceso de hospitales autogestionados en red. Desde el 2006 su modelo de salud está centrado en la autogestión hospitalaria, acreditando un alto nivel de la calidad en la atención a sus usuarios.

Dentro de la misión del hospital destaca la concepción integral de la persona en sus aspectos bio-psicosociales. Este aspecto nos garantiza un alineamiento entre el enfoque cualitativo de este estudio y el sustento de tema de nuestra investigación. Los cuidados de enfermería en este hospital se garantizan a partir del enfoque bio-psicosocial.

Una de las áreas estratégicas planteadas es la gestión de procesos clínicos que, como política del hospital se define como la gestión clínica cuya estrategia es desarrollar e implementar el área de “gestión del cuidado” según lo establecido en el DFL 1-40 del 24 abril de 2006, el cual señala que los hospitales autogestionados deberán cumplir, entre otras exigencias, la implementación de la “gestión del cuidado”. La elaboración de los manuales de organización y de los sistemas de trabajo, serán de responsabilidad de la *enfermera de “gestión del cuidado”*. Las metas planteadas para el periodo 2006-2009 son las siguientes: la difusión, el análisis y el despliegue de los conceptos de “Modelo de Gestión del Cuidado” en el estamento de enfermeras. La resolución N° 1127 respalda la creación de la “gestión del cuidado”, implementando su funcionamiento, creando un manual de organización y reconociendo los centros de responsabilidad en el hospital. Para lograr lo anterior se propuso la difusión de este nuevo sistema de trabajo en el hospital, la evaluación del funcionamiento y la definición de los planes de mejora.

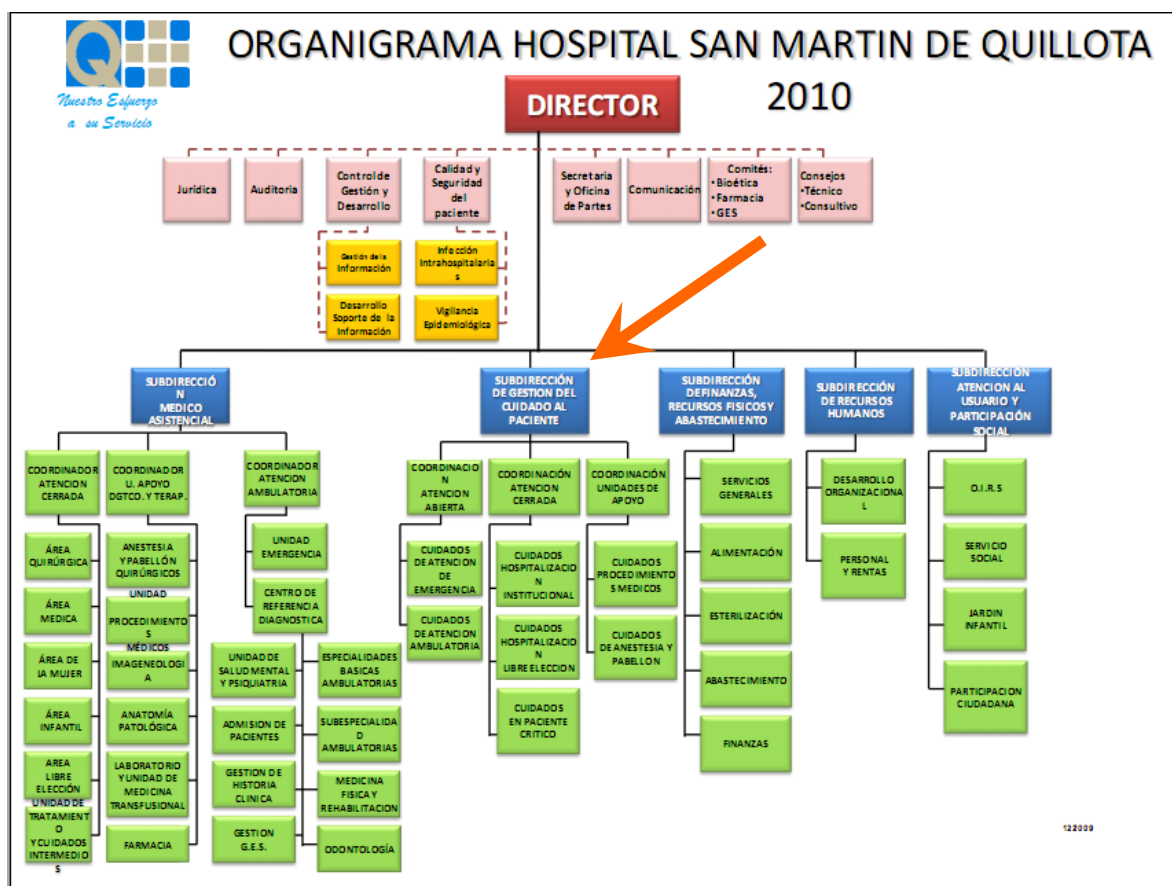
El 2008 se logra el máximo de puntaje nacional en el proceso de evaluación para alcanzar la calidad de hospital autogestionado en red. La cuenta pública de dicho año muestra un total de 11.416 egresos de pacientes hospitalizados, con una utilización del 75% de camas

en trabajo, un promedio de 5 días de estadía y una rotación de pacientes de 54 por cama/año. En esta cuenta pública también se hace presente el organigrama del hospital (actualizada el año 2010) donde se grafica claramente la ubicación de la Subdirección del Cuidado al Paciente, con dependencia jerárquica directa del Director del Hospital y al mismo nivel de mando de las otras Subdirecciones. (Ver figura 1).

Así como lo explicamos anteriormente, el hospital San Martín de Quillota, en cuanto hospital autogestionado, cuenta con la Subdirección del Cuidado como estrategia para desarrollar la gestión clínica. La Subdirección del Cuidado se ubica en un nivel estratégico (políticas y regulación) y está a cargo de la enfermera de gestión del cuidado quien, a su vez, lidera la Coordinación de Atención Abierta y Cerrada y la Coordinación de Unidades de Apoyo, llegando a las Unidades de Cuidados de Emergencia, Ambulatorio, Hospitalización Institucional y Libre Elección, Cuidados del Paciente Crítico, en Procedimientos Médicos y de Anestesia y Pabellón.

Es importante precisar que los Centros de Responsabilidad son las Unidades de Producción de los establecimientos hospitalarios (conformados por un conjunto de Centros de Costo); el responsable de estos Centros debe ser un profesional de la salud con las competencias necesarias para servir un cargo cuyo rol es de “gestión gerencial” y responder frente al Director del Hospital por la producción de los procesos que en su Centro de Responsabilidad se desarrollan. Por su parte, los responsables de planificar, organizar, ejecutar, supervisar y evaluar los procesos que se desarrollan en cada Centro de Costo, son los jefes operativos de cada proceso, esto es, el médico como gestor operativo de los procesos de curar y la enfermera como gestor operativo de los procesos de cuidar.

Todo esto supone un cambio significativo en la enfermería en Chile, cambio que describiremos más adelante al hablar del Código Sanitario de 1997, específicamente del artículo N° 113.



(Figura 1) Organigrama del Hospital San Martín de Quillota actualizado año 2010

## 2.2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.2.1. Teoría de Patricia Benner “Del Principiante al Experto”

Patricia Benner es doctora en enfermería, nacida en la ciudad de Hampton, Virginia, en EEUU. Actualmente es profesora de la Universidad de California en San Francisco y miembro de

la Academia Americana de Enfermería, miembro honorario del Colegio Real de Enfermería del Reino Unido.

Benner plantea que las enfermeras se pueden categorizar según su experiencia profesional. La experiencia en la práctica depende de la adquisición de conocimientos. En su libro "Experiencia en la práctica Clínica", nuestra autora afirma que es necesario considerar el contexto en el cual trabajan las enfermeras, su historia y sus preocupaciones particulares. La experiencia tiene que ver con la vivencia de algunas situaciones.

El pensamiento de Patricia Benner está influenciado por ciertos postulados del filósofo Martin Heidegger quien, como es sabido, destaca, entre otras cosas, por el desarrollo de la fenomenología y del existencialismo. La fenomenología tiene que ver con la descripción de las personas, definida por sus preocupaciones, prácticas y experiencias de vida. De aquí que el conocimiento en el mundo práctico es importante para el desarrollo de competencias de las enfermeras y la capacidad de atención hacia los pacientes, familia y comunidad.

Pero, ¿qué se dice de los expertos? Sócrates señalaba que los expertos en realidad no eran tales si se referían a la gente que tenía talento, por ejemplo, talento para tocar un instrumento musical. Decía, en cambio, que un experto es aquel que podía explicar el por qué hace lo que hace en razón de un conocimiento fiable y sólido. De aquí que podemos afirmar que el progreso de la enfermería sólo es posible con el crecimiento armónico entre conocimientos e intervenciones, entre teoría y práctica.

La enfermera que llega a ser competente y, por lo tanto, que asume todas las competencias, debe pasar primero por una serie de niveles desde que acaba su carrera universitaria hasta que llega a ser una excelente enfermera preparada para enfrentar cualquier tipo de situación en la práctica de la profesión. Al presente, se reconocen cinco niveles de preparación. Dichos niveles, fueron descritos por Stuart Dreyfus y Hubert Dreyfus, profesores de Patricia Benner, quien asumió el *modelo de Dreyfus y Dreyfus*, llamado "modelo de aprendizaje experiencial".

Esta teoría señala que los conceptos dan paso a una buena práctica profesional. Los niveles antes mencionados son los siguientes: a) principiante, b) principiante avanzada, c) competente, d) aventajada y e) experta.



(Figura 2) Modelo de adquisición de competencias para la Enfermería. "From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Patricia Benner".(1984)

Al subir de un nivel a otro se produce una serie de cambios en las habilidades y conocimientos de la persona, así como en sus actuaciones y la manera de asumir las situaciones vitales. ¿Cuáles son los cambios que se producen entre las diferentes categorías o niveles del modelo de Dreyfus? El modelo señala lo siguiente:

1. Se pasa de confiar en los principios y las normas abstractas *a utilizar la experiencia específica y pasada.*
2. Se cambia la confianza en el pensamiento analítico basado en normas *por la intuición.*
3. El estudiante de enfermería pasa de percibir que toda la información de una situación es igual de importante *a pensar que algunos datos son más importantes que otros.*
4. Se pasa de ser un observador individual, desde fuera de la situación, *a tener una posición de implicación total en la situación.*

La enfermera experta encuentra su principal apoyo y sustento de conocimientos en la experiencia, a diferencia de la enfermera principiante que basa su práctica en lo que ha aprendido durante su carrera universitaria. Si bien con el tiempo y la práctica va desarrollando

habilidades que más adelante le permitirán actuar con intuición, sin la necesidad de tener que seguir, por ejemplo, todos y cada uno de los pasos de un determinado proceso de atención de enfermería. En otras palabras, la enfermera experta sabe cómo alcanzar la meta, tiene la capacidad de discernir. Ve qué hay que hacer y cómo lograrlo. Hace lo que la experiencia ha demostrado que naturalmente funciona.

Benner define la “intuición” como un tipo de capacidad, explicable en términos fisiológicos, que usamos todo el tiempo a medida que avanzamos en nuestra tarea cotidiana.

La enfermera principiante registrará todas las preguntas y respuestas a la hora de hacer una valoración de un paciente, en cambio, la enfermera más avanzada (la competente, la aventajada y la experta) hará valer más su “intuición” a la hora de diagnosticar, por ejemplo.

De esto se deduce que la enfermería se basa en la comprensión teórica y que la práctica no sólo mejorará por la experiencia, sino por una comprensión más profunda de la teoría. En enfermería se da la combinación de ambas: teoría y práctica.

¿Cómo se justifica la existencia de estos niveles de experticia? La construcción de la conceptualización de la “gestión del cuidado” desde las enfermeras y también desde el colectivo de las enfermeras permite justificar lo anterior. Según esta teoría, los conocimientos y por tanto los conceptos son absolutamente dependientes de la experiencia práctica de las enfermeras.

### **2.2.2. Construcción de Conceptos**

A continuación revisaremos algunos aspectos de la sociología del conocimiento que dan sustento a la construcción social de conceptos.

El propósito de la sociología es interpretar las acciones de los individuos en el mundo social y la manera en que estos dan significado a los fenómenos sociales.

Un “fenómeno” es algo que aparece, que se hace patente por sí mismo ya sea en el orden físico, social o psíquico. En el contexto social es un hecho que se hace patente, precisamente, en la realidad social (en la vida cotidiana) y puede ser objeto de observación, descripción y posterior análisis.

En la vida cotidiana todo puede cobrar un significado. Lo que sucede es que ciertas acciones se vuelven automáticas y parecen carecer de significado, sin embargo, lo que sucede es que tenemos poca claridad para captar ese significado, de ahí que se hace necesario, según nuestra opinión ahondar en la vida cotidiana de las enfermas para indagar el constructo del concepto “gestión del cuidado”.

¿Cómo describir qué es un concepto? Según el Diccionario Real Academia Española la definición más exacta y sencilla que se acomoda a este estudio, es “la forma más sencilla del pensar”. Esto es, un concepto es una unidad cognitiva de significado.

Según Edmund Husserl (1913), representante de la fenomenología trascendental, la interpretación del significado es el acto por medio del cual un individuo da significado a una parte de la conducta, un signo o un objeto cultural.

El concepto de “acción significativa” del sociólogo alemán Max Weber (1922), por su parte, se enmarca en la llamada sociología comprensiva; esta disciplina busca comprender e interpretar la acción social. Entendiendo que la acción es significativa para el que actúa, distinguiéndose ésta de la mera conducta. Weber afirma que no es suficiente el contacto de una persona con otra para hablar de acción social, por el contrario, afirma que debe darse cuenta del significado de la conducta del otro e interpretarlo. Tanto para la sociedad en su sentido actual como para la historia, el objeto del conocimiento es el complejo mundo de significados subjetivos de cada acción.

Una de las perspectivas teóricas de las ciencias sociales es la “fenomenología” que posee una historia en la filosofía y sociología, donde destacan, entre otros, Hegel (1807), Husserl (1913), Berger y Luckmann (1967).

El término “fenomenología”, en sentido amplio, significa la ciencia de los fenómenos. La fenomenología, como forma especial del conocimiento, no es más que una visión intelectual de un objeto basado en la intuición. Pérez Serrano (2006). La experiencia fenomenológica parte del supuesto que “lo subjetivo” no sólo puede ser fuente de conocimiento, sino que, además, presupuesto metodológico y objeto de la misma ciencia.

Intentaremos hacer un breve recorrido por algunos estudiosos que han intentado describir la realidad y el conocimiento.

La sociología del conocimiento analiza la construcción social de la realidad o, en otras palabras, analiza los procesos por medio de los cuales la realidad se construye socialmente.

Berger y Luckmann, presentan una marcada influencia antropológica de Marx, de la sociología francesa de Durkheim y, en cuanto la construcción de la realidad social por medio del significado subjetivo, de Max Weber.

Estos autores en su libro "La construcción social de la realidad" (2001), definen, por una parte, "*realidad*" como la cualidad propia de fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia voluntad y, por otra parte, "*conocimiento*" como la certidumbre de que los fenómenos son reales y que poseen características específicas.

Este breve recorrido nos permite establecer el sustento para indagar en las enfermeras cuál es el significado que le otorgan a la construcción del concepto "gestión del cuidado". De aquí que sea posible hacernos la misma pregunta que estos autores: ¿Cómo es posible que los significados subjetivos se vuelvan hechos objetivos? La respuesta a esta interrogante exige indagar sobre la manera cómo esta realidad (construcción del concepto "gestión del cuidado") está construida, es decir, conocer lo que buscamos con esta investigación.

Berger y Luckmann presentan la vida cotidiana como una realidad interpretada por seres humanos y que para ellos tiene el significado de un mundo coherente, es decir, un mundo que se origina en sus pensamientos y acciones. Las personas pueden decir: "*me siento profundamente interesado por el grupo de objetos que interviene en mi tarea diaria*". Ese grupo de objetos puede estar constituido por un hospital; entonces, para las enfermeras que comparten la misma realidad cotidiana, se presenta como un mundo intersubjetivo, un mundo que comparten con otros. Claro está que no pueden existir una vida cotidiana sin interactuar y comunicarse con otros en forma continua. Las enfermeras en este interactuar forman lo que se conoce como "colectivo de enfermeras".

El lenguaje en la vida cotidiana toma sentido cuando lo definimos como un sistema de signos vocales, los que son capaces de hacer presentes una diversidad de objetos que se hallan ausentes del aquí y ahora. Es decir, a través del lenguaje puede actualizarse todo un mundo. Las estructuras de relevancias se entrecruzan con otros en muchos puntos, como resultado se tiene cosas interesantes que decirse. Hernán Villarino (2009).

Reflexionando sobre el pensamiento de Karl Jaspers afirma lo siguiente: "Desde siempre estamos en comunicación con los otros"; "Lo que comunica el hombre es aquello que tiene y ponen en común". Es decir, donde los hombres se comunican hay comunidad.

A través de la socialización las enfermeras intercambian sus conocimientos, capacidades, habilidades, normas y valores con las que actúan como miembros de una sociedad determinada formando el colectivo de enfermeras.

Esto es lo que César Rodríguez (2003), en su libro "Psicología Social", define como proceso de socialización. Este proceso se inicia en la infancia y se extiende hasta la adultez. Se va modificando a través de la vida, de las normas y valores que se asumen como propios y también a través del conocimiento del mundo que nos rodea. Dicho de otro modo, extraemos y procesamos la información del mundo que nos rodea. Es imposible conocerlo todo, saberlo todo, de ahí que se plantea como un proceso de cognición. Este proceso se desarrolla con la categorización y elaboración de esquemas conceptuales.

Las categorías, plantea Rodríguez, son agrupaciones de objetos que tienen características en común; estas categorías no son neutrales, sino que se ven influenciadas por las experiencias de las personas, por las normas existentes y por la propia valoración de los objetos. Por otro lado, el autor, llama "esquemas" a las unidades estructurales de conocimiento que reúnen conceptos, categorías y relaciones entre ellos, agrupándolos en conjuntos de bloques basados en la experiencia social.

Una de las implicancias de esta definición es que la percepción del mundo que nos rodea no es estática, sino que, por el contrario va cambiando con la experiencia que vayamos adquiriendo acerca de él.

Hay también esquemas individuales, que son los modos o percepciones sociales que tenemos de nosotros mismos.

La imagen social de las enfermeras, es un tema abordado en algunas investigaciones. Ejemplo de ello son estudios realizados en Cuba por Hernández y cols. (2003) (2006) Algunos de estos estudios tienen que ver con los esquemas de roles y grupos; en ellos se organiza el conocimiento sobre las normas y conductas asociadas a un posición social como resultado de la interiorización de las expectativas asociadas a los roles que se desempeñan socialmente.

Cuando se asocia un rol a una persona se tiende a atribuir todas las características de dicho rol. A las enfermeras se les asocia el rol cuidador desde principios de la época medieval, tal como lo veíamos al revisar la historia de los cuidados. La percepción social es parte del conocimiento social, pues las personas realizan una construcción activa de la realidad en función de las categorías y esquemas mentales que se tienen activos en cada momento.

## **2.3. MARCO EPISTEMOLÓGICO**

### **2.3.1. Caracterización del Estudio**

Se trata de un estudio de investigación realizado en el Hospital San Martín de Quillota de la Región de Valparaíso, donde efectuaron entrevistas en profundidad durante los meses de junio y octubre del año 2009.

Las participantes del estudio son enfermeras que trabajan en dicho hospital y mantienen una relación laboral con éste a través de un contrato de trabajo según la normativa vigente en Chile para los servicios de salud públicos. Las enfermeras cumplen labores asistenciales y de gestor dentro de distintos centros de responsabilidad del hospital.

El tiempo de permanencia en el hospital de las participantes va desde los 4 meses a los 20 años.

### **2.3.2. Relación Sujeto-Objeto de Estudio**

El sujeto de este estudio es cada enfermera entrevistada. El profesional de enfermería es el responsable de brindar cuidados profesionales, asiste en la promoción, conservación y restablecimiento de la salud de los individuos, familias y comunidades en una amplia variedad de entornos. Este se socializa en una imagen profesional al incrementar la conciencia que tiene de sí mismo.

El objeto de estudio es la conceptualización de la “gestión del cuidado”.

La relación entre sujeto y objeto de estudio está dando porque la enfermera es la encargada de gestar los cuidados de enfermería, según lo hemos explicado en los capítulos anteriores.

### **2.3.3. Rol del Investigador en el Proceso de Investigación**

El investigador cumple un rol activo al realizar las entrevistas a las enfermeras participantes. Según el enfoque utilizado en este estudio, para dar cumplimiento a los objetivos planteados, el investigador establece una relación interpersonal al momento de llevar a cabo la entrevista en profundidad. Por otro lado, es el investigador quien transcribe las entrevistas inmediatamente de realizadas para otorgar el máximo rigor a la transcripción del discurso de cada enfermera

### **2.3.4. Relación del Investigador con la Institución**

El investigador es de profesión enfermera con 15 años de experiencia asistencial y gestora, sin embargo, se eligió este hospital para la realización del estudio porque la investigadora no ha tenido ninguna relación laboral con él. Esto se deja de manifiesto para garantizar la objetividad al momento de interactuar con las personas que laboran en esta institución.

## **2.4 OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **2.4.1. Objetivo General**

Conocer la construcción social del concepto “gestión del cuidado” desde la perspectiva de las enfermeras.

### **2.4.2. Objetivos Específicos**

1. Definir el concepto “gestión del cuidado” desde la percepción de las enfermeras.
2. Describir el concepto de la “gestión del cuidado” definido por el colectivo de enfermeras, considerando los niveles de experiencia según la teoría de Patricia Benner.
3. Identificar instancias de reflexión de las enfermeras que aportan a la construcción social del concepto “gestión del cuidado”.

### **2.4.3. Descripción del Sistema de Variables e Hipótesis**

Según el enfoque fenomenológico propuesto para dar cumplimiento a los objetivos de este estudio no corresponde el planteamiento de variables, por lo tanto, el investigador enuncia supuestos que a continuación se enumeran.

### **2.4.4. Supuestos**

1. La construcción del concepto de “gestión del cuidado” se hace socialmente.
2. En la medida que las enfermeras le asignen importancia al concepto “gestión del cuidado” agregarán valor al ejercicio profesional y al cumplimiento de objetivos profesionales.
3. El consenso en la conceptualización de la “gestión del cuidado” garantiza la legitimidad del rol profesional.
4. El consenso en la conceptualización de la “gestión del cuidado” garantiza su operacionalización en los hospitales de nuestro país.
5. En la concepción de la “gestión del cuidado” se encuentran valoraciones de las enfermeras que pueden facilitar o dificultar la operacionalización de este concepto.

## **1. DESCRIPCIÓN GENERAL**

Al revisar los cambios en el mundo actual, se puede constatar que estos cambios han influido sustancialmente en los progresos que ha experimentado la enfermería en Chile. Es

importante mencionar cómo la profesión intenta posicionarse actualmente, en un rol como gestora, en un marco de ejercicio autónomo, en el contexto de la nueva Reforma de la Salud.

Ser enfermera hoy supone un desafío mayor: afianzar la autonomía y el liderazgo de la profesión que requiere la comunidad, generando así garantizar los mejores resultados en el cuidado de las personas.

Sin lugar a dudas, la “gestión del cuidado” es un tema de interés para la investigación en enfermería. Primero, porque es evidente el cambio del modelo de atención en salud, desde el enfoque biomédico al enfoque bio-psico-social y espiritual y segundo, porque hay evidencias que la enfermera en Chile, cuenta con las competencias asistenciales y gerenciales para otorgar los cuidados de enfermería que nos demandan nuestros usuarios hoy en día. Vale decir, que estos cuidados sean oportunos, integrales, de calidad y con calidez.

En Chile la ley otorga una responsabilidad a la enfermera, evidenciada en la Normativa General Administrativa N° 19 del año 2007, la cual señala que el ejercicio de la profesión enfermera se sustenta en la disciplina, en la ciencia del cuidar, aplicando el juicio profesional en todos los ámbito en los cuales se desempeña. Pero, ¿cómo poder garantizar que la implementación y operacionalización de la “gestión del cuidado” se desarrolle con éxito en los hospitales de nuestro país?

A través de esta investigación se pretende aportar a la construcción social del concepto “gestión del cuidado”, desde la perspectiva individual de las enfermeras de distintos niveles de experiencia práctica.

## CAPÍTULO 3 MARCO METODOLÓGICO

### 3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

- a. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN: Naturaleza de la investigación: empírico
- b. TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo.
- c. POBLACIÓN Y MUESTRA: Corresponde a la Unidad de Análisis.
- d. UNIDAD DE ANÁLISIS:

- Enfermeras que forman parte del Hospital San Martín de Quillota, vinculadas a través de un contrato laboral con una permanencia mínima de 4 meses en ella.
- La selección de la muestra será por conveniencia. Enfermeras en distintos niveles de experiencia en el ejercicio profesional (modelo de Patricia Benner).
- Universo de entrevistas: hasta la saturación del discurso, es decir cuando en las entrevistas, “los datos aportados se repitieron sin producir elementos nuevos, que contribuyeran a la comprensión del fenómeno” Nieswiadomy Rose M. (1998)

#### 3.1.1. Plan de Trabajo

En esta etapa se desarrolló el pre proyecto, seguido con la ejecución del mismo desde mayo a diciembre del 2009.

Durante la ejecución del proyecto recibimos la asesoría del profesor guía que, principalmente, estuvo enfocada en la aplicación de la metodología y reflexión-discusión de los discursos de las enfermeras.

Para la ejecución del proyecto de investigación se procedió a redactar las cartas de permisos para ser enviadas al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y, posteriormente, a la Dirección Médica y a la Subdirección de Enfermería del Hospital San Martín de Quillota. Estas últimas fueron entregadas personalmente por la investigadora. En ellas se describe el tipo de investigación, su metodología y los resguardos éticos que se han considerado, tales como la garantía de privacidad de las enfermeras y del consentimiento informado firmado por ellas.

En este plan de trabajo se tuvo en consideración que la construcción del marco conceptual y teórico se iría enriqueciendo en el tiempo, con nuevos aportes al tema y con las entrevistas de las enfermeras.

### **3.1.2. Ingreso al Campo**

El primer contacto con las enfermeras seleccionadas fue en el Hospital San Martín de Quillota a través de la Secretaría de la Subdirección de la Gestión del Cuidado, en horario p.m., para garantizar la no interferencia en las actividades clínicas de las enfermeras. Se concretó la entrevista por vía telefónica planificando el horario disponible y la oficina que garantizara un ambiente de privacidad y tranquilidad, para el desarrollo de la entrevista en profundidad.

Cada entrevista se realizó en días diferentes de la semana, en horario de tarde, en una oficina dispuesta por cada enfermera, en un ambiente privado y tranquilo. Se solicitó a cada enfermera la autorización para usar grabadora mecánica durante la entrevista y el lápiz y papel para apuntar ideas centrales que surjan en el desarrollo de la misma.

Se dio lectura al consentimiento informado antes del inicio de la entrevista para su posterior firma. Se enfatizó en la garantía del anonimato de cada entrevistada y en la libertad para tomar la decisión de participar en el estudio. Se explicó que en cualquier etapa de la investigación las enfermeras podían desistir voluntariamente de su participación.

Transcurridos dos meses de la última enfermera entrevistada, se coordinó a través de la Secretaría de la Subdirección de la Gestión del Cuidado la realización de un Grupo Focal, con el

fin de triangular las entrevistas realizadas con las propias enfermeras que participan en esta investigación, es decir, se buscó que validaran la información. Se planificó la triangulación de resultados con los actores involucrados a través del Grupo Focal para el día 23 de octubre en una sala de reuniones del piso de hospitalización; se citó a las enfermeras con una semana de anticipación a esta “reunión”. Sólo pudieron asistir 3 de las 5 enfermeras entrevistadas.

Para el Grupo Focal se utilizó apoyo de un computador para presentar a través de diapositivas las categorías emanadas de los discursos de las enfermeras. Este Grupo Focal también fue grabado para su posterior transcripción con la autorización de las enfermeras presentes en él.

### **3.1.3. Técnicas de Recolección para obtener la Información**

Entrevista en profundidad, semiestructurada a través de una pauta que incluía las dimensiones del estudio.

### **3.1.4. Instrumento para Recoger la Información**

El Instrumento se estructura de la siguiente forma:

- a) Datos generales para caracterización de las entrevistadas que corresponde a identificar cada entrevista con un número correlativo, fecha de realización de la entrevista y años de antigüedad en el ejercicio de la profesión de cada enfermera.
- b) Guión de preguntas.

### 3.1.5. Plan de Procesamiento de los Datos

En esta fase se realizó la caracterización de las entrevistadas diseñando un perfil de las mismas a través de la siguiente tabla.

A cada enfermera entrevistada se le asignó un número (1 al 5), con el que fueron identificadas las entrevistas.

#### PERFIL:

Nº asignado de entrevista	E.1	E.2	E.3	E.4	E.5
Años de ejercicio profesional	4 años	20 años	29 años	4 meses	9 años
Media de años de ejercicio profesional	12 años y 6 meses				

El análisis del discurso se realizó según “categorías” y “subcategorías”, de acuerdo con las frases más comunes o equivalentes, las cuales fueron llamadas “unidades de significado”

### **3.1.6. Modelo de Análisis**

- Análisis de discurso de las enfermeras por “unidades de significado”.
- La triangulación se realizó con las enfermeras entrevistadas a través de un grupo focal.

La transcripción de las entrevistas se ejecutó inmediatamente después de realizadas, para conservar así la mayor fidelidad de los datos más relevantes: qué se dijo y cómo lo dijo.

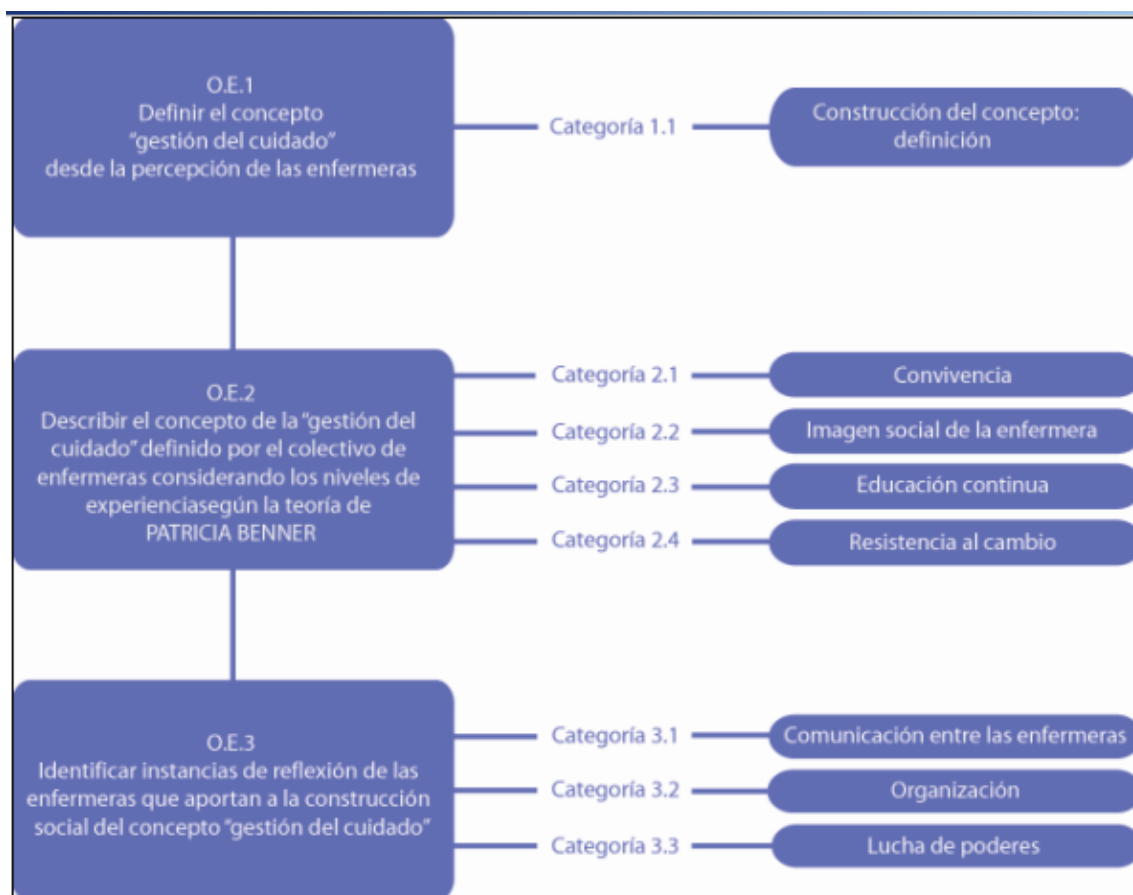
### **3.1.7. Codificación de las Unidades de Registro**

Para codificar las unidades de registro se optó por organizarlas según los objetivos específicos del presente trabajo de investigación. Cada objetivo específico se logra responder con las categorías que a continuación se describen:

El objetivo N° 1 se relaciona con la categoría “definición de la construcción del concepto gestión del cuidado”

El objetivo N° 2 se relaciona con las categorías “convivencia”, “imagen social de la enfermera”, “educación continua” y “resistencia al cambio”.

El objetivo N° 3 se relaciona con las categorías “comunicación entre las enfermeras”, “organización” y “lucha de poderes”



## **CAPÍTULO 4 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

## 4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

## 4.2 DATOS CODIFICADOS Y SU REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA

Categorías	Unidades de significado Unidades de registro	Reducción fenomenológica
<p><b>1. ORGANIZACIÓN</b>  <i>Asociación de personas reguladas por un conjunto de normas en función de determinados fines.</i>  <i>Las personas o los procesos se ubican dentro de un sistema.</i></p>	<p>E.2: “nos ha costado como reorganizarnos, estamos todavía en la etapa del diseño de la nueva estructura, esta estructura ha tenido cambios, va a tener más cambios, estamos tratando de buscar algo que nos dé mejor funcionalidad...”</p>	<p>Se refiere al posicionamiento en las nuevas estructuras organizacionales establecidas.</p>

	<p>E.2: "se ha posibilitado que cada una esté donde quiera estar y eso como estrategia de parte de la subdirección yo creo que es super sano, permite que todas sean..."</p> <p>E.2: "yo creo que es como en todo: Desde que comienza el día hasta que termina, es como realizar tanto actividades, es como el proceso de enfermería, es como evaluar al paciente, ver qué necesita, satisfacer sus necesidades, ver qué acciones tengo que realizar yo para satisfacer las necesidades, ver qué cosas tengo que delegar yo o ver qué cosas tengo que hacer yo misma... (emmm) ver también las cosas que emanan de las indicaciones médicas y mi actitud autónoma también tengo que tener, tengo autonomía, puedo tomar decisiones, todo para que sea para beneficio de ellos..."</p> <p>E.4: "bueno, más vale tomar una decisión en el momento, antes que dejar un paciente ahí en medio del camino, a veces hay que ser más resolutiva, no siempre se pueden</p>	
--	--	--

	<p>ubicar a los médicos, acá cuesta mucho ubicar a los médicos en urgencia...”</p> <p>E.1: “que depende de la persona que la haga, (la categorización) porque algunos son más detallistas que otros, pero algunos se toman más el tiempo, (emmm)...en buscar los detalles, en evolucionar al mismo tiempo, en hablar con el paciente y no solamente mirar, entonces depende mucho del valor que uno le dé y el tiempo que se tome en hacerlo...”</p> <p>E.1: “de todas maneras es 100% algo súper útil, algo que permite dar una atención integral al paciente, acá se está haciendo a través de la categorización del paciente por los riesgos y por la dependencia que tienen los pacientes (yyyy) se hace todos los días y en las 24 horas se hace este tipo de categorización para dar una atención más dirigida de lo tiene según los riesgos...”</p> <p>E.1: ”que sirve para ir conociendo al paciente, que uno no como no viene todos</p>	
--	--	--

	<p>los días cuando hace turno (emmm), hay que evolucionar al paciente todos los días, hay que hacer participar a la familia en el cuidado, no ver a una persona que viene a criticar cosas, sino que hacerlo participar para que aprenda y una vez que se vaya el paciente, en la casa siga la atención en la casa, eso es importante...”</p> <p>E.1: “para una enfermera, entonces, por ese sentido se ve un poco afectada (la, la...la...) mi gestión del cuidado, porque a veces uno no da abasto para tantos pacientes. Entonces...la falta a lo mejor de un apoyo, en el fondo implica a lo mejor no hacerlo al 100%...”</p>	
--	---	--

<p><b>Subcategorías</b></p> <p><b>1.1. RESISTENCIA AL CAMBIO</b></p> <p><i>Es la oposición a las modificaciones en el sistema organizativo de la enfermería: la gestión del cuidado</i></p>	<p>E.3: "o sea falta adecuarse, la gente está acostumbrada a otro sistema, entonces como que de repente nosotros con el selector de demanda, como que le cuesta aceptar a la gente, como que no lo entiende bien todavía..."</p> <p>E.3: "al comienzo me dificultó un poco, pero ahora ya como que uno lo va (...) tomando más..."</p> <p>E.1: "yo creo que el cambio es de todas maneras para mejor, que todo cambio a la gente le asusta, pero le asusta porque no lo conoce, lo más importante es explicarle de qué se trata, porque no es solo una gestión de enfermería, al final es del equipo que trabaja con el paciente, implica todo, todos los estamentos, así que, yo creo que acá se está haciendo bien, que de todas maneras puede ir mejorando, se puede ir involucrando más a los médicos, (emmm), que entiendan que el trabajar, que en el fondo, estamos trabajando en forma</p>	<p>Se refieren a las dificultades que tienen las personas y que se han generado tras la creación e implementación de la unidad estructural para la gestión del cuidado.</p>
---	--	---

<p><b>2.2. EDUCACIÓN CONTINUA</b>  <i>Es el desarrollo con frecuencia de las competencias tanto cognitivas como psico-sociales de las enfermeras</i></p>	<p>paralela pero estamos trabajando para el mismo fin que es el paciente...”</p> <p>E.1: “sí si bien trabajo en medicina actualmente, igual el conocimiento previo del manejo de una urgencia sirve mucho, aunque no se da mucho en este servicio, pero para manejarse más rápidamente y con mayor seguridad en esos casos...”</p> <p>(...)he hecho, bueno terminé hace poco el de infecciones intrahospitalarias</p> <p>(...)no he hecho muchos cursos últimamente por el hecho de que me cambié de trabajo (claro), conocer el servicio y todo eso y las oportunidades también no son muchas durante el año, pero (ehhhh.....) a parte de estudiar en el diario ejercicio del</p>	<p>Se refiere a las capacitaciones formales que realizan las enfermeras en su ambiente laboral y fuera de él., luego se estar egresadas de la universidad.</p>
--	---	--

	<p>trabajo (emmm), enfrentando cosas nuevas, (emmm), trabajando en equipo, consultando las dudas, (eEEEE) qué más? Leyendo mucho también. Ya, y la experiencia de la práctica, más que nada del diario vivir.</p> <p>(...) ya en la universidad se hablaba también del tema y en reuniones que hacen acá también, en general cosas nuevas que han salido...”</p> <p>E.2: “tenemos que trabajar el tema de (ehhh) de los climas laborales y además tenemos que hacernos cargo de la educación y formación de nuestras enfermeras en términos de explicar la mística que debe tener la enfermera para poder trabajar a lo menos en este hospital...”</p> <p>E.2: “ha sido medio difícil, porque parte también como tú (ehhh) adquieres experiencia a través de tu propia historia del ejercicio profesional, yo creo que hay condiciones que tenemos nosotros naturales</p>	
--	---	--

	<p>propias de la persona, hay algunas condiciones que dependen de la formación en la cual la mayoría tenemos como similitudes (ehhh) hay otras condiciones que también son generacionales (ehhh) (ríe) entonces y otras que te las da la experiencia, hay colegas que son de la misma generación o de una generación mayor que sólo han tenido este lugar de trabajo, entonces la visión es un poco más limitada (ehhh...)”</p> <p>E.2: “hay algo que siempre hemos discutido acá y que las personas que hemos participado en el colegio siempre lo conversamos, que tiene que ver con la formación, hay algo que falta, hay algo que tiene que ver con la mística, tiene que ver con el compromiso con que la profesión es una profesión de servicio servir...”</p> <p>E.2: “hay mucho que capacitar, hay mucho que entregar en términos de experiencias educativas a las colegas...”</p>	
--	--	--

	<p>E.2: “empezar a hacer las capacitaciones que tenemos programadas, por lo demás (ehhh) y empezar ya a darle un impulso más formal a algo que primero parte de forma muy informal...”</p> <p>E.4: “son de un perfil completamente distinto, quizás ahí podría ir por la generación, que son generaciones que les inculcan una educación distinta...”</p> <p>E.4: “en realidad, desde la universidad fue como una motivación por varias razones, en realidad por el personal docente que había del departamento de pediatría, bueno, uno me simpatizaba más, dos, me era más accesible de hablar con ellas de entender lo que me enseñaban y como algo personal me gusta tanto adulto como niño, pero siempre me atrajeron más los niños y me sentía más cómoda trabajando con los niños en los prácticos que con los adultos...”</p> <p>(...) tuvo gran parte que ver, el equipo docente que había en mi universidad de</p>	
--	--	--

	<p>pediatría, tuvo que ver en gran parte y bueno también mi preferencia personal por los niños que en realidad fue algo que descubrí durante la carrera, no es algo que tuviera pensado de antes, me sentía muchos más cómoda trabajando con niños que con adultos, trabajar con adultos no me desagradaba, de hecho acá también hago horas extras con adultos, pero estoy como enfermera asistencial, titular de pediatría...”</p> <p>E.4: “claro, yo creo que desde la comunicación hasta la empatía, y por una cosas que pasa más por la personalidad de estas personas, que son de un perfil completamente distinto, quizás ahí podría ir por la generación, que son generaciones que les inculcan una educación distinta, a uno en la U. le dan “n” énfasis, harto énfasis a que la relación con el paciente es súper importante, que el niño el hospitalismo, que hay que estar ahí, que el apoyo emocional y antes no, que la niña tiene que ser experta</p>	
--	---	--

	<p>en la punción y que le tiene que salir así, ahora no nos presionan las profesoras, como que te tiene que salir perfecto, la técnica te va a salir igual con la práctica, obviamente hay momentos en que pucha ojalá le salgan “altiro”...”</p> <p>E.5: “hay enfermeras que tienen muchos años y sí manejan bien la gestión, porque se actualizan...”</p> <p>E.5: “he hecho cursos, ningún diplomado...y con las colegas nuevas, hay que ponerse al día...”</p> <p>E.5: “las enfermeras clínicas a pesar que vienen de distintas universidades están en sintonía, formativamente es por generación, hay un punto en común, está en las nuevas mallas...”</p>	
--	--	--

<p><b>Categorías:</b></p> <p><b>2.COLECTIVO:</b></p> <p><b>Subcategorías:</b></p> <p><b>2.1.COMUNICACIÓN ENTRE LAS ENFERMERAS</b></p> <p><i>Todos los medios a través de los cuales las personas (enfermeras) se relacionan con otros</i></p>	<p>E.1: “(ehhh) si yo creo que la mayoría si... saben de qué estamos hablando...”</p> <p>E.1: “pero con las paramédicos siempre se les ha dicho a que apunta la gestión, cuál es el fin de categorizar, cuál es el fin deee manejar a los pacientes según riesgo, en general, con las paramédicos hay buena relación...”</p> <p>E.1: “con las colegas matronas no tenemos mucho contacto, es como un mundo aparte (emmm) con las nutricionistas, con el resto yo creo que sí, tal vez han escuchado, pero no se han interiorizado del tema pero no hay ningún problema con esto de la gestión, es más con la parte médica...(silencio)”</p> <p>E.4: “porque yo creo que la comunicación que tenemos con ellas (enfermeras más antiguas) es (...) muchas veces decimos estamos hablando de cosas distintas, no estamos hablando de lo mismo, como que nos cuesta entendernos...”</p> <p>E.4: “creo que desde la comunicación hasta</p>	<p>Se refiere a cómo transmiten las enfermeras los mensajes, tanto verbales como no verbales.</p>
---	---	---

	<p>la empatía, y por una cosa que pasa más por la personalidad de estas personas, que son de un perfil completamente distinto, quizás ahí podría ir por la generación...”</p> <p>E.4: “mi compañera, (enfermera) sí, yo creo que sí, va a entender más o menos lo mismo...”</p> <p>E.4: “sí mucho, porque transmitimos en los mismos (...) como que pensamos súper parecido, obviamente a veces no pensamos igual y finalmente llegamos a un acuerdo...”</p> <p>E.4: “de tus pacientes no estoy completamente informada y tú tampoco de los míos, entonces ahora tratamos, a pesar de que nos dividimos las salitas, tratamos de comunicarnos, mantenernos informadas de todos los pacientes...”</p> <p>E.5: “sí de todas maneras (...) (la gestión) facilita sobretodo el diálogo, y lo trabajamos a diario...”</p> <p>E.5: “hay barreras para comunicarse, falta usar los mismos criterios...”</p>	
--	--	--

	<p>E.5: "sentimos que hacemos muchas cosas, pero escribimos poco, entonces, no tenemos cómo evaluar..."</p> <p>E.4: "entonces tenemos súper buena comunicación, como que no tenemos temor en decirnos las cosas, entonces yo encuentro que eso nos ayuda harto a las dos..."</p> <p>E.4: "sí, sí, siento que nos coordinamos bien, sí nos comunicamos súper bien (...) silencio..."</p> <p>E.1: "una buena gestión también es una buena coordinación con los colegas cuando uno recibe el turno o entrega el turno, ojala dejar un registro de las cosas pendientes por ejemplo, el fin de semana uno pierde un poco el ritmo y vuelves el lunes y es todo diferente, mantener una buena coordinación con los colegas..."</p> <p>E.1: "la reunión las cita las subdirectora del cuidado (...) y cuando cita a las reuniones, por ejemplo, hablamos sobre el asunto de la</p>	
--	--	--

	<p>categorización, es como muy actual acá, no hace mucho tiempo, estaba antes que yo llegara sí (...) entonces nos reunimos a ver cómo la mejoramos, cómo unificamos criterios para que todas la hagamos igual, que no hayan muchas diferencias, (emmm...) también se habla del hospital amigo que también es parte de la gestión, cómo podemos mejorar eso, (emmm) con la familia, cómo podemos empezar a hacer educación a la familia...”</p>	
--	---	--

<p><b>2.2. CONVIVENCIA:</b> <i>Vida en común en el lugar de trabajo de una o más enfermeras</i></p>	<p>E.2: “en este hospital, (ehhh.) que tiene una particularidad que tiene su historia que no podemos desmerecer donde debemos vivir y coexistir y además distintas generaciones, yo creo que eso es lo primero, y eso es parte de lo que estábamos haciendo ahora una pequeña junta de... para poder recuperar nuestro espacio en este hospital que es muy antiguo, nosotros tenemos la buhardilla, se llama hogar de enfermeras, el hogar es nuestro...”</p> <p>E.2 “...poder recuperar espacio para nosotras, que está primero convivir, enseñar a través del encuentro la convivencia, de relaciones sanas y armónicas de trabajo, además poder instalar desde ahí una motivación en lo que viene en la pega misma...”</p> <p>E.2 ”...y eso nos ha permitido convivir con colegas que les ha costado...”</p> <p>E.2 “...es compleja la convivencia, pero fíjate</p>	<p>Las enfermeras aluden lugares físicos en el ambiente laboral y también se refieren a las relaciones humanas entre ellas donde comparten significado, desde lo cotidiano hasta su propio quehacer.</p>
---	--	--

	<p>que no se nos ha hecho tan, tan, difícil (ehhh) creo que las chiquillas tienen muchas cosas que aportar...”</p> <p>E.3 “...No como equipo vamos funcionando bien, todos a lo mismo...”</p> <p>E.4 “...no en este hospital igual se hacen actividades de repente, para el día de la enfermera fuimos a un paseo, no, igual tenemos como harta relación con ellas conversamos mucho, no nos llevamos bien con todas hay (...) tengo colegas que tienen carácter muy difíciles y hemos optado, no por hacer grupos pero sí por frecuentar a las más (...) a las colegas con las que nos sentimos más cómodas...”</p> <p>E.4 “...que en el fondo tenía que llegar algún momento en que ya que prácticamente nos dejaran tranquila y nos dejaran hacer nuestro trabajo y comprendieran que (...) ellas solas (enfermeras más antiguas) las cosas que están haciendo las están haciendo mal, o no</p>	
--	--	--

	<p>están haciendo un bien en el fondo ni para los pacientes ni para nosotras mismas que somos las que entregamos el cuidado, ni para un clima laboral que vamos a tener por mucho tiempo que vamos a trabajar acá, o sea, vamos a estar siempre juntas, vamos a estar siempre topándonos, entonces es una cosa que quizás conversándolo a veces podría perjudicar más la relación laboral...”</p> <p>E.4 “...yo creo que sí, yo creo que, o sea lo que en realidad a nosotras nos da por un lado pena, por otro nos incomoda el hecho que ellas en algún momento también fueron nuevas (...) dónde está la empatía en decir pucha yo también pasé por esto, a mí también me pasó...”</p> <p>E.4 “...siento que nos coordinamos bien, que eso nos ha jugado hartito a favor a las dos...”</p>	
--	--	--



<p><b>3.2. LUCHA DE PODERES</b></p> <p>Es la confrontación entre una o más personas por la autoridad, por el dominio o mando sobre otros.</p>	<p>sea es como (...) para ellos es más creíble conversar con el médico (...) No sé (...) no (...) siempre ha sido igual (...) silencio (...)</p> <p>E.1 “...Algunos se sienten como amenazados, como que la enfermera tenga su lugar propio, pueda tomar decisiones, que sea una atención paralela más que descendente, por así decirlo, y entonces (...) pero son generalmente médicos que ya tienen sus años y tienen sus ideas y cuesta mucho cambiarlas...”</p> <p>E.1 “...Si seguimos así, unos por acá y otros</p>	<p>Relación de “competencia” de las enfermeras con otros profesionales en relación al liderazgo asumido por la gestión del cuidado.</p>
---	--	---

	<p>por allá, no va a mejorar nunca...”</p> <p>E.1 “...yo no estaba, pero dicen que como que se separaron los bandos y hubo un quiebre y que ahora, en este momento, está volviendo a unirse la parte de enfermería con la parte médica...”</p> <p>E.4 “...A ver (...) los médicos por ejemplo, lo entienden como en cierta medida como que mezclan algunas cosas...”</p> <p>E.4 “...le cuesta asumir que la enfermera tenga a su cargo la gestión del cuidado, por ejemplo, que tenga que asignar, que falta un paramédico el fin de semana...”</p> <p>E.4...siento que les cuesta más que nada asumir, porque a ellos les gusta marcar bien su territorio, así como yo soy la autoridad máxima acá y yo tomo esta decisión, que es en el fondo una decisión que la toma enfermería, que es otro estamento y eso más que nada, les cuesta más asumir, más que les cuesta entender (...) Pienso que va por ahí...”</p>	
--	---	--

	<p>E.4 "...porque no toleran que uno sea la que decide, dicen que no, porque eso es netamente médico..."</p> <p>E.4 "...En el fondo hace tiempo que la enfermera tiene autonomía, quizás tiene ahora más autonomía que antes, pero se supone que siempre la ha tenido, entonces es una cosa que a estas alturas como que ya debieran entenderlo, pero bueno hay profesionales que sí lo entienden, de hecho hay profesionales que les acomoda más no meterse en esa parte..."</p>	
--	---	--

### 4.3. ANÁLISIS GLOBAL Y RELEVANCIA DE LOS DATOS

A través del siguiente esquema se intenta explicar la presentación y la relevancia de los datos. Se interpretan los datos y se clasifican para su posterior análisis.



(Figura 3) Categorías y Sub-categorías

## **CAPÍTULO 5 DISCUSIÓN Y SUGERENCIAS**

## 5.1. DISCUSIÓN

Dado el contexto en que se realizó este estudio, queremos dejar en claro que en toda esta investigación se ha hablado de las enfermeras, sin embargo, se entiende que no dejamos fuera a los enfermeros. No hay ninguna pre-disposición para hacer esta diferencia de género en la profesión, porque creemos que tanto hombres como mujeres tienen las capacidades y habilidades para ser los expertos del cuidado. Por lo demás, la selección de los entrevistados fue por conveniencia, que coincidentemente eran enfermeras.

Hecha esta precisión, proponemos la siguiente discusión.

Para analizar el discurso de las enfermeras hemos considerado la subjetividad en el diálogo, tal como lo señala la investigación con enfoque cualitativo, es decir, suponemos que las declaraciones que las enfermeras hacen de la realidad son, obviamente, subjetivas.

Alfred Schütz, (1993) en su libro “La construcción significativa del mundo social”, reconoce que “dar algo por sentado” es peligroso. Ahora bien, aplicando este principio a nuestro tema, podríamos decir que la gestión del cuidado es entendida o construida por todas las enfermeras de la misma forma. Pero si cambiamos el enfoque de atención, cambiamos la mirada, puede ser esto como problemático y digno de ser analizado e investigado. Por ejemplo, dialogando con las enfermeras les preguntamos: “¿Te he comprendido correctamente? ¿No quieres decir otra cosa?” Según Schütz, esto sucede porque nuestra atención se ha derivado hacia estratos más profundos que, hasta ese momento, no habían sido observados y se daban por sabidos. Es así que en este proceso de comprensión, de esclarecer el significado, es que hemos debido profundizar el discurso. ¿Por qué? Porque, así como tenemos garantizado la gestión del cuidado en nuestra normativa nacional, que señala todos los actos propios de la profesión enfermero y también todas aquellas acciones derivadas del tratamiento médico, pensaríamos que este enfoque está siendo asumido por todas las enfermeras. Sin embargo, la construcción del concepto tiene varias aristas, así lo hemos leído en el discurso de las enfermeras:

*“Claro es algo que viene de no hace mucho tiempo, que viene(...) que tiene que ver con algo legal ya que se está dando hace poco tiempo y no en todos*

*lados (emmm) que se creó la subdirección del cuidado, que no todos los hospitales tampoco la tienen". (E. 1.)*

Según nuestro modo de entender, la definición de la gestión del cuidado tiene un alto contenido valórico, implica la valoración enfermero, el criterio profesional, la resolutiveidad, el saber en contraste con la impericia o falta de experiencia, el cuidado como intervención directa. La gestión del cuidado se hace intransferible y, como enfermeras, somos garantes de los derechos de los pacientes.

¿Cómo hacer, entonces, visible la construcción del concepto? He aquí el fundamento de nuestro análisis. Las enfermeras principiantes dejan ver sus conocimientos más recientes, más frescos respecto a la gestión dicen ellas, lo traen incorporado de su reciente egreso universitario:

*"Se nota la diferencia en la formación, traen incorporado el concepto". (E.5.)*

En contraste con la enfermera "experta", según Benner, una de las enfermeras entrevistadas no define el concepto "gestión del cuidado" más bien intenta dar una "idea" de lo que para ella significa.

*"...El concepto de la gestión del cuidado, nos ha permitido de alguna forma vestirnos más elegantes..." (E.2.).*

Pensaríamos aquí que, por tener más de 20 años de ejercicio profesional, una enfermera que es considerada como experta tendría una definición para el concepto.

*"Ha sido difícil, yo creo que las fallas que hemos tenido tiene que ver con que no hemos podido, tal vez, socializarlo más entre todas, entre las distintas*

*generaciones de enfermeras que convivimos, porque yo creo que hay un grupo que lo tiene súper claro, que habitualmente coincidimos en reuniones, qué se yo, lo conversamos, pero no es algo que esté muy difundido, socializado. Siento que el área de las chiquillas que recién se están incorporando no ha habido un espacio que así lo permita". (Grupo Focal)*

No obstante, hay coincidencia en lo relatado en el Grupo Focal, y es que todas las enfermeras tienen que aportar a esta construcción:

*"... Yo creo que todas tienen mucho que aportar lo que pasa es que quizás, claro las que somos más nuevas aún no podemos aportar como tanta experiencia como nos aportan ellas a nosotras, pero sí también somos capaces de aportar de nuestros nuevos conocimientos, quizás o nuestras nuevas actualizaciones, a parte de la experiencia que podemos obtener de las más antiguas, pero ellas nos podrían aportar de la parte práctica, pero a veces de la parte de la gestión del cuidado..." (Grupo Focal)*

Resumiendo, la discusión la hemos hecho a partir de los significados del discurso de las enfermeras, creando tres categorías fundamentales, a saber: "Organización", "Colectivo" y "Autopercepción de las Enfermeras".



La construcción social del concepto se enmarca en estas tres categorías, la organización sirve como contexto, el marco y referente legal en Chile, pues la "gestión del cuidado" está

regulada por la Norma Administrativa N° 19 del año 2007. El colectivo, por su parte, hace referencia a la construcción social de la realidad, es decir, a cómo las enfermeras construyen socialmente el concepto “gestión del cuidado”. Por último, la autopercepción de las enfermeras dice relación cómo ellas mismas se describen, en cuanto a profesionales y personas individuales, que tienen una imagen social importante.

### 5.1.1. Categoría Organización

Sabemos que las organizaciones constituyen un fenómeno característico de la sociedad moderna, se relacionan con la sociedad de manera tal que constituyen un medio a través del cual los distintos subsistemas funcionales de la sociedad buscan soluciones a los problemas que la sociedad enfrenta. Rodríguez (2004)

Para Parson (1966) las organizaciones son unidades sociales (o agrupaciones humanas), constituidas en forma liberada o reconstituidas para alcanzar fines específicos. En cambio para Chester Barnard (1938) las organizaciones las define como sistemas conscientemente coordinados de actividades o fuerzas de dos o más personas. Con esto podríamos decir que para Barnard las actividades de las personas son el elemento constituyente del sistema organizacional.

De la definición de Luhmann (1995) se desprenden otras consideraciones. Este autor afirma que las organizaciones son sistemas sociales de tipo propio, caracterizados por condicionar la dependencia, es decir, de poner condiciones que deben ser cumplidas por quienes ingresan y son parte de ellas. Un sistema organizacional demanda comportamientos muy específicos de sus miembros y a la vez, la organización debe hacer uso de sistemas eficientes para mantener la motivación de sus integrantes.

Las organizaciones, tienen algunas características, dentro de las cuales podemos mencionar: a) que están definidas y diseñadas para el logro de fines pre determinados, b) que el poder también queda definido entre los distintos puestos, de tal manera de facilitar la coordinación y el control del cumplimiento de distintas obligaciones laborales que se desprenden

de la división del trabajo, c) que la comunicación queda subordinada a la mejor y más eficiente manera de conseguir una adecuada coordinación de actividades tendientes al logro de los fines.

Estas tres características nombradas quedan definidas con claridad en el organigrama de cualquier organización. Con sólo mirar un organigrama se pueden observar en él las líneas del conducto regular que han de seguir las comunicaciones, los centros de poder, control y coordinación y por último, la forma que ha adoptado la división del trabajo, así como la importancia relativa de los distintos departamentos y subdivisiones internas derivadas de la búsqueda de la adecuación de medios afines.

Por otra parte, hemos visto que la “gestión del cuidado” está prevista en la legislación chilena desde no hace mucho tiempo, razón por la cual su operacionalización está en desarrollo, siendo este proceso lento.

Para poder construir socialmente un concepto es necesario considerar el contexto, es decir, dónde se desempeñan las enfermeras entrevistadas. (Ver Fotografía 3-4).

Cuando tenemos que interpretar cómo construyen el concepto “gestión del cuidado” las enfermeras, debemos buscar en el contexto los referentes que ayuden a clarificar esta información requerida.

*“...Yo creo que la gestión del cuidado y el grupo de enfermeras (...) está muy (...) se está interiorizando harto, lo está tomado bien en cuenta, se está haciendo bien la parte de la gestión del cuidado, se está haciendo bien acá en Quillota, lo que yo he podido comparar con otros hospitales...” (E. 1.)*



(Fotografía 3) Frontis Hospital San Martín de Quillota .Año 2009



(Fotografía 4) Jardines Hospital San Martín de Quillota. Año 2009

Para una enfermera entrevistada, este cambio en la estructura institucional las ha llevado a tener que adaptarse, con todo lo que ello implica: resistencia al cambio, tanto del colectivo como del resto del equipo de salud, especialmente lo referente a los médicos, que parecen no entender o no querer entender esto de la “gestión del cuidado”.

*“...A ver (...) los médicos por ejemplo, (...) lo entienden como en cierta medida, como que mezclan algunas cosas... (E.4.)*

El cambio lo ven graficado en la estructura organizacional, en el organigrama del hospital, con la subdirección de enfermería. Reconocen un nuevo estatus de la enfermería en el país y, concretamente, en el hospital. Por un lado, está lo emanado desde la legislación nacional y, por otro, lo que a diario deben enfrentar con este cambio en la organización. Sienten que sólo es una reorganización en lo estructural y funcional.

*“...nos ha costado como reorganizarnos, estamos todavía en la etapa del diseño de la nueva estructura, esta estructura ha tenido cambios va a tener más cambios, estamos tratando de buscar algo que nos dé mejor funcionalidad...” (E.2.)*

En el quehacer diario, las enfermeras describen la categorización de pacientes como una actividad de enfermería incorporada recientemente y relacionada con la “gestión del cuidado”.

*“...de todas maneras es 100% algo súper útil, algo que permite dar una atención integral al paciente, acá se está haciendo a través de la categorización del paciente por los riesgos y por la dependencia que tienen los pacientes se hace todos los días y en las 24 horas se hace este tipo de categorización para dar una atención más dirigida según los riesgos...” (E.1.)*

Esta nueva actividad les demanda esfuerzo y exigencia, sobre todo en el tiempo disponible para hacerla de buena forma y para tomar decisiones a partir de ella.

*“... Para una enfermera, entonces, por ese sentido se ve un poco afectada la, la...la... mi gestión del cuidado, porque a veces uno no da abasto para tantos pacientes. Entonces (...) la falta a lo mejor de un apoyo, en el fondo implica a lo mejor no hacerlo al 100%...” ( E.1.)*

### 1.1. SUB-CATEGORÍA RESISTENCIA AL CAMBIO

El cambio es un proceso que abarca todas las actividades dirigidas a ayudar a la organización, para adaptarse a nuevas formas de trabajo. Permite la reorientación de la organización en el logro de los objetivos propuestos, es decir “el para dónde vamos”. Para que este proceso se produzca eficientemente se necesita del compromiso de todos los miembros de la organización. Se dice que el proceso de cambio se produce a través de las personas. Es menester, por tanto, conocer los valores, las creencias y los comportamientos de las personas.

Según Wonkman y Kenney (1988), el cambio se describe como inevitable, constante, universal y poderoso. Para Leida Colombo (2004), el cambio implica transformación.

Se habla también de los “agentes de cambio”. Esta expresión se emplea para definir a una persona que es facilitadora del cambio; se dice que un agente de cambio es un líder dentro de la organización.

A partir de la Reforma de la Salud, la enfermería debería asumir un protagonismo positivo que le permita aportar, de manera directa, a la mejora de la salud en nuestro país. Sin embargo, para ello las enfermeras necesitan ser agentes de cambio. Deben comprender la naturaleza social de las instituciones en las cuales se desempeñan y, también no menos importante, la naturaleza y la velocidad de los cambios sociales que se producen.

En este contexto lo que aparece en primer lugar es la resistencia al cambio. Esta resistencia la ven las enfermeras en ellas mismas, en el equipo de salud con el cual trabajan y en los usuarios que atienden.

*“...O sea falta adecuarse, la gente está acostumbrada a otro sistema, entonces como que de repente nosotros con el selector de demanda, como que le cuesta aceptar a la gente, como que no lo entiende bien todavía (...) Al comienzo me dificultó un poco, pero ahora ya como que uno lo va (...) tomando más...” ( E.3.)*

La resistencia al cambio se refiere a los comportamientos de cualquier integrante de la organización que tiene el propósito de desacreditar, retrasar o impedir la implementación de un cambio laboral. Los empleados se resisten al cambio porque éste amenaza sus necesidades de seguridad, interacción social, estatus, competencia o autoestima.

La amenaza percibida como parte de un cambio puede ser real o imaginaria, intencionada o involuntaria, directa o indirecta, grande o pequeña. Sin importar la naturaleza del cambio, algunos integrantes de la organización tratan de protegerse de sus efectos por medio de acciones que varían desde quejas, pereza y resistencia pasiva hasta argumentos apasionados, ausentismo y reducción de la actividad. Newstrom, J. (2007).

Todos los integrantes tienden a resistir el cambio debido a los costos psicológicos que lo acompañan

La resistencia al cambio se puede esperar como parte del proceso total. Muchas veces ocurre porque las personas están temerosas o desorganizadas, o bien, porque sienten amenazadas sus rutinas de trabajo. Hay resistencias individuales, como las percepciones, las amenazas de poder y el temor a lo desconocido. También hay resistencias organizacionales que tiene que ver con el diseño organizacional, la cultura organizacional y la limitación de los recursos, entre otras.

Aunque las personas tienden a resistirse al cambio, compensan esta tendencia con el deseo de tener nuevas experiencias y con las recompensas que ofrece el cambio.

La inseguridad y el cambio son condiciones que ilustran cómo se desarrolla el efecto de reacción en cadena en el comportamiento organizacional. El efecto de reacción en cadena es una situación , e la que el cambio, u otra condición, que afecta directamente sólo a una persona

o unas cuantas, conduce a una reacción directa o indirecta de muchas de ellas, incluso cientos o miles, debido a los intereses mutuos que tienen los afectados.

Aquí podemos explicar que los integrantes de una organización se resisten al cambio por tres razones. “En primer lugar se sienten incómodos con la naturaleza del cambio mismo, ya que éste viola su sistema de creencias morales, consideran que la decisión es técnicamente incorrecta o simplemente niegan a cambiar la comodidad que ofrecen la certeza y la familiaridad por la incertidumbre. Las personas se resisten al cambio debido al temor a lo desconocido, a las amenazas a su seguridad laboral o a la falta de un problema evidente. La segunda razón de la resistencia al cambio es el método con el que se introdujo el cambio. Las personas pueden resistirse por estar mal informadas o rechazar un enfoque insensible y autoritario que no los involucra en el proceso de cambio. El método de introducción del cambio también gira en torno a la percepción de un momento inadecuado. Una tercera razón de la resistencia es la inequidad experimentada cuando las personas perciben que sufrieron un cambio y alguien más parece obtener los beneficios del mismo. La resistencia será más intensa si se presentan estas tres razones”. Newstrom, J. (2007).

Douglas Smith (1996), menciona en su obra “Taking Charge of Change” que “la ignorancia sobre la íntima naturaleza de nuestra resistencia a cambiar es lo que mata el cambio, y no la resistencia en sí misma”. Los motivos por los cuales se produce la resistencia se encuadran dentro del área del conocimiento, del desarrollo de habilidades y de la motivación, es decir, en el “no saber”, “no poder” y “no querer”. La falta de conocimiento es respecto a lo que debe cambiarse. En general, hay resistencia ante cualquier tipo de cambio si no se conoce en qué consiste, cuales son las razones por las que se lleva a cabo y el impacto personal de dicho cambio. En el nivel de “no poder” está el sentimiento de no poder cambiar, las personas no saben hacer lo que deben hacer o no tienen las habilidades necesarias para la nueva situación. Está también el aspecto emocional o motivacional, de no querer cambiar, tal vez porque se considera que no conviene o porque obliga a salirse de la comodidad.

Las enfermeras entrevistadas hacen referencia a que la “gestión del cuidado” no es para todas igual, pues, de acuerdo con la experiencia personal, en el hospital la viven de manera diferente.

*“...Esto no es universal en todas, hay resistencia al cambio, cuesta incorporar conductas”. (E. 5.)*

También vemos en los relatos que la resistencia al cambio se agudiza con una barrera que tienen las enfermeras: la comunicación; sin ella se hace más difícil la interacción social y la adaptación a este nuevo modelo organizacional.

*“... Hay barreras para comunicarse, falta usar los mismos criterios...” (E. 5.)*

Cuando se dice “criterios”, bien podríamos decir los mismos códigos de comunicación, según nuestro modo de entender.

## 1.2. SUB-CATEGORÍA EDUCACIÓN CONTINUA

La formación continuada actualiza y mejora competencias, cuenta con objetivos y es medible. Requiere una planificación basada en la detección de necesidades.

Es posible definir “competencia” según la CIE (2003), como “el nivel de realización que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio”. Por el hecho de ser observable y medibles se pueden mejorar y llegar a desempeñarse con excelencia

“La formación continuada puede considerarse un proceso de cambio de conducta cuando los cambios se transfieren a la práctica clínica. Además es necesaria a corto plazo, aunque ha de proyectarse al futuro, desarrollar competencias para mejorar la calidad y conseguir la excelencia clínica”. Márquez, Susana (2011)

También podemos incluir una definición de formación continuada a partir de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, España del 2003: “Es el proceso de enseñanza aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios. Se inicia al finalizar los estudio de pregrado o de especialización” El objetivo es para actualizar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales ante el avance del conocimiento dada la evolución científica y tecnológica, las demandas y necesidades de la sociedad y del mismo sistema sanitario en el que se desarrollan los profesionales.

Al momento de detectar necesidades formativas existen requisitos a tener en consideración, tales como: a) Analizar la realidad y su funcionamiento, es decir, qué nivel de conocimiento y formación hay entre los distintos miembros del personal de enfermería, qué experiencia cuentan, cuáles son las necesidades sentidas, con qué motivación y expectativas parten para realizar la formación, y cuáles son los objetivos personales para realizarla, b) Comprender los distintos puestos de trabajo, definirlos y determinar las actividades realizadas en cada uno de ellos, y c) Enumerar las competencias requeridas y diferenciales entre los distintos profesionales.

Cuando analizamos esta sub-categoría, resuena la necesidad que manifiestan las enfermeras de la educación continua; la ven como una herramienta para interactuar usando el mismo lenguaje en la “gestión del cuidado”.

*“...tenemos que trabajar el tema de los climas laborales y además tenemos que hacernos cargo de la educación y formación de nuestras enfermeras en términos de explicar la mística que debe tener la enfermera para poder trabajar a lo menos en este hospital...” (E.2.)*

Así como enfatiza Benner (1996) es de gran importancia adquirir nuevos conocimientos para llegar a ser una enfermera experta, o sea, experta en el cuidado. Se hace necesario crear un clima de supervisión, tanto para las enfermeras principiantes como para las expertas, y así fortalecer el desarrollo del juicio clínico.

*“...Hay enfermeras que tienen muchos años y sí manejan bien la gestión, porque se actualizan (...) He hecho cursos, ningún diplomado...y con las colegas nuevas, hay que ponerse al día... (E.5.)*

Los profesionales de enfermería necesitan contar con una base de conocimientos sólidos y con habilidades de pensamiento crítico que les permita solucionar problemas clínicos y tomar decisiones (Oermann y cols., 2000). El pensamiento crítico se ocupa más de reflexionar

sobre el significado implícito de las experiencias encontradas en la vida diaria que de ayudar a aprender sobre la profesión, en el marco de las experiencias vividas en la “vida”.

Las enfermeras entrevistadas reclaman el apoyo necesario para adquirir conocimientos y es en la subdirección de enfermería donde tienen puestas sus expectativas.

*“...hay mucho que capacitar, hay mucho que entregar en términos de experiencias educativas a las colegas (...) empezar a hacer las capacitaciones, que tenemos programadas por lo demás y empezar ya a darle un impulso más formal a algo que primero parte de forma muy informal...” (E.2.)*

Existe coincidencia en las conclusiones de las enfermeras en el estudio de Tapp y Stansfield (2005), cuando se refieren a la relación que tienen ellas con los directores de enfermería. En efecto, enfatizan la necesidad de apoyo en la educación continuada, pues es una oportunidad para desarrollar el conocimiento profesional, incrementar la autonomía, reforzar la competencia profesional y la confianza en la toma de decisiones. Los enfermeros, en dicho estudio, sintieron que su autonomía se incrementaba cuando los directores buscaban su consejo y escuchaban sus sugerencias. También requieren que sus conocimientos y experiencia sean valorados.

Una de las dificultades que plantean las enfermeras entrevistadas es la falta de tiempo para tener una educación continuada formal.

*“...no he hecho muchos cursos últimamente por el hecho de que me cambié de trabajo (claro), conocer el servicio y todo eso y las oportunidades también no son muchas durante el año, pero (...) aparte de estudiar en el diario ejercicio del trabajo emmmm, enfrentando cosas nuevas, trabajando en equipo, consultando las dudas, eeeee qué más? Leyendo mucho también. Ya, y la experiencia de la práctica, más que nada del diario vivir...” ( E. 1.)*

La educación continuada tiene que ver también con la disposición y motivación de las enfermeras para estar al día con los conocimientos.

*“... Ha sido medio difícil, porque parte también como tú adquieres experiencia a través de tu propia historia del ejercicio profesional, yo creo que hay condiciones que tenemos nosotros naturales propias de la persona, hay algunas condiciones que dependen de la formación en la cual la mayoría tenemos como similitudes hay otras condiciones que también son generacionales (ríe) “ (E.2.)*

### **5.1.2. Categoría Colectivo**

Una profesión como actividad ocupacional presenta el siguiente rasgo, entre otros: “el colectivo aspira a establecer normas y modelos en su actuación y reclama juzgar la calidad de sus servicios. Una de las formas como esta capacidad reguladora se manifiesta es la adopción de un código ético de conducta, código que es a la vez proclamación pública de ideales para contribuir a la buena imagen de la profesión en la sociedad, y exigencia mínima impuesta a todos los miembros del colectivo profesional. Mediante una capacidad sancionadora, la profesión garantiza que quienes la ejercen se ajustan a ciertos mínimos morales”. Vielva (2002)

Siles (2004), en un artículo titulado: “la construcción social de la historia de la enfermería”, hace referencia a cómo los colectivos profesionales han ido evolucionando, a través del tiempo, hacia las posiciones más privilegiadas de la sociedad, pues se consideran útiles, sobre todo a la hora de proyectar una imagen social. Estos colectivos profesionales influyen en la interpretación de los sucesos, en una palabra, en el momento en que se está desarrollando cierta profesión. Este mismo autor plantea, además, la necesidad de reflexión ante la construcción social de la historia de la enfermería alejando modelos antiguos y esquemas mentales del pasado.

Por otro lado, la teoría de Benner (1996) señala que la experiencia tiene que ver con las vivencias de algunas situaciones, es decir, no guarda relación con la cantidad de años que se ha desempeñado la profesión.

*“... hay colegas que son de la misma generación o de una generación mayor que sólo han tenido este lugar de trabajo, entonces la visión es un poco más limitada...” (E. 2.)*

Es en este colectivo donde se construye socialmente la realidad en la vida cotidiana.

## 2.1. SUB-CATEGORÍA FORMAS DE COMUNICACIÓN

Las enfermeras, en esta sub-categoría, hacen referencia principalmente a la comunicación verbal; reconocen en ella una forma valiosa para interactuar. Ya lo decíamos, el lenguaje, en la vida cotidiana, es cuando toma sentido. Las enfermeras tienen cosas interesantes que decirse: hablar de la “gestión del cuidado”.

*“...sí yo creo que la mayoría sí (...) saben de qué estamos hablando...” (E.1.)*

Sin embargo, algunas de ellas relatan dificultades para consensuar el objeto del diálogo.

*“...Porque yo creo que la comunicación que tenemos con ellas (enfermeras más antiguas) es (...) muchas veces decimos estamos hablando de cosas distintas, no estamos hablando de lo mismo, como que nos cuesta entendernos...” (E.4.)*

*“...Hay barreras para comunicarse, falta usar los mismos criterios...” (E.5.)*

Dejan entrever que hay contradicciones en el uso de ciertos códigos, esto es, no hay un uniforme sistema de signos y de reglas que permitan formular y comprender un determinado mensaje. Parece ser que cuando se comunican enfermeras de la misma generación, del mismo nivel de aprendizaje experiencial (modelo de Dreyfus y Dreyfus), las dificultades se minimizan.

*“...Mi compañera, (enfermera) sí, yo creo que sí, va a entender más o menos lo mismo (...) Sí mucho, porque transmitimos en los mismo (...) como que pensamos súper parecido, obviamente a veces no pensamos igual y finalmente llegamos a un acuerdo (...) entonces tenemos súper buena comunicación, como que no tenemos temor en decirnos las cosas, entonces yo encuentro que eso nos ayuda harto a las dos (...) Sí, sí, siento que nos coordinamos bien, sí nos comunicamos súper bien (...) silencio...” (E.4.)*

Todo esto tiene que ver con lo planteado por Tapp y Stansfield, (2005) respecto de las relaciones entre enfermeros. Algunas de las medidas consideradas en ese estudio como factores positivos y que incrementan la autonomía de las enfermeras son la confianza y el respeto a las diferencias en los juicios clínicos y en las tomas de decisiones.

*“...Sí de todas maneras....(la gestión) facilita sobretodo el diálogo, y lo trabajamos a diario...” (E.5.)*

Hay indicios de que a veces se comunican por escrito.

*“...Sentimos que hacemos muchas cosas pero escribimos poco entonces no tenemos cómo evaluar...” ( E.5.)*

Cuando las enfermeras se reúnen, lo hacen en instancias más bien informativas, es decir, para comunicar temas del quehacer diario, y que son parte de la operacionalización de la “gestión del cuidado”.

*“...la reunión la cita la subdirectora del cuidado (...) y cuando cita a las reuniones, por ejemplo, hablamos sobre el asunto de la categorización, es como muy actual acá, no hace mucho tiempo, estaba antes que yo llegara; sí (...) entonces nos reunimos a ver cómo la mejoramos, cómo unificamos criterios para que todas lo hagamos igual, que no hayan muchas diferencias, (...) también se habla del hospital amigo que también es parte de la gestión, cómo podemos mejorar eso, con la familia, cómo podemos empezar hacer educación a la familia...” (E.1.)*

Sin embargo, reconocen dificultades para reunirse, fundamentalmente por el sistema de trabajo en el rol de turnos, de modo que no participan todas las enfermeras que quisieran asistir.

*“...bueno a nivel hospital es más complejo, fundamentalmente porque es difícil juntarse...” (E. 5.)*

Podemos deducir, basándonos en Villarino, (2009) citando a Jaspers que hay causas que explican las posibles deficiencias de la comunicación existencial; una de ellas es la soledad. Se está solo, sin apertura al otro cuando estamos comunicados en cuestiones objetivas sin un verdadero compromiso. Las relaciones comunicacionales están a veces teñidas de cordialidad o de desconsideración disfrazada de sinceridad. Jaspers insiste: “en la comunicación existencial sólo soy yo mismo cuando el otro también es sí mismo conmigo, en un mutuo proceso de manifestarse y hacerse patentes. La soledad emerge cuando el otro no quiere ser sí mismo, cuando el otro no quiere serlo, yo mismo fracaso”.

## 2.2 SUB-CATEGORÍA FORMA DE CONVIVENCIA

El hospital abordado es complejo. La cantidad de enfermeras, en un total de 90 profesionales, se hace insuficiente, ya que muchas de ellas trabajan en un rol de turnos diurnos y nocturnos, situación que dificulta las instancias necesarias de convivencia.

De acuerdo con el conocimiento enfermero, éste se genera a partir de una interacción social, Rodríguez (2003). Las enfermeras reconocen que tienen momentos de convivencia y, algunas de ellas, están empeñadas en recuperar ambientes físicos que tiene el hospital desde antaño para facilitar dicho encuentro.

Como es de esperar en un colectivo humano, la convivencia cotidiana ha experimentado ciertas dificultades.

*“...poder recuperar espacio para nosotras, que está primero convivir, enseñar a través del encuentro la convivencia, de relaciones sanas y armónicas de trabajo; además, poder instalar desde ahí una motivación en lo que viene, en la pega misma...” (E.2.)*

Las enfermeras hacen mención de un lugar físico que para ellas tiene una gran significación histórica y que actualmente tratan de recuperar; ellas hablan de “su lugar”. (Ver Fotografías 5, 6 y 7)

*“...en este hospital, (...) que tiene una particularidad que tiene su historia que no podemos desmerecer donde debemos vivir y coexistir y además distintas generaciones, yo creo que eso es lo primero, y eso es parte de lo que estábamos haciendo ahora una pequeña junta de (...) para poder recuperar nuestro espacio en este hospital que es muy antiguo, nosotros tenemos la buhardilla, se llama hogar de enfermeras, el hogar es nuestro...” (E.2.)*

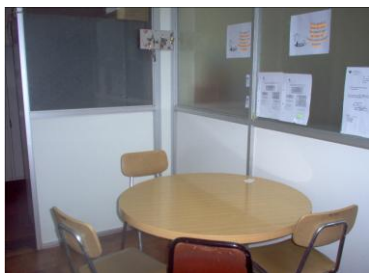
Lo que plantea la enfermera en este discurso es muy interesante, pues le da forma, estructura y ambiente al estamento de enfermería de este hospital, lo que alguna forma puede ayudar a consolidar la imagen social, tanto del colectivo como de las propias enfermeras frente a los usuarios del hospital.

Tal como afirma Siles (2000), el déficit de sentido histórico de la enfermería ha repercutido en la ausencia o déficit socializador del colectivo-colectivo; dicho de otro modo, se trata de una falta de identidad común.

Pero volvamos al fenómeno de la vida o “mundo cotidiano”, entendido éste como “ámbito de acción social”. Para Alfred Schütz, el “mundo de la vida” tiene su propia existencia, su propia lógica y su propia organización, es decir, el “mundo de la vida” es independiente de la persona que actúa. Sin embargo, éste puede ser conocido por el actor y ese conocimiento puede ser compartido con otros quienes, a su vez, también pueden interpretar y reinterpretar dicho mundo. Los actores comparten sus interpretaciones y cuando realizan ese ejercicio *comparten sus experiencias*, comparten sus vivencias y construyen la vida de manera coparticipativa. Los actores sociales construyen y comparten objetos de todo tipo, ya sean materiales o inmateriales. Ellos comparten y proyectan sus propias vidas, ya sea de un modo personal o compartiendo sus proyectos de vida.



(Fotografía 5) Exterior del Hogar de Enfermeras del Hospital



(Fotografía 6) Interior del Hogar de Enfermeras



(Fotografía 7) Interior del Hogar de Enfermeras

### 5.1.3. Categoría Autopercepción de las Enfermeras

Aquí planteamos la cuestión sobre cómo las enfermeras describen la profesión desde ellas mismas. Podríamos cuestionarnos si, realmente la sociedad y las mismas enfermeras, asumen tener el rol de cuidador.

La percepción es el proceso por el cual se reúne e interpreta la información. Sirve como enlace mediador entre el individuo y su ambiente. Sin la percepción careceríamos de experiencia. (Vander, 1990)

La percepción permite sentir el mundo que nos rodea y asignar un significado a este aflujo sensorial. No se responde al mundo externo en forma directa; más bien se transforma estos estímulos exteriores en un sistema interior al cual le atribuimos significado. (Schutz 1971)

La percepción de sí mismo o autopercepción es el proceso por el cual nos conocemos y reflexionamos sobre nosotros mismos, o sea, sobre las características, cualidades y estados interiores que nos atribuimos: Se construyen concepciones de nosotros mismos que nos sirven para volver estable, predecible y manejable la visión que tenemos de nosotros. Al atribuirnos rasgos estables y disposiciones permanentes, nos sentimos capaces de comprender nuestra propia conducta y de planear nuestras acciones futuras. (Vander, 1990)

#### 3.1. SUB-CATEGORÍA: "IMAGEN SOCIAL"

Villarino (2009) afirma que "el modo como yo me percibo a mí mismo depende primariamente del reflejo que me brindan los otros y, sin él, sin ese eco, soy prácticamente nada".

Los referentes bibliográficos nos ayudan a sustentar la categoría "imagen social" que dicen tener las enfermeras. En efecto, Siles (2000) afirma que la enfermería ha carecido durante mucho tiempo de una identidad socioprofesional adecuada para evolucionar en el marco social.

Las enfermeras plantean que en el hospital coexisten varias generaciones de enfermeras, y eso de alguna forma marca la imagen de cada una. Dicen las “principiantes”, respecto de las “expertas”, tomando el lenguaje de Benner:

*“...La brecha generacional es alta...” (E. 1.)*

*“...No sé si será tan así, porque veo enfermeras que son como, a ver, hay enfermeras, como determinadas enfermeras que son de distintas generaciones, que tienen como carácter más conflictivo y de hecho con casi todas han tenido conflictos, en cambio otras, que son mayores, y que tenemos una super buena relación...” (E.4.)*

Para tener una “imagen social”, lo primero es generar una identidad con la profesión y con el propio colectivo.

*“...damos una imagen de cuerpo que es muy importante retomar, recuperar, yo creo que las colegas incluso las más jóvenes necesitan una identidad...” (E.2.)*

Se necesita tener una identidad clara para poder avanzar en el desarrollo de la enfermería.

*“... Ahora viene la primera etapa de lo organizacional y después la parte de cohesión, de identidad, ahora viene la pega...” (E.2.)*

Lo plantea Rodríguez (2003): “La percepción social implica el propio Yo”; la percepción de las personas tiene una carácter dinámico, vale decir, que esta imagen se puede asentar o distorsionar. Y aquí nuevamente juega un papel importante el contexto. En definitiva, todas las categorías que hemos seleccionado están interrelacionadas. La imagen social va a posicionar a la enfermera en un rol determinado que, como lo hemos dicho, se trata del rol de “experta del cuidado”.

El concepto de autonomía, por su parte, da mucho sentido a la imagen social pues, sin ella, resulta muy difícil tomar una posición social como tal. La autonomía de las enfermeras se refleja cuando se cumplen las metas que planifican de cuidado a los usuarios.

*“... mi actitud autónoma también tengo que tener, tengo autonomía, puedo tomar decisiones, todo para que sea para beneficio de ellos, para que mi trabajo salga lo mejor posible, para que ellos reciban un cuidado óptimo (...) Hay frustración cuando las rutinas y prácticas son rígidas...” (E. 4.)*

*“...eso se hace como rutinario, claro igual uno conversa con la familia, les explica, pero generalmente la gente (...) o sea es como (...) No sé no (...) siempre ha sido igual (...) silencio...” (E. 3.)*

### 3.2. SUB-CATEGORÍA LUCHA DE PODERES

El Eje Curar-Cuidar, según la descripción del Colegio de Enfermeras de Chile (2009), son los pilares que explican las bases sobre las cuales se sustenta la atención de salud de manera continua y permanente a lo largo del ciclo vital, tanto en situación de salud como de enfermedad. En este sentido, dos son los profesionales de cabecera: a) el médico, propietario y responsable del proceso de curar; b) la enfermera, propietaria y responsable del proceso de cuidar. Desde esta perspectiva, los dos procesos que conforman este eje, modifican la forma de relacionarse de ambas profesiones, permitiendo una transición desde la relación de subordinación y dependencia (modelo biomédico), a una relación de complementariedad, coordinación, interacción permanente y colaboración mutua (modelo biopsicosocial con carácter de integralidad).

En el análisis de los discursos se vio que la sub-categoría “lucha de poderes” surgió a partir de lo descrito por las enfermeras en relación a los médicos, con los cuales forman equipo en su diario quehacer.

*“...Algunos se sienten como amenazados, como que la enfermera tenga su lugar propio, pueda tomar decisiones, que sea una atención paralela más que descendente, por así decirlo, y entonces (...) pero son generalmente médicos que ya tienen sus años y tienen sus ideas y cuesta mucho cambiarlas...” ( E.1.)*

Según Gamson (1968) y Kaplowitz (1978), el ejercicio del poder tiene que ver con la probabilidad de alcanzar resultados favorables. Nadie tiene poder por sí solo. Estar dotado de poder es un aspecto de la interacción social; es una cuestión de resultados. El poder es a menudo poder sobre otros. Frecuentemente implica intereses y valores sociales en pugna, o sea, resistencia y oposición. Vander, (1990).

El poder se ejerce incluso en aquellos casos en que dos “bandos” tienen fuerza pareja. Uno de ellos puede equilibrar al otro y por ende neutralizar su poder, o bien ambos pueden llegar a un acuerdo o solución de compromiso que no es totalmente beneficioso para uno u otro. En la mayoría de los casos las dimensiones del poder no están equilibradas; el intercambio es desparejo y desigual

En el discurso que presentamos a continuación se deja ver que existe una resistencia a este nuevo modelo biopsicosocial donde la enfermería es la responsable de la gestión de los cuidados.

*“...algunos se sienten como amenazados como que la enfermera tenga su lugar propio...” (E. 1.)*

Las enfermeras ven esto como una “lucha de poder”, situación que supone un problema grave que es necesario resolver.

*“...Si seguimos así unos por acá y otros por allá no va a mejorar nunca...” (E.1.)*

Para superar esta situación se necesita de una comunicación efectiva entre los miembros del equipo.

*“...A ver...los médicos, por ejemplo, (...) lo entienden como en cierta medida, como que mezclan algunas cosas...” (E.4.)*

Una comunicación efectiva implica definir qué es la “gestión del cuidado” y todo lo que ella involucra; por ejemplo, para otorgar unos cuidados oportunos y seguros, se requiere de la asignación de recursos, tanto materiales como de personas. Así lo establece la normativa (2007), que establece, entre otros, la creación de un modelo de “gestión de cuidado” en la red pública de salud.

*“...le cuesta asumir que la enfermera tenga a su cargo la gestión del cuidado, por ejemplo, que tenga que asignar, que falta un paramédico el fin de semana...” (E.4.)*

*“... falta eso yo creo más que nada: recurso humano, lo que es insumos no eso está bien en Quillota, más al haber más recurso humano hay más tiempo para trabajar con la familia...” (E. 1.)*

De la comunicación que estamos hablando también se debe hacer partícipe la comunidad a la cual se le prestan los servicios de salud. Ella muchas veces ignora la posición de la enfermera dentro del equipo de salud. Tiene que ver con la posición social que se le otorga a la enfermera.

*“... para ellos es más creíble conversar con el médico...” (E. 3.)*

Según Kramer y Schmalenberg (2003), se describen cinco categorías o escalas de la relación médico-enfermera a partir del discurso de 279 profesionales de enfermería. Califican, en

grados descendentes, la relación médico-enfermera como “excelente, “muy buena”, “buena”, “antagonista”, “hostil” y “sin relación”. Cuando se refieren a la relación médico-enfermera surge la noción de “poder”. En esto también coinciden las enfermeras entrevistadas, pues ellas afirman lo siguiente:

*“...siento que les cuesta más que nada asumir, porque a ellos les gusta marcar bien su territorio, así como yo soy la autoridad máxima acá y yo tomo esta decisión, que es en el fondo una decisión que la toma enfermería, que es otro estamento y eso más que nada les cuesta más asumir más que les cuesta entender (...) Pienso que va por ahí...” (E.4.)*

Básicamente el médico y la enfermera tienen un “poder” que es igual, pues, un médico tiene conocimientos en el área médica y la enfermera en el área de la enfermería, específicamente en el cuidado. Por lo tanto, ambos profesionales tienen autonomía en sus distintas áreas.

Florence Nightingale (1859) sostenía que el conocimiento de enfermería era intrínsecamente distinto al de la medicina:

*“La medicina es la cirugía de las funciones como la cirugía propiamente dicha lo es de los miembros y de los órganos. Ninguna puede hacer otra cosa que quitar obstáculos, ninguna puede curar; sólo la naturaleza cura. La cirugía extrae la bala de la pierna, la cual es un obstáculo para curar, pero la naturaleza cura la herida. Igual sucede con la medicina; la función de un órgano es obstaculizada, la medicina ayuda a la naturaleza a remover ese obstáculo, pero no hace más. Lo que la enfermería ha de realizar, en ambos casos, es colocar a la paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”*

Es fundamental para la enfermería el desarrollo de las habilidades comunicacionales, para poder mostrar sus competencias clínicas en el quehacer diario junto a todo el equipo de salud.

*“...En el fondo hace tiempo que la enfermera tiene autonomía, quizás tiene ahora más autonomía que antes, pero se supone que siempre la ha tenido, entonces es una cosa que a estas alturas como que ya debieran entenderlo, pero bueno hay profesionales que sí lo entienden, de hecho hay profesionales que les acomoda más no meterse en esa parte...” (E.4.)*

Mejorar o establecer una relación médico-enfermera armónica es fundamental, puesto que influye directamente en la calidad de los cuidados otorgados a los usuarios.

## 5.2. CONCLUSIÓN

Para concluir nuestro estudio, presentamos las siguientes reflexiones, a la luz del planteamiento inicial, es decir, del objetivo general y los específicos de esta investigación.

El principal objetivo de esta investigación es: “conocer la construcción social del concepto gestión del cuidado desde la perspectiva de las enfermeras”. Concluimos que las enfermeras sí construyen socialmente el concepto “gestión del cuidado”.

Entendemos que la construcción de un concepto es el “ordenamiento a que se ha de someter las palabras en una frase para expresar con ellas un concepto, darle un significado a aquel concepto”. (Berger y Luckmann 2001)

Vemos que, en primera instancia, las enfermeras intentan abordar el tema dando una definición de este concepto. Se dan cuenta que no es fácil dar una definición, incluso para aquellas enfermeras que cuentan con más años de desempeño laboral y experiencia en la práctica de la enfermería.

A continuación algunos discursos:

*“...un concepto que es un concepto tan grande y que abarca todo nuestro quehacer como profesional, creo que ha sido el resultado de muchos años de logro, el poder instalar de la importancia de los cuidados, de poder haber encontrado primero que nada la frase justa que identificara lo que es nuestro quehacer y además haber, en tan corto tiempo haber desarrollado el significado de la profesionalización de nuestro quehacer...” (E.2.)*

*“...creo que ha sido el resultado de muchos años de logro, el poder instalar de la importancia de los cuidados, de poder haber encontrado primero que nada la frase justa que identificara lo que es nuestro quehacer...” (E.2.)*

*“...Al tener identificado lo que es el concepto de la gestión tú tienes en verdad de donde asir la conceptualización de lo que es nuestro trabajo y además poder hacerte responsable y poder tener la satisfacción del trabajo que tú en verdad tienes que hacer, es como volver ahora a hacer enfermería de verdad ...” (E.2.)*

*“...el concepto de la gestión del cuidado, nos ha permitido de alguna forma vestirnos más elegante...” (E.2.)*

*“...O sea es sobre lo que se está en la actualidad porque antes teníamos otro sistema...” (E.3.)*

*“...Yo creo que va en (...) silencio (...) mejorar la atención y en facilitar el ingreso de las personas ya sea tanto en hospitalizados como en atención directa acá en la unidad de emergencia...” (E.3.)*

*“... Una forma de facilitar, más las cosas...” (E.3.)*

*“... Es como una de las labores principales de la enfermera no sólo supervisora sino también asistencial, gestionar el cuidado, desde como la parte administrativa hasta los mismos procedimiento es como un conjunto de cosas para en el fondo lograr que se cumplan ya sea todas las indicaciones médicas, todo el proceso de enfermería que surge en base a eso, lograr que el paciente reciba una buena atención de enfermería, es como todo un conjunto de cosas, para mí es el conjunto de todas las cosas que hacemos que en el fondo la gestión va desde los papeles hasta llamar a la asistente social para que me resuelva algo y finalmente resolver una situación y entregar un buen cuidado al paciente...” (E.4.)*

*“... No como definición, pero te puedo decir que es proporcionar el manejo en todo lo que implica la enfermería, fundamentalmente en lo que yo debo gestionar...” (E.5.)*

*“...Sí, el poder gestionar me ha servido haber estado de clínica tantos años, ahora para supervisar. Tengo 4 enfermeras en 4° turno que están a mi cargo, vienen con el concepto de gestión incorporado al quehacer...” (E.5.)*

*“...Claro algo que viene de no hace mucho tiempo, que viene (...) que tiene que ver con algo legal, ya que se está dando hace poco tiempo y no en todos lados que se creó la subdirección del cuidado, que no todos los hospitales tampoco la tienen...” (E.1.)*

*“...creo que la gestión del cuidado y el grupo de enfermeras (...) está muy (...) se está interiorizando harto, lo está tomado bien en cuenta, se está haciendo bien la parte de la gestión del cuidado, se está haciendo bien acá en Quillota, lo que yo he podido comparar con otros hospitales, que he podido hacer trabajo en terreno por los cursos (...) Acá se está haciendo bien hasta el momento y a pesar de llevar poco tiempo va bien encaminado...” (E.1.)*

Según nuestro modo de ver, influye en la construcción del concepto que la “gestión del cuidado” es de reciente instauración en el modelo de salud chileno, tras una reforma de salud. El colectivo enfermeras ha tenido que adaptarse a esta nueva situación y, en varias ocasiones, las mismas enfermeras reconocen que carecen de habilidades para el reposicionamiento en una estructura de hospital autogestionado, como es el hospital San Martín de Quillota.

Vemos que construyen el concepto en la “vida diaria”, desde su ubicación en la organización de enfermeras del hospital. Valoran la dirección de la Subdirectora de la Gestión del Cuidado, pues en ella ponen la confianza y sienten el apoyo para garantizar una educación continua. Es de alto valor que las enfermeras manifiesten y coloquen la educación continua como una herramienta necesaria para el desarrollo de habilidades que las lleven a la consolidación más eficiente de la gestión del cuidado. Dicen estar trabajando en ello, pero que les queda un largo camino por recorrer.

Pensamos que en virtud del primer objetivo específico de este estudio que señala: definir el concepto “gestión del cuidado” desde la perspectiva de las enfermeras, podemos señalar que cada una de las enfermeras entrevistadas, da una definición muy particular según su experiencia laboral. Una de las enfermeras entrevistadas que puede ser catalogada como

“principiante”, define el concepto con más soltura y muy cercano a lo descrito en la legislación chilena; ella se da cuenta que este fenómeno es por la cercanía en el tiempo con la universidad, pues recientemente han egresado de ella. Las más “expertas” señalan la necesidad de actualizarse.

Benner (1996), señala que la enfermera “experta” tiene su principal apoyo y sustento de conocimientos en la experiencia, a diferencia de la enfermera “principiante”, quien se basa en lo que ha aprendido durante su carrera universitaria.

Además, hacen alusión a la imagen social de la enfermera y que tal vez, requiere de un nuevo enfoque para dar respuesta a los cambios en la estructura. Reconocen que, siempre han tenido autonomía, pero por la “gestión del cuidado” deben desarrollar nuevas habilidades y conocimientos que tienen que ver con las exigencias actuales de esta nueva organización.

En el segundo objetivo específico, nos proponíamos describir el concepto de la “gestión del cuidado” definido por el colectivo de enfermeras. Podemos concluir que el colectivo construye el concepto a partir de la forma de comunicación y convivencia. La comunicación la describen como herramienta efectiva en la toma de decisiones, tanto en el desempeño individual como con otros profesionales de la salud. Reconocen que la brecha generacional obstaculiza esta comunicación que caracteriza al colectivo en el hospital; muchas veces parecen estar hablando de “cosas diferentes”. La convivencia, se desarrolla tanto en lo cotidiano como en instancias formales, que las convoca principalmente, para celebrar fechas importantes. Por la dinámica del hospital y por el bajo número de personas, ven poco explotadas estas instancias y que podrían beneficiarse, sobre todo, como colectivo de enfermeras.

Con el tercer objetivo buscábamos identificar cuáles serían las instancias de reflexión de las enfermeras que aportan a la construcción social del concepto gestión del cuidado. Podemos establecer que, a partir de los discursos, las enfermeras entrevistadas se hacen conscientes de las situaciones o momentos de reflexión, sobre todo, cuando relatan, por ejemplo, que en este nuevo modelo de organizar la enfermería en el hospital han tenido que adaptarse. Primero, retomando la percepción o idea actual de la enfermera como “experta del cuidado” y, luego, con otros integrantes del equipo de salud, especialmente con los médicos, quienes parecen no entender o mal entender, según las enfermeras entrevistadas, este fenómeno que es la “gestión del cuidado”. Más que plantear una lucha por el poder, resulta más valioso considerar el desarrollo de habilidades comunicacionales, para dejar al descubierto las competencias de las enfermeras en relación a conocimientos propios de la disciplina y con ello, la autonomía para tomar decisiones.

### 5.3. SUGERENCIAS

Juzgamos que es importante señalar que las sugerencias, que ahora formulamos, deben circunscribirse al rol de la enfermería.

Para el *rol asistencial*, nos parece necesario considerar los hallazgos de este estudio en relación a la convivencia de las enfermeras, pues, es en el colectivo donde se construye socialmente el concepto “gestión del cuidado”. Una convivencia armónica puede ser garante de que la enfermería se posicione en el estatus profesional y social que le corresponde. Las enfermeras acostumbran poco hacer interconsultas de temas propios de la disciplina, sin embargo, esto es fundamental para estrechar lazos y para compartir experiencias, que, en último término contribuye a que el colectivo se fortalezca.

El desafío que se presenta en los *educadores de enfermería* es, principalmente, preparar a los estudiantes para el sistema sanitario emergente, fundando las relaciones humanas sobre el respeto, la comprensión y generando una conciencia penetrante de los determinantes sociales de la salud. Como hemos concluido en este estudio, para afianzar la autonomía es necesario el empoderamiento del rol de la enfermería en sí mismo y en el trabajo en equipo. Una de las competencias que deberían alcanzar nuestros alumnos es desarrollar un lenguaje común según el “idioma disciplinar” de la enfermería.

Considerando que estamos en la era del conocimiento y de la información, para el rol de *gestor de enfermería* es fundamental considerar la formación continua de sus enfermeras. La educación debe centrar su énfasis en la necesidad de las personas, pero se requiere también para enfrentar las nuevas situaciones que surgen en la vida personal y laboral. La única forma de satisfacer esta necesidad es que cada individuo aprenda a aprender.

En cuanto al *rol investigador*, pensamos que hemos aportado nuevo conocimiento a la disciplina, a partir de un enfoque fenomenológico poco abordado en este tema y que es tan actual. Este estudio puede ser base para una nueva investigación. Esperamos que logre motivar a otras enfermeras para ampliar el conocimiento respecto a la “gestión del cuidado”.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### LIBROS

- Benavent, A., Ferrer E. (2001). *Fundamentos de Enfermería*. (1ª ed.) Madrid: p.72
- Benner, P., Tanner, C., Chesla, C. (1996). *Expertise in Nursing Practice* (2ª Ed.) Springer Publishing Company: 16 –48
- Berger, P., Luckmann, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores.
- Busquets, M. (2005). *La Gestión del Cuidado en Enfermería* Fundación Victor Grífols i Lucas N° 12. Barcelona. España: 7- 9
- Caballero, E., Becerra R., Hullin C. (2010). *Proceso de Enfermería e Informática para la gestión del cuidado* Editorial Mediterráneo Ltda. Santiago, Chile Cap 9 p.73-83
- Consejo Internacional de Enfermeras (2003). Modelo de aplicación para el marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Ginebra.
- Chile. Código Sanitario (2000). Decreto con Fuerza de Ley. Publicado en el Diario Oficial de 31.01.68, Libro V, Artículo 113, inciso cuarto.
- Magalhaes, M., Mercado, F. (2007). *Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud* (1ª ed.) Editorial Lugar: Buenos Aires. Argentina: 30-107
- Marriener-Tomey, A. (1994). *Modelos y Teorías de Enfermería* (3ª ed.) Editorial. Mosby/ Doyma Libros, España.
- Mayntz, R. (1990) *Sociología de la Organización*. Alianza Universidad. Madrid. España.
- Newstrom, J. (2007) *Comportamiento Humano en el Trabajo*. (3ª ed.) Editorial. Mc Graw-Hill Interamericana. México, D.F.
- Nieswiadomy, R. (1998). *Foundations of Nursing Research* (3ª ed.) Stamford: Appleton y Lange p.158.
- Pérez Serrano, G. (1999). *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes*. (3ª ed.) Editorial Muralla, S.A.: 18-21
- Rodríguez, C. (2003). *Psicología Social*. Ediciones Pirámides Madrid. Capítulo 3: 66- 80

- Rodríguez, D. (2004) *Gestión Organizacional. Elementos para su estudio*. (3ª ed.) Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile
- Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social*. Paidós Básica.
- Siles, J. (2000). *Antropología Narrativa de los Cuidados*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Vander, J. (1990) *Manual de Psicología Social*. (3ª ed.) Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Vielva, J. (2002) *Ética profesional de la Enfermería*. Editorial Descleé De Brouwer, S. A. Bilbao, España
- Villarino, H. (2009). *Karl Jaspers. La comunicación como fundamento de la condición humana*. Editorial Mediterráneo Ltda. Santiago, Chile.

## REVISTAS

- Arriaga, E., De la Torre, J., Alberdi, R., Artigas, B., Moreno, J., García, J. (2003). La participación en la gestión como elemento de satisfacción de los profesionales: un análisis de la experiencia Andaluza. *Enfermería Global* (3): 1-13
- Batías, G., Valdivia, G. (2007). Reforma de Salud en Chile; el plan Auge o Régimen de Garantías en Salud (GES). Su origen y evolución. *Boletín Escuela de Medicina UC., Pontificia Universidad Católica de Chile*. Vol. 32, Nº 2: 51-58.
- Dois, A. (2008). Epistemología, metodología de investigación y enfermería. *Revista Horizonte de Enfermería*: Vol 19 (1) 89-93.
- Kramer M., Schmalenberg C. (2003). Securing “good” nurse physician relationships. *Nursing Managemet*; 34-38.
- Leal, R. (2006). La sociología interpretativa de Alfred Schutz. Reflexiones frente a un planteamiento epistemológico cualitativo. *Revista Scielo Alpha* (Chile) Nº 23: 201-213
- Crespo, L., Vizcaya, F., Domínguez, J., Galao, R. (2004). Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. *Scielo España Index de enfermería*. V. 13 N. 44. 1:7
- Rivas, E. (2003). Posicionamiento de la Enfermería: Sustentabilidad y proyección. *Revista Enfermería Chile*, 124: 22-27

- Rivera, MS., Herrera, LM. (2006). Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo en Enfermería *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*; 15 (España):158-163.
- Saar, SRC., Trevisan, MA. (2007). Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. *Revista Latino- Americana de Enfermagem* 15 (1): 1-7

## SITIOS WEB

- Chile. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Extraído el 1 septiembre 2010 desde:  
[http://www.bcn.cl/carpeta\\_temas\\_profundidad/temas\\_profundidad.2007-08-31.1359994059](http://www.bcn.cl/carpeta_temas_profundidad/temas_profundidad.2007-08-31.1359994059)
- Chile. Hospital San Martín de Quillota. Extraído el 1 Septiembre 2010 desde:  
<http://www.hsmq.cl/>
- Chile, Ministerio de Salud (2008). Norma General Administrativa N° 19 “Gestión del Cuidado de Enfermería para la atención cerrada”. Exenta N° 1127. Santiago, 14 diciembre 2007. Extraído el 23 agosto 2008 desde:  
[www.colegiodeenfermeras.cl](http://www.colegiodeenfermeras.cl)
- De la Torre Gálvez, I., Paralta, V., Rodríguez, M. (2007). Estudio sobre los factores asociados a la gestión organizativa en los profesionales de enfermería. [Versión electrónica] *Revista Index* 3 (2) 1:26.
- Hernández, L. Y cols. (2003). Imagen social de la enfermería. [Versión electrónica] *Revista Cubana Enfermería* Ciudad de la Habana. v 19 n 1 . Extraído el 30 agosto 2010 desde:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192003000100006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000100006&lng=es&nrm=iso)
- Márquez, S. (2011). Formación continuada: Herramienta para la capacitación. [Versión electrónica] *Revista Enfermería Global*. N° 21 Enero 2011. Extraído el 22 enero 2011 desde:  
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/115911/109911>

- Morris J., Vargas, M. (2005). Gestión de cambio en enfermería. *Monografía*. Maracay. Extraído el 23 agosto 2008 desde:  
<http://www.monografias.com/trabajos20/gestion-cambio-enfermeria/gestion-cambio-enfermeria.shtml>
  
- Prandi, R., Ferri, P. (2007). Enfermeros: ¿quiénes somos? Un estudio transversal de la imagen social del enfermero en la ciudad de Módena (Italia) *Ágora en Enfermería* Volumen 11, N° 3: 1156-1159. Extraído el 27 mayo 2008 desde:  
<http://www.agoradeenfermeria.com/CAST/num011/recerca>
  
- Raigosa, S., (2008). Papel del enfermero en la gestión del cuidado. Extraído el 23 agosto 2008 desde:  
<http://www.elportalde.com>
  
- Romero, O. (2009). Intercambio del conocimiento en enfermería: la necesidad de un lenguaje común. *Biblioteca Lascasas*; 5 (3). Extraído el 15 septiembre 2009 desde:  
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0428.php>
  
- Siles, J. (2004). La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Revista Index de Enfermería*. 13(47): 07-10. Extraído el 15 septiembre 2009 desde:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000300001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300001&lng=es).
  
- Siles, J. (2005). La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Revista Index de Enfermería* 50:7-9. Extraído el 22 octubre 2009 desde:  
<http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/5196.php>
  
- Tapp, D., Stansfield, K., Stewart, J. (2005) La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichan*. Vol 5. Extraído 12 jun 2008 desde:  
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/141/471>

## ANEXOS

## INSTRUMENTO

- N° de identificación de la entrevista:.....
- Fecha de realización de la entrevista:.....
- Años de antigüedad en el ejercicio de la profesión:.....

Guión de preguntas que orientan la entrevista en profundidad:

- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando como enfermera?
- ¿Qué entiende por gestión del cuidado?
- ¿Qué me puede decir de la gestión del cuidado?
- ¿Cómo ve que se está construyendo la gestión del cuidado en su lugar de trabajo?
- ¿Cómo transmite al resto del equipo lo que relata?
- ¿Qué imagen tiene de la implementación de la gestión de cuidado?
- ¿Cuáles son los desafíos de la gestión del cuidado?
- Las jerarquías dentro de las enfermeras, en su hospital, ¿cómo aportan a la construcción de la gestión del cuidado?

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

SRA. /SRTA.:

Se le invita a participar, de manera voluntaria, en una entrevista semi estructurada cuyo tema es abordar la construcción social de la conceptualización de la gestión del cuidado desde la perspectiva de las enfermeras.

El objetivo de este estudio es conocer cómo las enfermeras construyen socialmente el concepto “gestión del cuidado”.

Los datos de su participación se mantendrán en forma confidencial y la publicación de los resultados en medios científicos será anónima.

El tiempo estimado para la entrevista es de 20 minutos.

Se hará uso de grabadora durante la entrevista si la entrevistada lo autoriza en forma voluntaria.

En caso de cualquier duda Ud. podrá comunicarse con Sra. Olga Moraga Esquivel al fono 08419XXXX.

Declaro haber sido informada por la Sra. Olga Moraga Esquivel, quien me explicó el objetivo del estudio y entendí claramente cuál es mi participación. Tuve la oportunidad de aclarar todas mis dudas, tomando libremente mi decisión de participar.

En mi poder quedará un duplicado de este consentimiento.

Responsable de la investigación: Sra. Olga Moraga Esquivel  
Universidad de Valparaíso, fono 2507443

Acepto participar: \_\_\_\_\_

Iniciales del nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: Quillota, \_\_\_\_\_

## **GLOSARIO ABREVIATURAS**

1. AUGE: Acceso Universal con Garantías Explícitas.
2. GES: Garantías Explícitas en Salud.
3. PECAH: Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria
4. IVA: Impuesto al Valor Agregado.
5. FONASA: Fondo Nacional de Salud.
6. ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional.
7. CIE: Consejo Internacional de Enfermería