



REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA POLICONSULTA EN EL QUEHACER DE LAS PROFESIONALES ENFERMERAS/OS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Proyecto de investigación para optar al grado de Licenciado/a en Enfermería

Autores

Carla Araya Leyton
Nisim Bracha Nahmias
Francisca Delgado Godoy
Karla Díaz Mardones
Catalina Guzmán Bustamante
M^a Monserrat Santibañez Mancilla
Marisol Vásquez Salazar

Docentes guías

Nicolás Fuster Sánchez
Paola Gonzalez Garate

Viña del Mar, Chile, 2019

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro más profundo y sincero agradecimiento a las personas que contribuyeron en esta investigación.

En primer lugar, a nuestros docentes Nicolás Fuster y Paola González, por su gran dedicación y apoyo en la elaboración de este estudio.

Al proyecto FONDECYT INICIACIÓN N° 11170934, titulado "El problema de la hiperfrecuentación en la atención primaria de salud en Chile. Hacia una comprensión del malestar inexplicable" y dirigido por el profesor Nicolás Fuster Sánchez, por permitirnos desarrollar nuestra investigación en el marco de dicho proyecto.

A los/as directoras y al equipo de profesionales enfermeras/os de los CESFAM Concón, Quebrada Verde y Aviator Acevedo por su excelente disposición y colaboración. Y agradecemos profundamente a las profesionales enfermeras de los CESFAM Jean y Marie Thierry, Rodelillo, Placeres, Quilpué y Belloto Sur por entregarnos generosamente sus experiencias en los momentos difíciles que vivimos durante esta investigación.

Por último, agradecemos a nuestras familias por su constante preocupación y apoyo incondicional durante lo que significó este proceso.

RESUMEN

Introducción y objetivos. La policonsulta causa congestión y problemas económicos en los sistemas de salud, especialmente en Atención Primaria, regida en Chile bajo el “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” que busca, a través del trabajo de un equipo de salud sectorizado y territorial, atención integral al usuario y su familia. En dicho equipo, las/os enfermeras/os gestionan el cuidado, por ello resulta relevante comprender los significados asociados a la imagen de policonsulta, es decir, las representaciones sociales del fenómeno en el marco del quehacer de enfermería. **Metodología.** Estudio cualitativo exploratorio donde participaron enfermeras/os que se desempeñan en Atención Primaria de Salud en el área metropolitana de Valparaíso. Se les aplicó una entrevista semiestructurada durante el segundo semestre del año 2019, compuesta por dimensiones apriorísticas definidas por las investigadoras. El posterior análisis de los discursos fue realizado mediante un análisis de contenido cualitativo a través del Software NVivo. **Resultados.** Las/os enfermeras/os, mayoritariamente, no poseen una definición exacta de policonsulta, pero existen representaciones sociales que asocian policonsulta a usuarios de nivel socioeconómico medio-bajo, adultos mayores sin redes de apoyo y a trastornos de salud mental. Además, se relacionaría con la dificultad de identificación de policonsultantes y con el sistema de gestión de la atención primaria. **Conclusiones.** Emergen distintas aproximaciones. Algunos creen que el policonsultante no se vincula directamente con el quehacer de enfermería y que el contacto se desarrollaría en los programas de salud en donde no está declarado que características tienen los policonsultantes. Una vez identificados, su vinculación se haría mediante estudios de casos interdisciplinarios. Desde otra mirada los señalan como una carga económica-asistencial, mientras que otros creen que recibir atención es un derecho y que el origen de este fenómeno radica en problemas de gestión.

Palabras claves: Trastorno somatomorfo, Organización y administración, Enfermería, Atención Primaria de Salud (DeCS).

ABSTRACT

Introduction and objectives. Polyconsultation causes high congestion and economic problems in health care systems, particularly in Primary Health Care which is governed by the “Family and Community Integral Healthy Care Model” which seeks, through the work of a sectorized and territorial health team, comprehensive care of the user and their relatives. In that team, the Nurses must manage the care of the users. In this sense, it is relevant to understand the meanings associated with the image of the polyconsultation or the social representations of nursing professionals in the framework of the nursing work. **Methodology.** Exploratory qualitative research and study with participation of nursing professionals who work in Primary Health Care in the metropolitan area of Valparaíso, with at least one year of experience in the service. A semi-structured interview was applied during the second half of the year 2019, composed of a pattern of open questions and concept-driven dimensions. The discourse analysis was based on the qualitative content analysis, supported by NVivo Software. **Results.** The nurses mostly do not have an exact definition of polyconsultation. However, there are social representations which associate users with a medium-low socioeconomic level, older adults without support networks and people with a mental health disorder. In addition, it would be related to the difficulty of identifying polyconsultants and the primary care management system. **Conclusions.** Different approaches emerge. Some believe that the polyconsultant isn’t linked directly to the nursing job, and the contact should be developed in health programs who haven’t determinate the characteristics of the polyconsultants. Once identified, their linkage would be done through interdisciplinary case studies. From another perspective, they point them out as an economic-care burden, while others believe that receiving attention is a right and that the origin of this phenomenon lies in management problems.

Keywords: Somatomorphic disorder, Organization and administration, Nursing, Primary Health Care (DeCS).

| I. ÍNDICE DE CONTENIDOS | Página |
|--|---------------|
| 1. CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN | 9 |
| 2. CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL | 12 |
| 2.1. MARCO EMPÍRICO | 13 |
| 2.2. MARCO TEÓRICO | 20 |
| 2.2.1. Contextualización del Sistema de Salud, Red de Atención Primaria y Modelo de Salud Familiar | 20 |
| 2.2.2. Fenómeno de policonsulta o hiperfrecuentación | 26 |
| 2.2.3. Impacto del usuario policonsultante en el sistema público de salud | 32 |
| 2.2.4. Estrategia de Intervención vía SAPU | 36 |
| 2.2.5. Programas, protocolos, flujograma de policonsultantes en la atención de salud | 36 |
| 2.2.6. Quehacer de enfermería | 40 |
| 2.2.7. Teoría de enfermería: Jean Watson | 43 |
| 2.2.8. Representaciones sociales | 46 |
| 3. CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODOS | 50 |
| 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 51 |
| 3.2. PARTICIPANTES | 53 |

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 3.3. | DESCRIPCIÓN LOCUS | 53 |
| 3.4. | CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD | 55 |
| 3.4.1. | Criterios de inclusión | 55 |
| 3.4.2. | Criterios de exclusión | 55 |
| 3.5. | SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES | 56 |
| 3.6. | TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | 56 |
| 3.7. | RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | 58 |
| 3.7.1. | Acceso al campo | 58 |
| 3.7.2. | Inmersión y recolección de la información | 58 |
| 3.7.3. | Retirada del campo | 59 |
| 3.8. | PRUEBA DEL INSTRUMENTO | 59 |
| 3.9. | ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN | 59 |
| 3.9.1. | Análisis Cualitativo de Contenido | 59 |
| 3.9.2. | Software Nvivo | 60 |
| 3.9.3. | Triangulación de Datos | 61 |
| 3.10. | ASPECTOS ÉTICOS | 62 |
| 3.10.1. | Principios Éticos en Investigación Cualitativa | 62 |
| 3.10.2. | Privacidad y confidencialidad | 68 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 3.10.3. | Compromisos establecidos | 69 |
| 4. | CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 70 |
| 4.1 | IMAGEN DE LOS USUARIOS SEGÚN LAS/OS PROFESIONALES ENFERMERAS/OS | 71 |
| 4.2 | PERCEPCIÓN DE LAS/OS PROFESIONALES ENFERMERAS/OS SOBRE LA POLICONSULTA | 72 |
| 4.3 | PRÁCTICAS Y CULTURA ORGANIZACIONAL | 80 |
| 4.4 | QUEHACER DE ENFERMERÍA | 86 |
| 4.5 | LIMITACIONES | 102 |
| 5. | CAPÍTULO 5: CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS | 104 |
| 5.1 | Conclusión | 105 |
| 5.2 | Sugerencias | 107 |
| 6. | CAPÍTULO 6: ANEXOS | 108 |
| 7. | CAPÍTULO 7: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 128 |
| II. | ÍNDICE DE TABLAS | |
| | Tabla N° 1 Sección REM-A04 “Otras morbilidades” | 33 |
| | Tabla N° 2 Atenciones médicas CESFAM en estudio | 35 |
| | Tabla N° 3 Planes de abordaje al policonsultante | 39 |
| | Tabla N° 4 Estratos socioeconómicos en Valparaíso Metropolitano | 54 |

III. ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|------------|
| Figura N°1 Pirámide de las necesidades de Maslow | 91 |
| Figura N°2 Proceso de cambio | 94 |
| Figura N°3 Integración de los estadios y los procesos de cambio | 94 |
| Figura N°4 Niveles de cambio | 95 |
| Figura N°5 Nube de palabras NVivo. | 102 |

IV. ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|------------|
| 1. Anexo N°1 Entrevista semiestructurada | 109 |
| 2. Anexo N°2 Matriz de preguntas | 112 |
| 3. Anexo N°3 Carta de Autorización CESFAM Aviador Acevedo, Quebrada Verde y Concón | 119 |
| 4. Anexo N°4 Acta de aprobación del Comité Ético-Científico de la Universidad de Valparaíso | 122 |
| 5. Anexo N°5 Acta de aprobación del Comité de Bioética, Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso | 123 |
| 6. Anexo N°6 Consentimiento informado | 125 |

CAPÍTULO 1:
INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la policonsulta, denominado también “hiperfrecuentación”, “trastorno por somatización” o “trastorno somatomorfo”, adquiere categoría clínica según los manuales de diagnóstico DSM IV y CIE-10 cuando sobrepasa los seis meses de manifestación (1). Según la literatura especializada, la policonsulta se presenta como un “grupo de trastornos que abarcan síntomas físicos para los cuales no se ha hallado explicación médica que los justifique, pero que son lo suficientemente serios, como para causar al paciente una alteración en su funcionamiento laboral o social” (2). Otros estudios explican que el paciente policonsultante es aquel que presenta un número elevado de consultas espontáneas (más de siete en un año) en un mismo centro de salud (3). Sin embargo, la literatura especializada no logra un consenso a la hora de definir el fenómeno. Al respecto, una revisión prolija de artículos científicos entre 1995 a 2011 sobre somatización en Latinoamérica, menciona los MUS (*Medically unexplained symptoms*) o síntomas sin explicación médica como un fenómeno con distintas acepciones, las que van desde un conjunto de pocos síntomas autolimitados, hasta patrones de presentación crónica. Los autores llegaron al acuerdo de utilizar el término “somatización” para referir el espectro de entidades nosológicas caracterizadas por la presencia de estos síntomas sin explicación médica u orgánica (4).

En términos globales, la policonsulta causa alta congestión y problemas económicos en los sistemas de salud (1). En el caso Latinoamericano, presenta una elevada prevalencia en la población (8,5%), lo que ha sido asociado a factores culturales (4). En el contexto nacional, la prevalencia de la policonsulta es elevada (16% aproximadamente), destacándose la ciudad de Santiago con un 17,7% (1). En el caso de la Atención Primaria en Salud (APS), se estima que dicho fenómeno fluctúa entre un 15% y un 25% del total de las consultas, lo que implicaría un alto impacto, tanto para la cobertura poblacional que realiza la red asistencial (CESFAM, CECOF, SAPU, Posta Rural) (1,5), como para el funcionamiento del “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” que busca una atención integral y holística de las personas, familias y

comunidades a través del trabajo de un equipo de salud sectorizado y territorial. Entre los profesionales que componen estos equipos de salud se encuentran las/os profesionales de enfermería que gestionan el cuidado de las personas atendidas (6,7).

En este sentido, resulta altamente significativo para el funcionamiento del Modelo de Atención Integral comprender los significados y valoraciones asociadas a la imagen de la policonsulta de los profesionales de enfermería en el marco del quehacer de enfermería. Para ello resulta pertinente la utilización del concepto de “Representaciones Sociales” acuñado por el psicólogo Serge Moscovici, quien las define como “un corpus organizado de conocimientos (...) gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios” (8). Asimismo, Denise Jodelet las ha descrito como un conjunto de significados y categorías, socialmente elaboradas y compartidas, que nos permiten clasificar los fenómenos que nos rodean. Dicho sentido común es para Jodelet un conocimiento que se construye a partir de nuestras experiencias -tanto individuales como colectivas- y que se socializa a través de la tradición, educación y comunicación (9).

Es por lo anteriormente expuesto que la pregunta de investigación que guía la presente investigación es: ¿Cuáles son las representaciones sociales sobre la policonsulta que tienen las/os profesionales de enfermeras/os que se desempeñan en los CESFAM Quebrada Verde, Concón y Aviador Acevedo del área metropolitana de Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2019?. *Objetivo General:* Comprender las representaciones sociales sobre la policonsulta que tienen las/os profesionales enfermeras/os de los CESFAM Quebrada Verde, Concón y Aviador Acevedo del área metropolitana de Valparaíso, durante el segundo semestre de 2019. *Objetivos Específicos:* A) Conocer la conceptualización del fenómeno de la policonsulta desde su comprensión en el rol de enfermería en los CESFAM Quebrada Verde, Concón y Aviador Acevedo; B) Conocer los significados y las prácticas de las/os enfermeras/os en el rol asistencial de enfermería respecto a la policonsulta en los CESFAM Quebrada Verde, Concón y Aviador Acevedo; C) Conocer los significados y las prácticas de las/os enfermeras/os en el rol de gestión y liderazgo

de enfermería respecto a la policonsulta en los CESFAM Quebrada Verde, Concón y Aviador Acevedo.

CAPÍTULO 2:
MARCO REFERENCIAL

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO EMPÍRICO

La policonsulta se ha transformado en un problema de gran interés para los actuales sistemas de salud, evidenciándose como un fenómeno que genera un impacto directo, tanto en la salud de los usuarios, como en la entrega adecuada de cuidados por parte de los profesionales de la salud.

La literatura encontrada y revisada ha entregado diversa información que permite contextualizar la policonsulta a nivel internacional, latinoamericano y nacional en términos de prevalencia, perfil y experiencia asistencial desde profesionales del área de la salud (10).

Previo a la contextualización, cabe señalar que el término utilizado a nivel internacional en estudios sobre policonsulta es el de hiperfrecuentador, mientras que en Chile el término más utilizado es el de policonsultante. Para fines de la presente investigación, se utilizarán ambos términos como sinónimos (10).

La literatura internacional menciona los Medically Unexplained Symptoms (MUS) o síntomas sin explicación médica. Un estudio en Malasia recoge la epidemiología y características en varios países de los síntomas sin explicación médica y cómo estos se vinculan a trastornos mentales como la depresión, ansiedad y somatización. Al respecto, se señala que estos son los trastornos de salud mental más frecuentes en la APS, cada uno asociado con un deterioro funcional fundamental, mayor número de días de incapacidad y un costo elevado de atención médica, donde la prevalencia de la depresión con presencia de un cuadro somático va desde un 45% a 90% (10).

Según el estudio, al menos un tercio de los usuarios con trastornos somatomorfos padecen ansiedad comórbida o trastornos depresivos. También, se analizan los conceptos y mecanismos relacionados con los síntomas sin explicación médica en el mundo y argumentan que los desórdenes somatomorfos poseen una naturaleza psicológica debido a la falta de enfermedades de origen orgánico que los expliquen. Esto visto desde la predominante mirada biomédica, que reviste tanto la teoría como la práctica médica, desplaza a los desórdenes somatomorfos a un campo sin legitimidad médica y dónde los únicos responsables son los usuarios que los padecen (10).

En relación a los síntomas sin explicación médica, los que más se manifiestan en la atención primaria del adulto a nivel internacional se relacionan con la fatiga, el dolor, mareos, malestar general, síntomas gastrointestinales, malestar abdominal, diarrea y estreñimiento (10).

El estudio también menciona que en la atención primaria de salud (APS) en Reino Unido, los síntomas y síndromes somáticos representan el 20% de las consultas y de éstas un 35% representó quejas por somatización de forma ambulatoria. En relación con las tasas de prevalencia a nivel internacional, los síntomas sin explicación médica en atención primaria varían desde un 11% a más de un 60%. Cabe señalar que estos estudios han definido los síntomas sin explicación médica de distintas formas, esto posiblemente a causa del poco consenso sobre los criterios de clasificación anteriormente mencionados (10).

Un estudio en India recalca la importancia de los signos físicos y hallazgos de laboratorio para poder dar credibilidad a síntomas inespecíficos en los usuarios y un posterior diagnóstico, esto en el contexto de la unidad de psiquiatría de un hospital general. Cabe preguntar por qué este fenómeno es tan poco considerado por los profesionales si conlleva a una alta carga social y económica. Esto podría explicarse a grandes rasgos por los siguientes motivos: 1) la clasificación de las condiciones que llevan a los síntomas inespecíficos es difusa; 2) los psiquiatras no tienen la experticia suficiente para poder abordar a estos usuarios; 3) los usuarios con estos síntomas no buscan ayuda psiquiátrica; y 4) los médicos generales y/o especialistas no refieren ayuda

psiquiátrica. (11)

Existen modelos que permiten la detección, reconocimiento y manejo de síntomas inespecíficos que son usados en la atención primaria y se destaca la importancia que éstos sean personalizados según las necesidades de cada centro, debido a la naturaleza compleja y multifactorial del fenómeno. Es por esto que se propone un modelo exploratorio para usuarios no psiquiátricos en seis circunstancias específicas, cada una con consideraciones a la hora de atenderlos (11).

España es un país con diversos estudios sobre hiperfrecuentación, principalmente en relación al perfil de sus hiperfrecuentadores y a las posibles estrategias para el abordaje de estos. Aquí el fenómeno produce un gran impacto en la sostenibilidad de sus servicios de atención primaria. Se estima que entre el 10 al 15% de la población pueden ser hiperfrecuentadores y que consumen aproximadamente un 50% de las consultas médicas de los centros de salud y son responsables del 60 al 65% del coste sanitario (12).

Un aspecto relevante es el aumento progresivo durante el periodo 2010-2017 de las reconsultas por usuarios hiperfrecuentadores en la atención de urgencia. Las reconsultas se consideran como un indicador de calidad ligado a la seguridad del usuario (dato relevante para la acreditación de los servicios de urgencia hospitalarios, siendo la mayoría de estas realizadas por usuarios hiperfrecuentadores) (13).

Además, existe una mayor prevalencia en centros de menor tamaño y en aquellos ubicados en áreas rurales, no obstante, al considerar como medida la cantidad de usuarios hiperfrecuentadores por profesional, los centros de tamaño intermedio son los que presentan mayor hiperfrecuentación (14). En suma, mayoría de las investigaciones existentes analizan el fenómeno de la hiperfrecuentación solo desde las características del usuario, a pesar de que otros trabajos que utilizan metodología multinivel han podido comprobar que los factores relacionados con la/el profesional y la organización llegan a explicar entre el 55% y 63% de la variabilidad de la

utilización de las consultas en APS (15).

En el ámbito de urgencia hospitalaria, el predominio de usuarios hiperfrecuentadores se atribuye a factores socioeconómicos y/o culturales (bajo nivel sociocultural o económico, marginalidad, soledad) o a características del sistema sanitario como el hospitalocentrismo, es decir, mayor destinación de recursos y mayor concentración de atenciones en comparación a la atención primaria, pero en ningún caso a motivos que requieran, efectivamente, de una consulta urgente (13).

En esta dirección, estas investigaciones entregan características interesantes del perfil del usuario hiperfrecuentador, como por ejemplo, a mayor edad mayor es la utilización de los servicios de salud. Además, se señala que las mujeres de entre los 37 y 75 presentan peor percepción subjetiva de su salud, por lo que suelen tener un mayor consumo de los servicios en salud. En definitiva, caracteriza al usuario hiperfrecuentador como una persona de mediana edad, con bajo nivel de estudios, que pertenece a una familia nuclear, vive en el barrio más cercano del centro de salud, padece alguna enfermedad crónica y tiene una disfunción psíquica; realiza una media de 15 consultas al año y utiliza con frecuencia la cita previa, pero también la visita programada por médico y enfermera (16). Dichos estudios señalan que la creación de una definición y delimitación clínica para aquellos usuarios hiperfrecuentadores contribuiría directamente en la disminución de la sobreutilización de Atención Primaria (17). Además, sugieren que se debe considerar el tipo de usuario según presenten patologías crónicas orgánica, mental, o ambas, y que las intervenciones sean adaptadas al tipo de usuario (12).

Otras estrategias son las que mencionan Fuertes M, et al. quienes infieren que uno de los puntos para la disminución de la hiperfrecuentación recae en la incorporación de modalidad de consultas no presenciales o telefónicas (telemedicina) (12).

En el caso latinoamericano, estudios buscan crear un perfil del usuario policonsultante, sin embargo, existe una gran dificultad para poder dar una definición acertada a estos síntomas inespecíficos. Hallazgos en una investigación que retoma 106 escritos académicos sobre

somatización en población latinoamericana entre los años 1995 a 2011 destacan Brasil y Chile con altas tasas de prevalencia de desórdenes mentales comunes caracterizados por la presencia de quejas somatomorfas (4). Particularmente interesante en este estudio resulta la descripción de la naturaleza social, psicológica y cultural que estaría a la base de estos trastornos y, por lo tanto, implica una falta de claridad en los límites del fenómeno y en su clasificación o definición. Un estudio realizado en Costa Rica estima que un 20,8% del presupuesto anual en salud se destina a policonsultantes en centros de atención ambulatoria y que ésta población corresponde al 19,75% de la atendida en consultorio. Este grupo lo conforman principalmente mujeres casadas o en convivencia, en un rango etario entre los 30 y 50 años, y con educación básica completa, al tratar de identificar las posibles causas para la existencia y persistencia de este fenómeno, el investigador a cargo Pierre Thomas, refiere que los usuarios hiperfrecuentadores presentan conductas en la sala de espera asociadas a la necesidad de comunicación, en donde buscan principalmente la creación de vínculos de amistad (18).

Siguiendo con la relación entre salud mental y policonsulta, estudios desarrollados en Colombia han estimado que el 10% de los gastos en salud pueden ser atribuidos a la sobreutilización de consultas y que entre el 35 y el 45% del ausentismo laboral se debe a problemas de salud mental. La prevalencia de casi el 40% de los trastornos de somatización en hiperfrecuentadores demuestra que, a pesar de presentarse muchas veces de manera simultánea, no son sinónimos, lo cual hace necesaria la distinción entre ambos términos y conmina a la búsqueda de otro tipo de causas más allá del trastorno mismo. Un 41% de los casos de hiperfrecuentación se pueden atribuir a enfermedades crónicas, un 31% a trastornos mentales y un 15% a estrés agudo y crónico. Juntos, estos tres factores, explicarían dos tercios del total del fenómeno (19).

En la misma dirección, al analizar la presencia de los trastornos mentales más frecuentes en Atención Primaria, se pudo inferir que estos se encuentran subdiagnosticados en la clínica, ya que al contrastar los registros de usuarios diagnosticados con depresión, ansiedad o trastorno

mixto ansioso-depresivo, 5,6% había sido diagnosticado de depresión, el 6,3% de ansiedad en la historia clínica y un 8,5% tenía trastornos mixtos ansioso-depresivos. Sin embargo, luego de realizar una encuesta de tamizaje, se reveló que un 41,9% de los usuarios tenía síntomas de depresión o síndrome depresivo establecido. Asimismo, la ansiedad se presentó como síntoma o síndrome en 13,3% de los casos. De acuerdo con esto, 55,2% de los usuarios resultó positivo para síntomas o síndromes mentales que no habían sido reportados en la historia clínica (19).

La baja capacidad de diagnóstico cobra especial importancia en el ámbito de salud mental, ya que diversos estudios plantean que los usuarios que poseen ansiedad y/o depresión tienen el doble de probabilidades de ser policonsultantes. La explicación que entregan los estudios es que los trastornos ansioso-depresivos pueden generar síntomas físicos, y es posible que afecten la autopercepción del estado de salud. Por lo tanto, aumentaría el número de consultas espontáneas a raíz de esta autopercepción insatisfactoria. De ahí la importancia de que el médico considere la pesquisa de trastornos mentales subyacentes al motivo de consulta (20).

En Chile, la investigación sobre policonsulta es escasa y en su mayoría relaciona la hiperfrecuentación con los trastornos por somatización. Al respecto, la literatura especializada estima que la problemática de los síntomas somáticos sin explicación clínica representa entre el 15 a 25% de las consultas en APS, y hasta un 70% de este tipo de consultas permanece sin explicación luego de ser evaluados. Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en Santiago de Chile existe una prevalencia de este trastorno en consultas de atención primaria de un 17,7% (1). Por otra parte, no existe un perfil homogéneo del usuario policonsultante, aunque diversos estudios coinciden en mencionar que los usuarios policonsultantes corresponden en su mayoría a mujeres dueñas de casa, con un promedio de edad de 42 años, con escolaridad básica o media incompleta, de estado civil casadas y con alguna enfermedad crónica (21).

Desde el área de salud mental, las investigaciones nacionales han abordado el fenómeno como una manifestación de la depresión, tomando como referencia que este trastorno afecta al

30% de los beneficiarios de nivel primario de salud (7.5% de la población general) (22). Siguiendo la misma línea, otros estudios indican que los usuarios policonsultantes se deben tratar junto a sus familias, ya que la mayoría presenta alguna disfunción familiar, esto a través de una terapia familiar con enfoque de salud mental (23).

Desde las unidades de salud mental de los centros a nivel de atención primaria, existen variadas propuestas de intervención que han demostrado gran efectividad, entre las que se encuentran: las terapias cognitivo-conductuales, las terapias psicodinámicas y las terapias de grupo. La aplicación de la Terapia Familiar Breve, caracterizada por ser simple y rápida, genera una mayor satisfacción usuaria y disminución de los gastos, la cual busca que sean los propios usuarios, a través de objetivos planteados por ellos mismos en sus domicilios, quienes sean capaces de tratar sus problemáticas. La finalidad de la Terapia Familiar Breve es disminuir la sintomatología y recuperar el funcionamiento autónomo del usuario. Con esta terapia se han evidenciado resultados en el que el sujeto intervenido suspendió el uso de medicamentos y no solicitó más exámenes complementarios, generando un ahorro de gasto sanitario (24). Sin embargo, un número importante de estos usuarios rechazan ser diagnosticados con problemas de salud mental, atribuyendo al médico la responsabilidad, ya que este no entrega una respuesta adecuada a su dolencia física. Lo anterior incide en que la relación médico-usuario se vea deteriorada y que los usuarios insistan en la necesidad de más diagnósticos y exámenes (21).

El sistema de salud da cuenta de la presencia de condiciones óptimas para que se genere y mantenga en el tiempo el fenómeno de la policonsulta, dado que aún el enfoque biomédico de atención y el legado cartesiano se mantienen fuertemente arraigados en la atención otorgada. La gestión de la salud pública por medio de indicadores no responde adecuadamente a las demandas de los usuarios, y los funcionarios de atención de salud tienden a desplazar el componente psicosocial a un segundo plano, generando un desencuentro entre lo que ofrecen los servicios y las demandas de la población policonsultante, no permitiendo que este problema disminuya (3).

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Contextualización del Sistema de Salud, Red de Atención Primaria y Modelo de Salud Familiar

El sistema de salud chileno es el conjunto formal de personas y entidades públicas y privadas que se relacionan con la organización, financiamiento, aseguramiento, recursos o provisión de bienes y servicios en materias de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud. Posee una naturaleza mixta (con mezcla público/privada en la previsión y provisión de servicios), y su rol rector y regulador es ejercido por el Estado a través del Ministerio de Salud. El financiamiento proviene principalmente del Estado, impuestos, cotizaciones de trabajadores y empresas. La previsión de salud se logra con diversas entidades de seguros de salud y hay múltiples profesionales y centros prestadores de atención de salud, tanto públicos como privados, distribuidos a lo largo de todo el territorio poblado nacional (5).

El nivel organizacional del sistema de salud del país, se basa en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que es una entidad pública con un claro marco normativo, centrado en la provisión de servicios asistenciales a la población, para lo cual cuenta en forma descentralizada con Servicios de Salud de ámbito regional o subregional, específicamente 29 a nivel nacional, los que disponen de una red asistencial organizada en niveles de atención (primario, secundario y terciario), organizada según cobertura poblacional y complejidad asistencial (5). La red asistencial está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población (25).

La Atención Primaria de Salud (APS) corresponde al primer nivel de atención asistencial y

en su mayoría está delegada a la Administración Municipal, esto producto de la radical reforma neoliberal ocurrida en 1979 que abarcó a todo el Estado y a los servicios públicos. Según lo dispuesto, los centros de APS deben cumplir con las normas, planes y programas que haya impartido o imparta en la materia el Ministerio de Salud. El financiamiento de la Atención Primaria se basa en una estimación per cápita de la población registrada, corregida por factores de pobreza, ruralidad, entre otros (5).

La APS cumple una función estratégica al captar las necesidades de la comunidad y brindar una respuesta adecuada. Esta función se realiza a través de distintos establecimientos que forman parte de la red asistencial, entre ellos, los Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y Postas de Salud Rural , en los cuales se ejecutan los programas de salud emanados desde el ministerio y se cumplen las metas sanitarias, siendo además un lugar donde los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental al liderar los procesos institucionales en pro de volver más eficiente la prestación de los servicios sanitarios (26).

La Atención Primaria de Salud no solo corresponde al primer nivel de organización del Sistema de Salud Chileno, sino que también al primer nivel de contacto que tiene la comunidad con los servicios sanitarios y con los profesionales de la salud, siendo estos profesionales los que tienen directa interacción con el usuario. Asimismo, el profesional de enfermería posee una interacción aún más directa y continua con el usuario, ya que según lo establecido en el Código Sanitario en 1997 y la Norma General Administrativa N°19 del 2007, la enfermera es la responsable de la gestión del cuidado de los usuarios. Es decir, se le asigna responsabilidad legal, ética y social al profesional enfermero/a en relación con la gestión del cuidado, lo que conlleva la responsabilidad de asegurar la continuidad y calidad de los cuidados (7).

La calidad y continuidad de los cuidados busca la mantención y recuperación de la salud tanto del individuo como de la comunidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS),

salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (27). El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

El desarrollo de la Atención Primaria se ha orientado, históricamente, hacia una mejora de la equidad en los resultados en salud, por lo que basa su organización y trabajo en el Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, en donde se les ofrece a las familias beneficiarias (población inscrita) la posibilidad de resolver sus necesidades en salud, además de abordar tanto los factores protectores como los de riesgo que posee la persona o familia. Esto en la praxis se realiza mediante una canasta de prestaciones existentes, las cuales se encuentran definidas en el *plan de salud familiar*. Las consultas explicitadas en la canasta de prestaciones están financiadas de manera individualizada, y con esto se quiere decir, que existe un per cápita disponible para cada persona, con el fin de que el equipo de salud logre determinados objetivos en esta persona (6).

En relación a las consultas de atención en el CESFAM, un punto a considerar es el rendimiento, es decir, el tiempo programado que debe tener cada profesional para dar atención y resolver las problemáticas en salud que posee un individuo inserto en un contexto familiar, cuyo tiempo es limitado, ya que se rigen por un indicador de rendimiento de la actividad de acuerdo con estándares ya definidos o readecuados a la población. Este rendimiento, generalmente expresa el tiempo que utiliza el profesional para realizar la actividad. Por ejemplo, en la consulta de morbilidad, está establecido que el médico atienda a 4 usuarios por hora o, dicho de otra manera, 15 minutos por cada uno, y en el caso de programas de salud puede ir de 20 a 30 minutos, indistintamente del profesional que realice la prestación. No obstante, ese rendimiento debe tener relación con la posibilidad de ofrecer una solución efectiva al problema de salud que motiva la consulta, y si bien este está determinado mediante normas, orientaciones técnicas, guías clínicas entre otros, depende de cada CESFAM la adaptación de indicadores a nivel local, con el

fin de cautelar el acceso justo y equitativo a la salud (28).

Profundizando en el Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, el cual es descrito en las “Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario” (6), es posible señalar que estas orientaciones plantean 6 objetivos para los equipos de salud, los cuales son:

1. Identificar conceptos y elementos claves en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en la red asistencial.
2. Reconocer aspectos centrales de la gestión para responder a las exigencias del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
3. Diseñar procesos de mejoramiento continuo de la calidad
4. Identificar estrategias para incluir la Promoción y Prevención en el proceso de planificación y programación del Centro de Salud.
5. Diseñar estrategias de participación social en salud.
6. Diseñar el proceso de atención acorde a las necesidades de su población a cargo y a los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

De estos objetivos se pasará a señalar los aspectos más relevantes e interesantes para el desarrollo de este estudio.

El Modelo de Atención Integral presenta algunos principios fundamentales, como por ejemplo, estar *centrado en la persona* (reconocida como un ser integral) y en la familia, con necesidades y expectativas muy particulares en salud, donde se espera una corresponsabilidad en el cuidado (6).

Otro principio clave es la *Integralidad de Atención*, que involucra niveles de prevención y la comprensión multidimensional de los problemas de las personas (biopsicosociales, espirituales y culturales) (6).

Como tercer principio irrenunciable encontramos la *continuidad de los cuidados*, el cual al ser abordado desde la mirada del usuario se define como una serie de eventos de cuidado en salud que son experimentados como coherentes y conectados en el tiempo (6).

Es importante que los centros de salud puedan identificar al equipo de salud y a su población a cargo (bajo la *sectorización territorial*), actualizar los conocimientos asociados a la planificación en Red, reconocer sobre la gestión en Red y cómo facilitar una mejor calidad en la atención en salud de todos los usuarios (6).

Tener una adecuada organización en los centros de salud permite mayor eficacia y resolutivez en las problemáticas que se presentan, ya sea desde los problemas internos, como aquellas problemáticas que traen los usuarios respecto a su salud y enfermedad. Es por esto, que el Modelo menciona la existencia de un *equipo gestor*, el cual está encargado de asesorar las funciones técnicas-administrativas, y un *equipo territorial*. Además, se debe contar con un equipo multiprofesional, lo que permitirá un abordaje mucho más holístico en el cuidado de los usuarios de los CESFAM (6).

Poder identificar los factores protectores y de riesgo de las familias permitirá al equipo gestor acoger a las familias, potenciar sus capacidades y habilidades e involucrar en la atención integral a otros actores en el territorio, cuando sea necesario.

El Modelo de Salud señala que la planificación y programación sea en red, ya que permite abordar la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación desde todos los niveles de atención de salud, logrando así una mejor cobertura y una mayor satisfacción usuaria. El trabajo en red permite que este sea un proceso para enfrentar situaciones de manera coordinada, continua y resolutivez a las necesidades detectadas en el diagnóstico de salud local (6).

Los programas en red se deben fundamentalmente a tres aspectos: los problemas y las necesidades de la población son ilimitados y los recursos escasos, los problemas de salud prevalentes van cambiando en el tiempo y, por último, las acciones de salud son complejas (28).

Respecto a la Promoción y Prevención en salud este modelo enfatiza cinco estrategias: educación en salud, participación social, abogacía, intersectorialidad y comunicación social (28).

Siguiendo con los aspectos conceptuales, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria aborda la participación social desde el enfoque de determinantes sociales de salud, el enfoque de derechos y como un proceso. Desde el enfoque de determinantes sociales en salud la participación social permite a la ciudadanía tener poder de decisión sobre estos determinantes que afectan directamente a su salud e intervenirlos. Desde el enfoque de derechos, el manual aborda los aspectos normativos y legales que regulan la participación social, desde el rol del estado en asegurar participación social (Ley Nº 20.500), el rol rector del Ministerio de Salud en la coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios (Ley Autoridad Sanitaria Nº 19.937 Art. Nº1) y la necesidad de poseer un Consejo Consultivo (Ley Autoridad Sanitaria Nº 19.937 Art. 25-D) con representantes tanto de la comunidad como de los equipos de salud y que tendrá como finalidad aconsejar al Director del establecimiento de salud en la fijación de políticas públicas (6).

Respecto al plan de salud familiar, éste representa el conjunto de acciones de salud que cada establecimiento de atención primaria ofrece de acuerdo con las orientaciones técnicas y programáticas vigentes del Ministerio de Salud con el fin de resolver las necesidades de las familias beneficiarias, dentro del Modelo de Atención Integral de Salud (6).

El plan de salud familiar sustenta sus acciones en programas. Actualmente se encuentran en vigencia los siguientes (29):

1- Salud del Adolescente: Dirigido a adolescentes entre 10 y 19 años, beneficiarios de las siguientes prestaciones: consultas de morbilidad general, examen de salud preventivo, control de salud integral, consejerías en temas de sexualidad, tabaquismo, malnutrición, salud mental, entre otras.

2- Salud de la Mujer: Programa que incorpora una serie de actividades para contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su vida. Con prestaciones como: control preconcepcional, control de regulación de fertilidad, consejería en salud sexual y reproductiva, visita domiciliaria integral, entre otros.

3- Salud del Adulto: Enfocado a personas entre 20 y 64 años, quienes reciben las siguientes prestaciones: Examen de Salud Preventivo (EMPA), control de enfermedades crónicas (como hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia), control con enfermera, visita domiciliaria, consulta social, entre otras.

4- Salud del Adulto Mayor: Programa enfocado a todos los usuarios de 65 años y más que pueden acceder a prestaciones como: control con enfermera, Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), Programa de Vacunación Anti-influenza, Programa de Alimentación Complementaria para Adultos Mayores y ayudas técnicas para mejorar su funcionalidad como sillas de rueda, andadores, bastones, colchones y cojines antiescara, entrega de audífonos y lentes, entre otros.

2.2.2. Fenómeno de policonsulta o hiperfrecuentación

Resulta necesario tener en consideración que el tema abordado en la presente investigación ha sido poco estudiado, por ende, son escasas las investigaciones encontradas durante la búsqueda bibliográfica. No obstante, estas entregan información que permite identificar ciertas características asociadas al usuario policonsultante o hiperfrecuentador.

Este fenómeno sanitario es identificado en la cotidianidad por el personal de los servicios de salud pública, y es objeto de constante preocupación a raíz de las consecuencias que genera para las instituciones de dichos servicios. Sin embargo, no existe claridad en cuanto a su definición, pues la literatura define policonsulta de diversas maneras (30).

Una primera aproximación, es la definición de un tipo de pacientes que consulta frecuentemente por quejas somáticas múltiples e inespecíficas, especialmente en el nivel primario de salud, sin tener su dolencia una causa orgánica clara, sino más bien un supuesto origen psíquico. En este contexto, se constata que un número importante de usuarios se presenta en el nivel primario con síntomas orgánicos sin causa aparente, colocando una carga mayor en el sistema de salud a través de la policonsulta. Investigaciones coinciden en señalar una incidencia importante de estos pacientes en problemas de gestión de los servicios de salud, en donde este tipo de usuario interpela al equipo y las condiciones generales del servicio, cuyas expresiones más visibles son una asistencia reiteradas al consultorio, resistencias e inadecuación a los protocolos de tratamiento que el sistema define para sus dolencias físicas inespecíficas, variables y recurrentes (30).

A nivel nacional, se considera al usuario policonsultante o hiperfrecuentador como aquel que presenta un elevado número de consultas espontáneas (más de siete en un año) en un mismo centro de salud, las cuales aparecen como injustificadas para los profesionales que las reciben. Esto último debido a que los pacientes refieren síntomas múltiples y recurrentes (3).

Estas aproximaciones coinciden en señalar que los usuarios policonsultantes no son sólo un problema para el sector salud, debido al gasto que ocasionan al país, sino que es también un problema diagnóstico. El carácter de “policonsultante” lo otorgan los agentes de salud que son capaces de reconocer un funcionamiento particular que demanda y desgasta al sistema, aun cuando en términos de diagnóstico esta categoría es desconocida y su tipificación es diversa (30).

Otra aproximación ampliamente encontrada en la literatura hacia el fenómeno de la policonsulta es desde los trastornos por somatización (7). Autores definen el fenómeno de la somatización como un proceso por el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional o estrés psicosocial a través de síntomas físicos. Los Trastornos Somatomorfos, son un grupo de trastornos que abarcan síntomas físicos para los cuales no se ha hallado explicación médica que los justifique, pero que son lo suficientemente serios, como para causar al paciente una alteración en su funcionamiento laboral o social. Los factores psicológicos son de gran relevancia en el inicio, la gravedad y duración de los síntomas, que no son producidos intencionalmente. Se estima que un 30% del total de estos pacientes consume un 80% de las consultas de los centros de salud (1).

La somatización es frecuente en la práctica médica general, los cuadros depresivos mostraron una fuerte asociación con la presencia de múltiples síntomas de somatización. El número de experiencias traumáticas, su severidad, tipo, la edad en que se producen y la comorbilidad psiquiátrica pudieran representar predictores importantes para este fenómeno. Asimismo, la estructura de personalidad de los pacientes pudiera influir en la aparición de estos síntomas (7).

La relación entre somatización y trauma psíquico ha sido también señalada como relevante. Si bien el trauma psíquico es un tema de interés en salud mental desde hace mucho tiempo, ha recibido nuevamente atención en la última década, después de estudios epidemiológicos que han demostrado su prevalencia mayor de lo esperado, sea como trauma bélico, civil o familiar. En especial, algunos estudios han ligado tipos específicos de trauma a patrones específicos de sintomatología somática. Por ejemplo, los sobrevivientes de abusos sexuales informan tasas elevadas de síntomas gineco-obstétricos o gastrointestinales inexplicables; otros casos de refugiados que ha presenciado atrocidades bélicas presentan tasas altas de ceguera psicogénica. Un subgrupo específico de estudios ha mostrado traumas semejantes al trastorno de estrés postraumático (TEPT) (2).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) somatización ha sido definido como "un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias". Los malestares de la somatización se traducen en un trastorno diagnosticable cuando los síntomas superan los seis meses de manifestación (2).

Los Trastornos Somatomorfos son frecuentes en la atención primaria, en cuanto a la relación del usuario policonsultante como somatizador en este nivel de atención, la literatura científica insiste en señalarla como un problema relevante, de alta incidencia en la población beneficiaria del Sistema de Salud pública. Se destaca además el alto grado de prevalencia de las patologías vinculadas a la somatización en la población chilena (1).

En cuanto a los costos, los usuarios con el diagnóstico de trastorno somatomorfo provocan un aumento exponencial de éstos en los servicios sanitarios. Se calcula que, en Chile 9 millones de personas utilizan la atención primaria de salud, por lo que la eficiente utilización de los recursos es un desafío importante. Estos usuarios, en general, gastan anualmente el doble que cualquier otro (1).

La alta utilización de recursos por parte de los usuarios con trastorno somatomorfo hace necesario un plan de acción resolutivo que permita disminuir los costos y aumentar la eficiencia del sistema, por lo que se cuestiona el hecho de que las atenciones de salud en el nivel primario tengan la capacidad suficiente para resolver los problemas de salud de su población a cargo (1).

Para algunos, esta sobreutilización es producto del mismo sistema de salud, en tanto que "la práctica médica actual acentúa la pasividad y despersonalización del paciente, al convertirlo en un consumidor insatisfecho de 'actos terapéuticos' que no satisfacen, en la mayoría de los casos, las necesidades reales que lo mueven a buscar la atención, y que no pueden ser resueltos por el consumo 'ritual' de los medicamentos". En otras palabras, el fin principal de los usuarios

no reside en la búsqueda de soluciones farmacológicas, sino en la posibilidad de establecer contactos humanos con los profesionales y sus semejantes (18). Por ende, se podría decir que las necesidades planteadas por estos usuarios trascienden los fenómenos de salud física comúnmente considerados por los servicios, ubicándose en un plano psicológico y social, por lo que la policonsulta se inscribe como un fenómeno multifactorial.

A pesar de ser un fenómeno cotidiano en los servicios de salud, la reflexión y el análisis que se hace sobre los denominados policonsultantes es escasa, si bien se habla de policonsulta, no se toma en cuenta el hecho de que existen determinantes de la salud operando de base sobre una sintomatología inespecífica, por lo que sería pertinente realizar una caracterización sociocultural que permita conocer en mayor profundidad a los usuarios que consultan.

Pese a la escasa literatura especializada sobre policonsulta, existen lineamientos ministeriales que abordan como indicador de calidad el número de usuarios policonsultantes inscritos en el establecimiento de atención primaria SAPU o Servicio de Urgencia. Específicamente se plantea en el “Instrumento de evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria”. Dicho instrumento es una pauta de evaluación de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria descrito anteriormente. Esta evaluación, permitirá formular y ejecutar proyectos de mejora continua a centros que requieren avanzar en la profundización del Modelo y proyectos de innovación requeridos para la mejor atención de las personas (31).

Existen distintos elementos que sustentan y posibilitan el desarrollo y consolidación del Modelo de Atención Integral en Salud familiar y comunitario, los que en el instrumento de evaluación y certificación de desarrollo del mismo en APS, se desarrollan nueve ejes: promoción de la salud, prevención en salud, enfoque familiar, participación de la comunidad en salud, calidad, intersectorialidad y territorialidad, gestión del desarrollo de las personas y de la organización, tecnología y centrado en atención abierta (31).

El paciente policonsultante se menciona en el eje de calidad. En este se señala como principio irrenunciable la continuidad del cuidado, el cual posee tres características (31):

1. Continuidad clínica, entendida como el grado en que la persona recibe servicios coordinados, de manera longitudinal a través de la red asistencial, sin perder información para sus cuidados.
2. Característica funcional, lo que se refiere al grado en que las actividades tales como gestión financiera, gestión de recursos humanos, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas al servicio de los usuarios.
3. Calidad profesional, la que indica la disposición de los equipos profesionales y coordinaciones de estos en el proceso de los cuidados en pro de los objetivos de la red de servicios de salud.

El objetivo de este eje de calidad es asegurar el acceso y la oportunidad de atención a los usuarios de los establecimientos de APS. Su componente es el establecimiento que articula acciones para velar por la atención oportuna a sus usuarios inscritos, y es en el indicador donde se encuentra al usuario policonsultante, ya que este se establece como el número de usuarios inscritos en el establecimiento que son policonsultantes en SAPU o Servicio de Urgencia. La fórmula para su cálculo se realiza a través del número de consultas efectuadas por SAPU o Servicio de Urgencia rutificada, en el periodo de 1 mes, para cruzar esos datos con el rutificado de inscritos de cada establecimiento. El mecanismo para dicho cálculo se realiza por medio de las listas de consultas de SAPU o Servicio de Urgencia rutificada mensual y la lista de inscritos rutificada en el establecimiento de atención primaria, un informe semestral (que recoja la situación de los últimos seis meses) y el plan de trabajo en base al perfil de usuarios inscritos policonsultantes. El mínimo requerido para poder aprobar este punto se plantea mediante el establecimiento que identifica y analiza el perfil de sus usuarios inscritos y policonsultantes (más de 7 consultas anuales) en SAPU o Servicio de Urgencia hospitalaria. (31)

2.2.3. Impacto del usuario policonsultante en el sistema público de salud.

Como señala la literatura especializada, los pacientes policonsultantes no se sienten conformes con la calidad en la atención que reciben. Pese a los importantes avances en salud, la red de urgencia no ha podido resolver la permanente situación de sobredemanda de consultas, que disminuye el acceso y cobertura en salud, genera un gasto económico-operativo adicional y retrasa la atención del resto de la población. Esto genera un conflicto en la resolutiveidad de los establecimientos de salud, poniendo barreras al cumplimiento de objetivos, a saber: compensar a los pacientes, disminuir sus factores de riesgo, disminuir sus problemas de salud, aumentar sus factores protectores individuales, familiares y comunitarios, curar, aliviar y/o consolar y conseguir la satisfacción del usuario por el servicio otorgado (32).

Respecto a la relación que se establece entre los usuarios policonsultantes y el personal de salud, en este caso exclusivamente con el médico, un estudio señala que un gran porcentaje de los usuarios es portador de alguna enfermedad crónica, elevados índices de estrés de vida y síntomas depresivos. Además, se pudo concluir que las personas policonsultantes conciben la salud como un bien de consumo, que puede comprarse, lo que pone de manifiesto el importante impacto de este tipo de mentalidad en relación con lo que se espera por parte de la población de los servicios de salud en general. Las personas participantes en los grupos de aquel estudio se veían a sí mismas como una mezcla de pacientes crónicos y de clientes que precisan atención frecuente (33).

Existe a nivel nacional el sistema de reportes de Registros Estadísticos Mensuales (REM), los que corresponden a datos estadísticos enviados por cada establecimiento al Ministerio de Salud de manera periódica, constituyéndose como una herramienta importante en el monitoreo de programas y convenios de salud, así como el cumplimiento de metas por sector y es modificable según las necesidades de información que se vayan presentando (34).

Dentro de estos registros, se observan consultas que no entran en las categorías de atención de salud, pertenecientes a la sección REM-A04 de la Serie A de los REM, catalogadas como “otras morbilidades”. Sin embargo, no se explicita lo que se registra en esta categoría. Para conocer la prevalencia de estas, se realizó un filtro de forma preliminar de la siguiente forma (35):

Tabla N°1 (34): Sección REM-A04 “Otras Morbilidades”

| Sección REM-A04 “Otras Morbilidades” | | |
|---|---------------------------------------|---|
| | | Definición conceptual y operacional |
| Serie | Serie A | Para efectos de estadísticas de producción. |
| REM | REM-A04. Consultas y otras atenciones | Su enfoque es informar las actividades realizadas en salud, tanto de profesionales médicos como no médicos, a usuarios desde la resolución de problemas de salud presentes en la población beneficiaria, pertenecientes a pueblos originarios y/o en condición de migrantes atendida en los establecimientos de la red. |

| | | |
|----------------|----------------------------|--|
| Sección | Sección A: Consulta médica | <p>Atención otorgada por el médico, que incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla.</p> <p>Las patologías descritas incluyen:</p> <p>Infección respiratoria aguda (IRA), Síndrome bronquial obstructivo (SBO), Neumonía, otras respiratorias; Obstétricas, ginecológica, ginecológica por infertilidad, infección transmisión sexual (ITS), VIH - SIDA; Salud Mental, cardiovascular, otras morbilidades, niños, niñas, adolescentes y jóvenes del Programa SENAME.</p> |
|----------------|----------------------------|--|

En base a lo anterior, se desagrega la búsqueda en regiones, donde se eligió Valparaíso, en el periodo 2018 con mes de inicio enero y mes final diciembre, no se realizó definición operacional porque no se menciona en el resumen estadístico mensual.

Después de realizar el filtro, se indagó en la información de los CESFAM Aviador Acevedo, Concón y Quebrada Verde, donde se enfatizó en la atención médica a *otras morbilidades* (tabla N°2), que se definen como atenciones realizadas por otras causas no detalladas en los tipos de consultas anteriormente descritos y que pueden ser realizadas por médicos generales en el nivel de especialidad (34).

Tabla N°2 (35): Atenciones médicas CESFAM en estudio

| Atenciones Médicas CESFAM de Estudio | | |
|---|--------|---------------------------------|
| | Total | Atención a “otras morbilidades” |
| CESFAM Aviador Acevedo (Quilpué) | 17.360 | 15.033 |
| CESFAM Concón (Concón) | 20.754 | 20.256 |
| CESFAM Quebrada Verde (Valparaíso) | 10.754 | 8.247 |

En la tabla anterior, se aprecia la cantidad de atenciones tipificadas como “otras morbilidades” en contraste con el total de consultas médicas durante el 2018. Cabe mencionar que existe un porcentaje de atención a pacientes pediátricos, debido que el registro abarca desde los 0 años hasta los 80 años y más (35). A partir de esta información, se infiere que existe un número no menor de atenciones sin una etiqueta de consulta, por lo tanto, surge la duda de lo que se realiza en ese tipo de atenciones, donde podrían estar incluidas las atenciones a usuarios policonsultantes.

En enfermería, también existen registros estadísticos asociados que se pueden encontrar en la *sección B: Consultas de profesionales no médicos*, definida conceptualmente como la atención otorgada por un profesional, que puede ser enfermera/o, matrn/a, nutricionista,

psicólogo/a, fonoaudiólogo/a, terapeuta ocupacional, asistente social, tecnólogo médico, y a niños/as y jóvenes del programa SENAME. Se registra el número de consultas realizadas, desagregadas según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas, por tipo de consulta y funcionario que realiza la actividad. En esta sección sólo se incorpora el dato relacionado al total de beneficiarios atendidos, según profesional que realizó la consulta (34).

En esta sección se define la atención del profesional de enfermería como la atención proporcionada que comprende: evaluación, diagnóstico de enfermería, determinación de plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo con el plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad (34). Sin embargo, la información registrada no aparece desglosada como ocurre con las atenciones médicas, por lo tanto, no se sabe cuáles son realmente las atenciones de enfermería.

2.2.4. Estrategia de Intervención vía SAPU

Otro punto relevante, según la literatura encontrada, es que los usuarios policonsultantes no solo se encuentran en los CESFAM, sino que también en los servicios de urgencias tanto de la atención primaria (SAPU) como del nivel terciario (urgencias de hospitales o clínicas). Por ende, el abordaje va orientado a disminuir la cantidad de estos pacientes tanto en urgencias como en los CESFAM, para así descongestionar ambos servicios (36).

2.2.5. Programas, protocolos, flujograma de policonsultantes en la atención de salud

Luego de una extensa búsqueda bibliográfica de protocolos, programas y flujogramas a nivel país sobre abordaje de los usuarios policonsultantes en APS, la información encontrada fue bastante acotada.

A nivel nacional, no se encontraron programas o protocolos de abordaje estandarizados

para usuarios policonsultantes. Además, las nuevas orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario tampoco desarrollan estrategias de abordaje para estos usuarios (36). Cabe señalar que la Constitución Política de la República, en su art. 19, inc. 9, consagra el libre e igualitario acceso a la promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. A partir de esto, la ausencia de protocolos estandarizados de policonsulta refleja una invisibilización del policonsultante como otro usuario más del sistema de salud primario y una posterior dificultad en su atención. Esto se traduce en mantener los niveles de inequidad en atención de salud, insatisfacción de las personas y continuar con altos índices de policonsulta (37).

Sin embargo, a nivel local, existen protocolos de abordaje para aquellos usuarios. Ejemplo de esto es el caso de La Serena y Coquimbo, únicas comunas que presentan un plan dotado de estrategias necesarias para abordar de forma estructural la situación de los policonsultantes. Estos son los Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) Emilio Schaffhauser y Juan Pablo II de La Serena, ambos servicios ambulatorios de urgencias y el CESFAM Dr. Sergio Aguilar ubicado en Coquimbo.

En el caso del SAPU Emilio Schaffhauser, el protocolo define policonsultante como aquel “que acude varias oportunidades en demanda de atención por diversos síntomas”, lo cual se asocia a lo definido por el DSM-IV. El servicio entrega un perfil caracterizado como aquel paciente que no requiere ningún procedimiento clínico y que además no pertenezca a grupos de riesgo definidos por el CESFAM al que está adosado el SAPU Emilio Schaffhauser. El motivo de consulta está necesariamente relacionado con la posibilidad de acceder a servicios en horario no laboral, geográficamente cercano a su domicilio, y cuya única restricción de acceso es la no presentación de la Cédula de Identidad. Resulta relevante destacar que para recaer en pacientes policonsultantes debe haber acudido al SAPU a lo menos dos o más veces al mes. Además, este protocolo presenta recomendaciones y sugerencias para abordar al policonsultante. Entre ellas encontramos: la capacitación del personal de SAPU para realizar consejería breve, evaluar la

oferta de horas médicas disponibles en un horario que le convenga al usuario, y por último, promover instancias de otro tipo de espacio terapéutico (38).

Por otro lado, el CESFAM Juan Pablo II no presenta un protocolo como el anterior mencionado, pero tiene formulado un flujograma y definen policonsultante como aquel que presenta cuatro o más consultas al mes en el Servicio de Orientación Médica y Estadística (SOME). Seguido de esto, se debe averiguar si el usuario se encuentra inscrito en el CESFAM, de ser así se procederá al sector para la realización de las diferentes actividades estipuladas para el abordaje adecuado. Si el usuario no está inscrito en el CESFAM, será derivado al centro de salud de origen (39).

Siguiendo, el protocolo de abordaje del CESFAM Dr. Sergio Aguilar define al policonsultante como aquel “usuario que ha consultado por morbilidad médica más de siete veces en el semestre”. Cabe destacar que el protocolo reconoce la policonsulta como una deficiencia en el sistema de APS, afirmando: “Un policonsultante no es solamente un paciente que hace un mal uso de los recursos sanitarios, más bien es una persona que no ha podido satisfacer sus necesidades en salud, reflejando las falencias asistenciales que el equipo de salud no ha podido solventar.” También, el protocolo identifica la salud mental y las enfermedades crónicas como causas de la policonsulta. De este protocolo, se destaca el hecho de que no solo aborda al policonsultante, sino que incluye a las familias de estos dentro de las intervenciones que plantean. La propuesta central del CESFAM está dirigida a mejorar la calidad de vida de éstos a través de: 1) terapias de familia 2) talleres de autoayuda 3) Fortalecer o estructurar redes de apoyo (40).

En definitiva, el protocolo del CESFAM Dr. Sergio Aguilar primero identifica al policonsultante y lo deriva a consulta de morbilidad para una evaluación médica. Aquí se pesquisa si se trata de una enfermedad crónica o problema de salud mental. Si es lo primero, se deriva a tratamiento y/o control, si es lo segundo, se deriva a psicólogo y luego a asistente social para una

visita domiciliaria con evaluación individual y de familia. Finalmente se envía al usuario a una reevaluación con psicólogo y enfermera para talleres de autoayuda y consejería familiar (40).

Sumado a lo anterior, las comunas de Pitrufquén y Santa Cruz implementan en sus planes de salud comunal acciones para disminuir la policonsulta, mediante diversas intervenciones. En Pitrufquén, se tienen como objetivos disminuir las policonsultas en el ámbito hospitalario, articulando acciones para velar por una atención oportuna (41). Mientras que en el Plan de Salud de Santa Cruz, uno de sus objetivos estratégicos busca elaborar un plan de intervención para policonsultantes con el fin de optimizar la disponibilidad de horas médicas de morbilidad (42).

Dentro de la región de Valparaíso, sólo el CESFAM de San Felipe presenta un plan de gestión para una intervención integral en policonsulta (43), cifra que toma relevancia al considerar que la región cuenta con treinta y ocho comunas.

A continuación, se resumen en la Tabla N°3, de elaboración propia, los planes de abordaje al policonsultante por comuna:

Tabla N°3: Planes de abordaje al policonsultante

| Planes de Abordaje al Policonsultante | |
|--|--|
| Servicio de Salud y/o Plan de Salud Comunal | Alcance en policonsulta |
| SAPU La Serena: Dr. Emilio Schaffhauser | Presenta un apartado sobre usuarios policonsultantes, además de contar con un flujograma sobre cómo abordarlos (38). |

| | |
|---|---|
| CESFAM Coquimbo: Sergio Aguilar. | Protocolo con un abordaje sobre policonsultante (40). |
| Flujograma trabajo-seguimiento en policonsultantes SAPU CESFAM Juan Pablo II, La Serena | Flujograma con el abordaje de usuario policonsultante (39). |
| CESFAM San Felipe | Se presenta un plan de gestión para una intervención integral en usuarios policonsultantes (43). |
| Plan de Salud Comunal Santa Cruz | Se presenta como un objetivo estratégico para elaborar un plan de intervención para policonsultantes (42). |
| Plan de Salud Comunal Pitrufuquén | Presenta un plan de acción para la disminución de policonsultantes, se crea un plan transversal para todos los niveles de salud que buscan crear conciencia en estos usuarios y educarlos (41). |

2.2.6. Quehacer de enfermería

Enfermería es la ciencia y arte de cuidar seres humanos; donde cuidar es la expresión de la actividad profesional, fruto del conocimiento formal, técnico y científico derivado de una formación académica. Es una disciplina que actúa en varias dimensiones: en el cuidado, en lo asistencial y en la gestión (44).

En Chile, el Artículo 113 del Código Sanitario señala que la gestión del cuidado es entendida como la aplicación de un *juicio profesional* en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de

la atención y que se sustentan en políticas y lineamientos estratégicos de la institución. Es, por tanto, la gestión del cuidado el pilar fundamental de la profesión de enfermería (45).

Bajo esta premisa los profesionales enfermeros/as son los/as encargados/as de la gestión del cuidado y comprenden su desarrollo en lo relativo a la promoción, restauración de la salud y prevención de enfermedades o lesiones, siempre velando por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente. De la definición de gestión del cuidado se derivan las actividades relativas tanto al rol asistencial como al rol educativo, pues estos se aprecian luego de la aplicación de un juicio profesional en cualquier contexto de atención de salud (45).

En la atención Primaria de Salud la enfermera toma un rol protagónico dentro del equipo de salud, esto se entiende en parte por su formación integral y de gestión de procesos (46).

Con relación a la percepción del profesional de enfermería sobre la gestión en APS, se estima relevante la integración de aspectos éticos, los que, orientados al quehacer, promueven un cuidado con responsabilidad ética y calidez humana. Permitiendo individualizar el cuidado y aplicar de manera coherente los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Por otro lado, se menciona que las enfermeras/os se han alejado del cuidado humanizado por la relevancia entregada a las técnicas y procedimientos (46). Otro aspecto que se destaca es la ausencia de protocolos que guíen el actuar, lo que a juicio de los profesionales de enfermería es necesario contar con éstos para brindar una Gestión del Cuidado de calidad y libre de riesgos (47).

Con respecto al rol asistencial, este es aquel en el que el profesional de enfermería aplica diversas herramientas propias de la profesión relacionadas con su quehacer práctico con el fin de ayudar oportunamente al paciente. Para esto es relevante sistematizar la asistencia, que consiste en la “organización de los cuidados en un sistema”, que a su vez implica un conjunto de elementos, entre ellos, gestión y articulación de recursos dinámicamente interrelacionados. Estos

elementos pueden ser comprendidos en una secuencia de pasos, para el alcance de un determinado fin (48).

Existen maneras diversas de sistematizar la asistencia de enfermería, entre las cuales podemos mencionar los planes de cuidados, los protocolos, la estandarización de procedimientos y el proceso de enfermería. Estos métodos pueden ser utilizados para solucionar una determinada situación, en un determinado contexto con la finalidad de producir resultados positivos a la salud de las personas. Es decir, el proceso de enfermería permite realizar cuidados atingentes basados en un método científico, centrado en lograr ciertos resultados esperados (48). Dicho método científico se apoya del juicio clínico y en la enfermería basada en evidencia para la toma de decisiones sobre las acciones a seguir, por lo que resulta sumamente importante para identificar cuál será la mejor forma de otorgar los cuidados a los usuarios, priorizando aquellos que requieran atención oportuna.

Sobre la problemática de la policonsulta resulta importante mencionar la siguiente frase: “cuidados culturalmente congruentes son los que dejan al paciente convencido que recibió buenos cuidados, de calidad” (49).

Según la literatura especializada los pacientes policonsultantes, no son vistos, en su mayoría, por el área de la enfermería, sino más bien se abordan desde el quehacer y rol médico. Por otra parte, se logra apreciar que usuarios policonsultantes se muestran insatisfechos frente a los servicios que reciben y poseen una percepción negativa en torno al equipo de salud en general (50).

Particularmente con la percepción de las personas hacia el rol del profesional enfermero, las impresiones son desajustadas, esto se explicaría en parte, debido al desconocimiento en general sobre las funciones/acciones, tanto en ámbito de atención abierta como atención cerrada. Por lo tanto, desconocen los alcances del rol y su importancia en el cuidado (50).

Existen escasas publicaciones al respecto, sin embargo, en SAPU la/el enfermera/o tiene contacto con el policonsultante principalmente a través del selector de demanda, procedimientos y recepción de “quejas”.

Algunos centros tienen diseñado un protocolo como respuesta a un indicador de gestión de calidad. El/la enfermero/a, como parte del Equipo Gestor del CESFAM, participa en la triangulación de los policonsultantes de SAPU y su relación con los inscritos para revisar motivo de consulta y redirigir o activar protocolos de respuesta o través de la atención de los programas de salud, en donde los usuarios manifiestan quejas de accesibilidad frente a la capacidad de resolutiveidad a sus necesidades y percepción de satisfacción usuaria (50).

Por lo anterior, resulta importante identificar el perfil del policonsultante y también la necesidad de conocer las representaciones sociales que los enfermeros tienen acerca de este fenómeno. Ambas miradas podrían contribuir, como propuestas, para el diseño de planes de atención y ser un aporte a la disciplina de enfermería, cuya aspiración mayor está en mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas.

2.2.7. Teoría de enfermería: Jean Watson

La Enfermería como disciplina presenta diversas literaturas sobre filosofías, teorías y modelos. Estas teorías permiten fomentar conocimientos y herramientas para establecer cuidados de calidad por parte de las profesionales enfermeras/os. Actualmente existen diversas teorías de enfermería que se han desarrollado en las últimas décadas, las cuales han permitido vislumbrar un desarrollo teórico hacia los cuidados, como lo señala la literatura anglosajona en que destacan los pensamientos de Rogers, Leininger, Pender, Newman, entre otras (51).

Dentro de las diversas teoristas que han colaborado en la formación de enfermería como disciplina se encuentra Jean Watson, enfermera que reconoce el cuidar como parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente *“llegar a ser”*, este ser es un *“ser en relación a otro que lo invoca”*. Dicho cuidado profesional es estructurado,

formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud (51).

Según Watson, el cuidado debe ser transpersonal, es decir, una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana, lo que permitirá trascender en el cuidado humanizado que brinda el profesional en la práctica (52). Sostiene que se hace relevante el rescate del aspecto humano, espiritual, y transpersonal, dentro de las diversas funciones del profesional enfermero. Esto bajo el riesgo de deshumanización en el cuidado de las personas atendidas, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo y el país (53).

La teoría del cuidado transpersonal por Jean Watson se sustenta de diversos conceptos. El primero de ellos es la interacción enfermero-paciente, el cual se fundamenta bajo la premisa de que el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud-enfermedad, interacción persona-medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento y limitaciones en la relación terapéutica (53).

Además, menciona que el cuidado iniciará cuando la enfermera logre entrar en el “*campo fenomenológico*” del usuario, es decir, el marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana, y responde a la condición del ser del usuario (espíritu, alma) de la misma manera que este expone sus sentimientos subjetivos (53).

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación e interés hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud (53).

Lo mencionado permite guiar el actuar profesional. Sin embargo, hoy en día el hecho que existan horarios preestablecidos en cuanto tiempo de consulta hace que los profesionales de la salud se enfoquen en cumplir los controles en estos tiempos, evitando las quejas anexas que les acomplejan a los usuarios y que desean poder comentar y buscar solución (18). Este sería uno de los motivos de deshumanización en el cuidado.

Para enfermería el cuidado se considera como la piedra angular de su disciplina, convirtiéndolo en objeto de estudio y practicantes, y concibiendo el concepto como rol fundamental de la profesión. Diversas teoristas han fundamentado que este cuidado requiere de ciertos puntos imprescindibles como entregar un cuidado con amor, bajo un enfoque de confidencialidad, basado en la confianza y por sobre todo empatía. Es por ello que la enfermería necesitará de esa humanidad para poder enfocar sus acciones y que los “cuidados” constituyen la esencia de la profesión y un elemento central. No obstante, diversos autores como Guarín y Castrillón concluyen que (54):

“No es fácil humanizar la asistencia sanitaria, pues no basta con la voluntad de prestar un servicio de calidad, sino que es necesario un replanteamiento conceptual y de la organización de las condiciones que lo haga posible, porque la enfermera se enfrenta con un gran desafío, el de ejercer su actividad en un entorno marcado por numerosas exigencias y diversos obstáculos para un enfoque de gestión dirigido a ofrecer cuidados científicamente válidos, culturalmente competentes, con calidez y seguridad, a personas que viven diversas experiencias”.

Hoy en día a los profesionales enfermeros se les encarga un sinnúmero de labores, lo que dificulta la relación terapéutica personalizada, fomentando el trabajo en masa y no resguardando el sentido humano de la atención. Al fin y al cabo, la atención se enfoca en la cantidad, dejando en segundo plano la calidad (54).

Por eso es muy común que hoy en día los profesionales de la salud en vez de llamar por su nombre los identifiquen por el número de la cama o por la enfermedad que se les ha diagnosticado. Aquella situación atenta contra la naturaleza integral de los seres humanos, deshumanizando a partir de la concepción biológica que la determina a partir de una parte de su cuerpo que no se encuentra bien (54).

Desde la atención primaria, el cumplimiento de metas se ha priorizado por sobre una atención de calidad hacia el usuario, con el fin de cumplirlas y obtener los bonos de retribución, contribuyendo a la deshumanización del cuidado (54).

Por otro lado, la tecnología juega un papel fundamental en la deshumanización del cuidado por parte de las/os profesionales enfermeras/os, ya que se les hace mucho más práctico colocar los monitores cardiacos, esfigmomanómetros digitales y una diversidad de elementos, que, si bien han aligerado la atención, han disminuido el contacto piel a piel con el usuario, olvidando la importancia de establecer una interacción la cual favorezca a una relación terapéutica positiva (54).

El conjunto de estos componentes genera la despersonalización de la persona y la falta de sensibilidad de los profesionales (54). La relación con el usuario la convierten en objeto, descontextualizando y sacándola de la subjetividad y sentido, perdiendo el eje central de lo que aborda Jean Watson en su teoría, es decir, la esencia humanística en la atención de las personas.

2.2.8. Representaciones sociales

La relación terapéutica enfermero/a-usuario en el contexto del cuidado transpersonal de Watson se construye desde la comprensión que cada una de las partes tenga de los cuidados, es decir, de las representaciones que tengan en torno a la realidad del cuidado. Serge Moscovici, retoma el concepto de representaciones sociales para definirlo como “un corpus organizado de

conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación” (8). Asimismo, Jodelet también ha descrito las representaciones sociales como el estudio y comprensión del sentido común colectivo, en un contexto histórico-cultural-social, desde los significados y categorías que nos permiten clasificar los fenómenos que nos rodean (9).

El sentido común del que habla Jodelet es, desde su comprensión, un conocimiento que se construye a partir de nuestras experiencias (tanto individuales como colectivas), informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que se enseñan a lo largo de la vida, a través de la tradición, educación y comunicación. En definitiva, explica que este conocimiento es socialmente elaborado y compartido (9).

De lo anterior, se puede entender las representaciones sociales como un proceso cognitivo individual y social, que se elabora desde los significados y códigos que se enseñan e impregnan a lo largo de la vida y que permiten comprender e interpretar la realidad. Enfocando esto al objeto de este estudio, que son las representaciones sociales de la policonsulta, comprender las representaciones sociales permite aproximarse a la comprensión y visión del colectivo enfermero sobre este fenómeno social que es la policonsulta.

La policonsulta es un fenómeno social y como tal, es construido, entendido y perpetuado por un grupo humano desde sus experiencias personales, educacionales y laborales dentro de su contexto nacional y normativo, y, sobre todo, permite una aproximación a esta relación terapéutica enfermero/a-usuario que es el momento en donde la policonsulta se hace más tangible y visible.

Es importante enfocar las representaciones sociales a la policonsulta, ya que es un concepto que aborda distintos enfoques. Según la literatura antes mencionada, la policonsulta

refleja un malestar psicológico y social, manifestado a través de un malestar físico inespecífico en el cuerpo. Según el antropólogo y sociólogo francés Le Breton en “Antropología del cuerpo y modernidad” da su visión de las representaciones sociales sobre el cuerpo (55):

“Las representaciones sociales le asignan al cuerpo una posición determinada dentro del simbolismo general de la sociedad. Sirven para nombrar las diferentes partes que lo componen y las funciones que cumplen, hacen explícitas sus relaciones, penetran el interior invisible del cuerpo para depositar allí imágenes precisas, le otorgan una ubicación en el cosmos, en la ecología de la comunidad humana. Este saber aplicado al cuerpo es, en primer término, cultural.”

Aquí, Le Breton da las luces para comprender el cuerpo desde las representaciones sociales. La sociedad le otorga al cuerpo significados que lo atraviesan, para luego posicionarlo en un contexto social determinado y otorgarle una función. El cuerpo es, en tanto el individuo le da un significado, composición y función dentro de su contexto cultural y social. El usuario que policonsulta posee una imagen de su cuerpo, en el que “lleva” o “porta” un malestar inespecífico y lo expresa asistiendo reiteradas veces al centro de salud, sea SAPU o CESFAM, sin una resolutivez efectiva.

Continuando, según Jean-Claude Abric, las representaciones sociales son una guía para la acción, ya que orienta las acciones y las relaciones sociales (56). Es decir, éstas orientan las acciones de los usuarios a la hora de consultar y las que los profesionales van a emprender a la hora de atender. Las atenciones que le dé la/el profesional enfermera/o y la resolutivez van a estar estrechamente determinadas por las imágenes que tenga este sobre el usuario que porte el estigma de “policonsultante” y éste al mismo tiempo, va a manifestar el malestar desde su propia imagen de cuerpo.

Para finalizar, la relación terapéutica que se produzca de un usuario policonsultante y el cuidado que se le otorgue va a estar inevitablemente determinado por las representaciones del cuerpo y cuidado que ambos posean, por lo que es sumamente relevante estudiarlo en profundidad.

CAPÍTULO 3:

MATERIALES Y MÉTODOS

3. MATERIALES Y MÉTODOS:

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación posee una estrategia metodológica de carácter cualitativo, ya que busca que sean los propios sujetos, en este caso profesionales enfermeras/os, que a través de sus discursos y prácticas particulares, permitan abarcar de forma atingente el fenómeno de la policonsulta desde el quehacer de enfermería.

En el marco de la evolución de la investigación cualitativa, Bogdan y Biklen, propusieron un conjunto de fases fundamentales en su desarrollo. Inicialmente se aprecian los primeros trabajos cualitativos, donde adquieren su madurez diversas técnicas del área, como la observación participante, la entrevista en profundidad o los documentos personales. Posteriormente, se manifiesta una etapa de oscilación en cuanto a la predilección en la investigación cualitativa para, finalmente, masificarse a otras disciplinas, incluidas las ciencias de la salud (57).

Como señalan Taylor y Bogdan “la metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos, a partir de las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable [...] es un modo de encarar el mundo empírico”. La elección de una perspectiva cualitativa busca abordar a los individuos dentro de su propio marco de referencia, para así lograr comprender cómo ellos interpretan el mundo que los rodea. De hecho, una de las características esenciales de este tipo de investigación, es que se dirige hacia la comprensión de un escenario social concreto y no necesariamente busca hacer predicciones sobre el mismo. En esta dirección, el carácter cualitativo del estudio permitirá una recursividad en el proceso investigativo, ya que este enfoque tiene la capacidad de ir adaptándose a cada momento y circunstancia según los cambios que se puedan producir en el contexto y en la realidad que se está estudiando. Los/as entrevistados/as que participen de esta investigación

darán cuenta del contexto sanitario que los envuelve y del que son parte, permitiendo de esta manera, entender cómo se configuran las representaciones sociales que ellos manejan respecto a la policonsulta y de qué forma ellos se enfrentan a este fenómeno en sus establecimientos de atención primaria (58, 59).

Este tipo de estudio implica un proceso de indagación que se caracteriza por el “examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés”. De esta manera, esta técnica permitirá una aproximación en detalle de la policonsulta, insertándose en su contexto espacial y cultural, sirviéndose de “la observación directa, la experiencia e información aportada por los informantes y la interacción social del investigador con éstos” (58).

Asimismo, la trayectoria investigativa es de tipo exploratoria. El objetivo de una investigación exploratoria es estudiar un tema o problema desconocido o poco estudiado. Es pertinente el uso de esta trayectoria, dado que el fenómeno en estudio, que corresponde a las representaciones sociales de la policonsulta, tema que posee un estado del arte escaso en Chile (60).

Por otra parte, consiste en una investigación no experimental, ya que no se manipulan las variables del estudio de forma deliberada, sino que se observa el fenómeno tal como se dio en su contexto natural para analizarlo con posterioridad. Así, los investigadores se relacionan con los informantes de una forma natural y no invasiva, con el fin de no generar mayores contaminaciones en el contexto situacional de los sujetos de estudio. Finalmente, este estudio es en transversal debido a que se caracteriza por recolectar toda la información en un determinado momento (58, 59).

3.2. PARTICIPANTES

Para la presente investigación, la unidad de análisis se configuró por profesionales de enfermería que se desempeñan en la atención primaria de salud del área metropolitana de Valparaíso, específicamente, en el CESFAM Aviador Acevedo de la comuna de Quilpué, CESFAM Concón de la comuna de Concón y CESFAM Quebrada Verde de la comuna de Valparaíso; con a lo menos un año de experiencia en el servicio. Cada unidad o conjunto de unidades fue cuidadosa e intencionalmente seleccionada por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el tema de interés para la investigación. Es así que lo cualitativo no busca establecer tendencias respecto a un fenómeno, sino que más bien encontrar las características más representativas de este, para comprender los procesos sociales en toda su complejidad (61).

3.3. DESCRIPCIÓN DEL LOCUS

La elección de los CESFAM antes mencionados responde a la siguiente información: dentro del área metropolitana de Valparaíso se seleccionaron las comunas urbanas más homogéneas de sectores altos, medios y bajos (una por cada estrato), con base en los datos de la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2015, la cual se grafica en la tabla número 4. Luego, en cada una se seleccionaron los CESFAM con mayor población inscrita (62).

Tabla N°4: Estratos socioeconómicos en Valparaíso Metropolitano: Las comunas se agruparon en relación a los deciles de hogares según ingresos. Los porcentajes son los casos que hay en cada comuna según decil, el cual se construye en base al ingreso autónomo per cápita del hogar, según CASEN 2015.

| Deciles | I-IV | V-VII | VIII-X |
|---------------|------|-------|--------|
| Valparaíso | 48% | 28% | 24% |
| Viña del Mar | 35% | 29% | 36% |
| Concón | 30% | 27% | 44% |
| Quilpué | 37% | 33% | 29% |
| Villa Alemana | 40% | 32% | 28% |

El CESFAM de Concón cuenta con una población beneficiaria total de 29.843 personas, la cual se encuentra dividida en dos sectores: Sector 1 y Sector 2. Además posee anexado un Servicio de Alta Resolutividad (SAR) (63).

Mediante observación del campo del CESFAM Aviator Acevedo se identificó la población inscrita de 20.000 personas, dividida en dos sectores: Sector Verde y Sector Naranja.

El CESFAM de Quebrada Verde presenta una población total de 35.840 personas, siendo dividida en cuatro sectores: Sector 4, Sector 25, Sector 29 y Sector 35. Además cuenta con el

servicio de SAPU, administrado por la misma dirección (64).

No obstante, producto de la contingencia nacional ocurrida en el segundo semestre y a procesos internos del sector público por demandas políticas económicas se desarrolló una paralización de casi dos meses a finales del año 2019. Dichas situaciones casi en paralelo, representaron dificultades para la continuación en la realización de las entrevistas en los CESFAM seleccionados. Debido a este hecho, se efectuaron las entrevistas con enfermeras/os pertenecientes a los CESFAM antes comentados antes de las paralizaciones, pero además, posterior al inicio de dichas paralizaciones se consideró beneficioso realizar un trabajo etnográfico basado en una observación participante a profesionales enfermeras/os pertenecientes a otros CESFAM del área ya descrita, sean estos CESFAM Jean y Marie Thierry, CESFAM Placeres, y CESFAM Rodelillo pertenecientes a la comuna de Valparaíso, y Consultorio Belloto Sur y CESFAM Quilpué pertenecientes a la comuna de Quilpué, para obtener información relevante y enriquecer aún más la información ya obtenida, cuya incorporación estuvo sujeta a conveniencia de los investigadores.

3.4. CRITERIO DE ELEGIBILIDAD

3.4.1. Criterios de Inclusión: Los criterios fueron establecidos con anticipación por los investigadores. La elección de los informantes responde a los siguientes criterios de inclusión: 1) Trabajar como enfermera/o en el área Metropolitana de Valparaíso; 2) Llevar más de un año de experiencia en el servicio. Éste último criterio remite a la definición de paciente policonsultante y que los define como aquellos sujetos mayores de 18 años que hubiesen presentado 7 o más consultas espontáneas en un año, lo que condiciona a seleccionar solo a profesionales que se hayan desempeñado durante este periodo de tiempo en sus unidades (CESFAM) (3).

3.4.2. Criterios de Exclusión: Las características para descartar a un posible participante fueron: 1) Ser interna/o de enfermería; 2) Ser estudiante de enfermería; 3) Ser enfermera/o con

menos de 1 año en el servicio; o 4) Ser profesional de la salud no enfermera/o.

3.5. SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

La selección de los participantes se realizó por conveniencia. Esto permitió seleccionar a aquellos individuos accesibles que aceptasen ser incluidos. Además, se consideró que cumplieran los criterios de inclusión (61).

Por otra parte, en la investigación cualitativa es difícil determinar a cuántas personas se deben entrevistar (58). El investigador tiene una idea general de las personas a entrevistar y el modo en cómo encontrarlas, pero se debe ser flexibles en el tipo y número de personas durante el proceso de entrevistas. Rodríguez señala que la selección del total de los informantes no responde a un plan fijado de antemano; por el contrario, es consecuencia del proceso que se abre con el estudio de campo. Por ello es imposible determinar taxativamente a cuántas personas se entrevistará, pero sí se tomó en cuenta la saturación de la información, es decir, en el momento en que la información recolectada comenzó a reiterarse, no se entrevistó a más enfermeras/os (65).

3.6. TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

a) *Entrevista semiestructurada*: Una de las técnicas que se utilizó para la producción de información es la “Entrevista semiestructurada”, elaborada por las propias investigadoras (Anexo N°1). Las ventajas de este tipo de entrevista radican en la obtención de una riqueza informativa relevante, que es asimismo intensa, holística, contextualizada y personalizada. Le permite al investigador ir clarificando las preguntas y respuestas dado el marco de interacción directo, personalizado, flexible y espontáneo que posee. Junto con ello, la entrevista puede generar una atmósfera de confianza gracias al nivel de vinculación que permite esta técnica entre informante y entrevistador. Ésta se estructura desde una pauta de dimensiones bien definidas desplegadas

en preguntas con un foco específico de interés y que pretenden responder a cuestiones concretas. Su virtud es que si bien tiene una pauta de preguntas que guían la conversación, deja espacios para un diálogo fluido y flexible, que permite develar elementos que no se tenían considerados en un primer momento. De esta manera, se recoge la idea de Flick, donde señala que, a partir de entrevistas relativamente abiertas, las personas puedan expresar sus puntos de vistas de forma más contundente y profunda que en entrevistas estandarizadas o cuestionarios (66, 67).

La matriz de preguntas para la entrevista (Anexo N°2) se realizó según categorías apriorísticas, estas son un recurso de carácter conceptual desde donde se desprenden los puntos a investigar y se denominan de tal forma por su elaboración previa al proceso de producción de información. Tienen como ventaja reducir el riesgo de dispersión de la información y no excluyen la posibilidad de que surjan categorías emergentes a lo largo del proceso, siendo igual de válidas (68).

b) *Análisis documental*: Se tuvo en consideración ubicar, seleccionar y ordenar los programas, reglamentos y protocolos que plantean instrucciones o recomendaciones respecto al modo de gestión o administración de usuarios policonsultantes con trastornos fisiológicos específicos. Navarro explica que “el ‘contenido’ de un texto no es algo que estaría localizado dentro del texto en cuanto tal, sino fuera de él, en un plano distinto en relación con el cual ese texto define y revela su sentido”. Acercándonos así a un análisis del discurso que tiene por objetivo describir y comprender una visión global de la situación de la que emergen los textos (69,70).

c) *Observación participante*: Cada investigadora del equipo elaboró un cuaderno de campo de todas las visitas a terreno, desde los contactos con los actores claves, las/os profesionales enfermeras/os y la estructura de cada unidad. En este sentido, el observador no llega a confundirse con un participante, revelando a grandes rasgos su intención, integrándose sin embargo a las dinámicas del contexto (66).

3.7. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.7.1. Acceso al Campo

En el mes de octubre del año 2019 se obtiene la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso para la realización de este estudio. Previo a esto, existía ya un primer acercamiento con algunos CESFAM del área Metropolitana de Valparaíso, estos eran Aviador Acevedo, Concón y Quebrada Verde, debido a la adhesión de la presente investigación al Proyecto FONDECYT N° 11170934. (Anexo N°3)

Para gestionar las fechas de las entrevistas, se contactó a los directores de los CESFAM seleccionados y/o a los potenciales participantes. No en todos los casos se logró acordar estos encuentros con los directores de cada CESFAM, dado que, por la contingencia nacional la mayoría de los centros de atención primaria se encontraban paralizados. En consecuencia, se mantuvo un contacto vía correo electrónico con los directores y con los participantes tanto por correo electrónico como por mensajería de Whatsapp.

3.7.2. Inmersión y Recolección de la información

Una vez fijado el encuentro con las/os participantes que cumplieran con los criterios de inclusión, algunas de las entrevistas se desarrollaron en sus lugares de trabajo, mientras que otras lo fueron en algún lugar acordado entre la entrevistada y la entrevistadora. A cada informante se le explicó brevemente el objetivo de la entrevista y se les entregó el consentimiento informado para ser leído y posteriormente firmado. Las entrevistas fueron grabadas en audio y sin manipulación, para poder ser transcritas literalmente, estas tuvieron una duración aproximadamente entre 25 y 40 minutos.

3.7.3. Retirada del campo

Una vez finalizada la entrevista se daba por terminada la participación de la persona, agradeciéndole por la información entregada y disponibilidad. Cabe señalar que ninguno de las/los participantes decidió retirarse durante la realización de las entrevistas.

3.8. PRUEBA DEL INSTRUMENTO

La prueba piloto fue realizada a dos enfermeras que cumplieron los criterios de inclusión. El desarrollo de esta entrevista tenía como principal finalidad dar cuenta de las falencias presentes en la estructura de la entrevista y de su comprensión, para modificarlas posteriormente, y de este modo, poder cambiar aquellas preguntas que no otorgaran el contenido que buscaban las investigadoras.

Desde lo encontrado en estas entrevistas, se modificó el orden de las preguntas que se encontraban por cada categoría, y también, el enfoque de la pregunta, quedando así cuatro categorías apriorísticas: Imagen usuarios; Percepción de la policonsulta; Prácticas y culturas organizacional y; Quehacer de enfermería, con sus respectivas preguntas.

3.9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.9.1. Análisis Cualitativo de Contenido

Como mecanismo de análisis de la información se utilizó el “Análisis Cualitativo de Contenido”, es decir, “una técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, pintados, filmados (...), u otra forma diferente donde puedan existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos y/o vídeos. El denominador común de todos estos materiales es su capacidad para albergar un

contenido, que, leído e interpretado adecuadamente, abre las puertas al conocimiento de diversos aspectos y fenómenos de la vida social”. Dicha técnica posee la característica de combinar la observación, la producción de datos, la interpretación y el análisis de contenido. La lectura de los textos debe realizarse bajo los patrones del método científico, es decir, debe ser sistemática, objetiva, replicable y válida. Según Pardinas, “El análisis de contenido puede definirse como la clasificación de las diferentes partes de un escrito conforme a categorías determinadas por el investigador para extraer de ellos la información predominante o las tendencias manifiestas del documento”. Además, deben ser mutuamente exclusivas, es decir, una respuesta sólo puede ser asignada a una de las categorías generadas por el investigador. Este análisis, a partir de las categorías generadas, permitiría “encontrar” el contenido que se supone oculto dentro del texto. Analizándolo “por dentro” se puede develar el sentido de este, logrando interpretar y establecer diagnóstico o un nuevo conocimiento. Para lograr este objetivo, se debe orientar la construcción de las categorías con el fin de que sean explicativas para la pregunta de investigación (71-73).

Este tipo de análisis se efectuó a través de pasos bien definidos. En primer lugar, se realizó la construcción de un marco de codificación deductivo, es decir, se basaron las categorías en conocimientos previos (teoría, investigación previa, guía de entrevista, entre otras), para luego ordenar las unidades de significado de los relatos obtenidos, una vez transcritos, en las categorías apriorísticas establecidas (74).

3.9.2. Software NVivo

En conjunto al análisis de contenido cualitativo, se utilizó un software con información recopilada por las entrevistas a las/os enfermeras/os. Este corresponde al programa NVivo, el cual tiene como función organizar, analizar y encontrar perspectivas en datos no estructurados o cualitativos. De esta manera, permite al investigador establecer y gestionar el material con el fin de descubrir nuevas perspectivas en el contenido (75). Así es cómo a partir de este análisis surgen

elementos nuevos en torno a la policonsulta que conforman las categorías emergentes las cuales se mencionan posteriormente en los resultados.

En este sentido, gracias al software de análisis se decidió automatizar ciertas relaciones. Concretamente las categorías apriorísticas de esta investigación: imagen de los usuarios; percepción de la policonsulta; prácticas y cultura organizacional; quehacer de enfermería y un espacio a las categorías emergentes del análisis de datos. Esto, con el objetivo de ordenar lo obtenido y revisar su articulación en los discursos.

3.9.3. Triangulación de Datos

El análisis constó de una triangulación de tres técnicas de producción de información utilizadas, es decir, se compararon y verificaron los resultados arrojados por las entrevistas realizadas, el análisis de documentos y la observación participante del contexto a estudiar. El uso de la triangulación se basa en la necesidad de determinar, de manera objetiva, si un estudio cualitativo está bien estructurado. Por lo tanto, la finalidad de triangular radica en complementar las fortalezas de cada una de las técnicas usadas, enriquecer sus hallazgos y evitar sesgos y fallas metodológicas, garantizando de esta forma la validez y calidad del estudio.

La transcripción de cada entrevista se realizó durante el periodo de trabajo en terreno, posterior a su ejecución por los entrevistadores, en un periodo de dos semanas aproximadamente. Luego, se reunió el equipo para comentar el contenido de cada entrevista, se segmentó la información recopilada mediante un resumen en relación con cada categoría y se inició el análisis comparando los testimonios obtenidos de las entrevistadas/os con la información recopilada en la búsqueda bibliográfica desplegada en el marco teórico. El estudio implicó la triangulación de la información producida por cada instrumento, dentro de un marco metodológico exclusivamente cualitativo, con un único enfoque teórico definido y sin contrastar análisis entre investigadores (76). Así también se consideró la identificación de información

emergente a partir de la observación participante durante el trabajo de campo.

3.10. ASPECTOS ÉTICOS

En primer lugar, cabe señalar que la presente investigación forma parte del FONDECYT INICIACIÓN N° 11170934, titulado “El problema de la Hiperfrecuentación en la atención de la Salud Primaria en Chile. Hacia una comprensión del malestar inexplicable”, en calidad de “Tesis de pregrado”. El Investigador Responsable de dicho proyecto es el profesor de la Escuela de Enfermería Nicolás Fuster Sánchez. Este proyecto cuenta con ACTA DE APROBACIÓN CEC179-18 (Anexo N°4) del Comité Ético-Científico de la Universidad de Valparaíso (CEC-UV).

Además, el estudio cuenta con un acta de aprobación otorgada por el comité de bioética, de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso (Anexo N°4).

3.10.1. Principios Éticos en investigación cualitativa

En investigaciones cualitativas en donde se involucre sujetos humanos, es necesario considerar los criterios éticos que son establecidos por Ezekiel Emanuel. Estos proporcionan un marco sistemático y racional, para confirmar si la investigación es ética. Los cuales se mencionan a continuación:

1. Valor Social y Científico: Este principio describe a la investigación como “valiosa”, la cual espera que en la investigación clínica se promuevan mejoras en salud, bienestar e incrementar el conocimiento de la población. Además asegura que los participantes no sean expuestos a riesgos asociados a algún beneficio personal o social. También debe formar parte de los criterios, ya que, permite el uso responsable de los recursos limitados, sean esto dinero, espacio y tiempo, y evitar la explotación (77).

La investigación presenta este principio, ya que, en ningún momento se realizaron acciones riesgosas para las/os entrevistadas/os asociadas a un beneficio para la investigación. Por otro lado, tampoco hubo uso irresponsable de los recursos ni explotación.

2. *Validez científica*: Para que una investigación sea válida científicamente, el estudio debe tener un objetivo científico claro, estar diseñada usando principios, tener poder suficiente para probar los objetivos, un análisis de información verosímil y debe poder llevarse a cabo, con el fin de generar conocimiento científico válido (77). En este sentido, la manera más conocida para poder evaluar la validez científica en la investigación cualitativa en salud es la propuesta por Lincoln y Guba a través de criterios de validez, con base en las características propias del enfoque cualitativo en torno a lo que es la realidad, las maneras de conocer y los objetivos de la investigación social (78). Dichos criterios corresponden a:

A.- *Credibilidad*: También es llamado valor de la verdad. Su importancia radica en que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas tal y como son percibidas por los sujetos. Este criterio se logra cuando los hallazgos son reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido como informantes clave, y por otros profesionales sensibles a la temática estudiada. En definitiva, es importante que exista una relación entre los datos obtenidos por el investigador y la realidad que cuentan los relatos de los participantes (79).

En la investigación, se veló por respetar este criterio con la verificación exhaustiva de la información recopilada con el fin de dar cuenta de su veracidad. Fueron las mismas investigadoras quienes realizaron las entrevistas, analizaron los relatos y contaron con un cuaderno de campo para que todas las experiencias vivenciadas en el proceso queden plasmadas tal y como fueron, para que luego cualquier persona vinculada o no a la investigación pueda acceder a los resultados sin subjetividades.

B.- *Transferibilidad*: Consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos. Se debe tener en cuenta que los fenómenos estudiados están íntimamente vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación. La manera de lograr este criterio es a través de una descripción exhaustiva de las características del contexto en que se realiza la investigación y de los sujetos participantes. Dicha descripción sirve para realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios. En conclusión, se puede decir que los resultados derivados de la investigación cualitativa no son generalizables, sino transferibles de acuerdo con el contexto en que se apliquen (79).

En la investigación, una técnica que permitió transferir este contexto situacional fue el cuaderno de campo. Aquí, se describe la situación de la entrevista, desde la llegada a cada CESFAM, con sus ambientes distintivos, se detallaron características tanto estructurales (delimitación de ambientes o sectores, capacidad, accesos diferenciales, paneles informativos) como dinámicas (relación entre profesionales y usuarios y entre los mismos profesionales). También, se registraron eventos que se presentaron y que el entrevistador consideró pertinentes para la caracterización contextual del emplazamiento, junto con sus percepciones e impresiones respecto a lo anterior.

C.- *Dependencia*: Este criterio hace referencia a la estabilidad de los datos, la que no está asegurada en la investigación cualitativa por su complejidad. Tampoco es posible la replicabilidad exacta de un estudio realizado bajo este paradigma debido a la amplia diversidad de situaciones o realidades analizadas por el investigador. Para lograr la consistencia de los datos se emplean procedimientos específicos tales como: la triangulación de investigadores, de métodos y de resultados; el empleo de un evaluador externo, y la descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos; además, la estrategia de comparación constante que permite revisar y comparar los resultados emergentes con teorías previamente formuladas (79).

Como se mencionó anteriormente debido a la extensa y diversa información que se recopiló en el estudio, no se pudo realizar la replicabilidad en la presente investigación. Sin

embargo, se utilizó la triangulación de los datos para lograr la credibilidad y consistencia de la información reunida. Las investigadoras procuraron una relativa estabilidad en la información que se recogió y analizó, considerando la naturaleza de la investigación cualitativa, la cual siempre tiene cierto grado de inestabilidad.

D.- *Confirmabilidad*: Enmarcado en este criterio, los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes. El investigador cualitativo tiene el compromiso ético de informar a los responsables de los sitios donde realiza su trabajo de campo y dentro del protocolo presentado al comité de investigación, qué actuaciones profesionales mantendrá durante la investigación. Así, deja claro el papel que desempeñará durante las observaciones y en las interacciones con los participantes del estudio (79). Para este efecto, se requirió conseguir la autorización de cada entrevistada/o para poder realizar las actividades de recolección de información. Además, previo a cada entrevista, se resguardo la autonomía, confidencialidad y el derecho a la información de cada participante mediante la aplicación de un consentimiento informado el que describe en qué medida colaborarán con la presente investigación.

En consecuencia, las investigadoras se comprometieron a resguardar el cumplimiento de los cuatro criterios anteriormente descritos.

3. *Selección equitativa del sujeto*: La identificación y selección de los participantes debe ser equitativa y cumplir con los siguientes requisitos (79):

- El primero busca asegurar que se seleccionen a grupos específicos relacionados con la interrogante de la investigación, es decir, que cumplan con los criterios de selección. En este caso se buscó a participantes e informantes que fuesen enfermeras/os y cumplieren los criterios de inclusión del presente estudio (79).
- El segundo hace referencia a que a todos los grupos se les ofrezca la oportunidad de participar en la investigación, excepto si existen buenas razones científicas o de riesgo

que restringiesen la elegibilidad. En nuestra investigación se extendió la invitación de participar del estudio a través de la dirección de los CESFAM y a través de mensajería a los potenciales participantes (79).

- El tercer requisito busca que los sujetos participantes estén en condiciones de beneficiarse si la investigación proporciona un resultado positivo. En este caso los participantes no se benefician de manera personal, sin embargo, la información recabada servirá para conocer a estos usuarios desde una mirada del profesional enfermero/a (79).
- Y finalmente, el último requisito corresponde a que exista una interacción dinámica entre la selección de sujetos y la garantía de una razón de riesgo - beneficio apropiada; la selección de sujetos debe ser diseñada para disminuir al mínimo los riesgos a la vez que se maximizan los beneficios sociales y científicos de los resultados de la investigación. La elegibilidad de algunos sujetos puede basarse en los objetivos científicos del estudio, pero, puede que la participación los ponga en situación considerable de riesgo de ser afectados o de empeorar su afección. La presente investigación no presentaba riesgos, ya que no se puso en riesgo la vida de las/os participantes (79).

4. Proporción favorable de riesgo beneficio: Toda investigación llevada a cabo en sujetos humanos puede implicar riesgos y beneficios, según lo planteado por Ezequiel Emanuel, la investigación clínica puede justificarse sólo cuando los riesgos potenciales a los sujetos individuales se minimizan, los beneficios potenciales a los sujetos individuales o a la sociedad se maximizan, y los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos asumidos (77).

En el caso de la presente investigación los participantes no asumen ningún riesgo al ser parte de la investigación. En cuanto a los beneficios, estos se presentan tanto para los propios individuos como para la sociedad, en relación a los individuos, contribuye al conocimiento y comprensión de un fenómeno entregando herramientas disciplinares a los sujetos implicados en la investigación. Es por esto, que se puede concluir que los beneficios de la investigación solapan los riesgos implicados.

5. *Evaluación Independiente:* Los requisitos formales relativos al consentimiento informado y a las autorizaciones correspondientes de los comités de ética son fundamentales. Este comité debe ser una entidad independiente, tener conocimiento y manejo de las investigaciones cualitativas, los miembros que conforman el comité no deben encontrarse afiliados al estudio y por último, el comité debe estar fuera de cualquier presión externa e interés económico (77).

En relación a la investigación, esta se encuentra aprobada por el comité de bioética de la Universidad de Valparaíso.

6. *Consentimiento Informado:* Las consideraciones éticas se garantizaron a través de un Consentimiento Informado (Anexo N°5), el cual tiene como finalidad “[...] que los individuos acepten participar de la investigación cuando ésta concuerda tanto con sus valores y principios como con el interés que les despierta aportar con su experiencia frente al fenómeno estudiado, sin que esta participación les signifique algún perjuicio moral”. De esta manera, en el consentimiento se explicaron los aspectos de la investigación, donde los participantes tengan la libertad de firmar o no. Si ellos/as no llegasen a firmar, la información que nos entreguen no podrá ser utilizada en la investigación. El uso del Consentimiento Informado consiste en tratar a los sujetos como un fin en sí mismo, no como un medio para conseguir algo. De esta manera los participantes deben estar de acuerdo con ser informantes, además de conocer sus derechos y responsabilidades dentro del marco de la investigación, los que se mencionan en el documento (79).

7. *Respeto a los sujetos inscritos:* Dada la interacción directa e intensa con los participantes que conforman la investigación, se debe velar por mantener el respeto a lo largo de todo el proceso, lo que implica permitir el cambio de opinión y/o el retiro de la investigación en cualquier momento de esta, el resguardo de la privacidad de las opiniones entregadas, informar cualquier dato nuevo sobre riesgos y beneficios, controlar los efectos y manifestaciones adversas

y por último que los resultados estén al alcance de todos los participantes. Cabe mencionar que en la presente investigación se cumplieron todos criterios anteriormente mencionados, manteniéndose una relación respetuosa a lo largo de todo el proceso investigativo (77).

3.10.2. Privacidad y Confidencialidad

Resulta importante destacar que para el trabajo con personas se requiere velar por ciertos aspectos que protejan la integridad de los participantes. Noreña, et. al señalan que la investigación cualitativa busca acercarse a las personas de manera holística, con la mínima intrusión por parte del investigador, dándole libertad a quienes participan, considerándolos como sujetos y no como objetos de estudio (79).

Dentro de este tipo de investigación, se toma en consideración que la participación sea de forma libre y voluntaria, sin que los participantes se sientan presionados, para poder llevar a cabo la investigación. Además, se considera necesario que la participación sea informada, es decir, que sepan desde el primer momento en qué consiste la investigación y su participación, cuáles son sus objetivos, dónde y cuándo se llevará a cabo, los riesgos y beneficios que le otorga su participación, y cómo se realizará la difusión y entrega de los resultados. Se veló por la confidencialidad de los entrevistados y de todas las personas que aparezcan en sus relatos, por lo tanto, los nombres o datos confidenciales que entregaron a la investigación no serán revelados, en ningún momento, en lugar de sus nombres se les asignó un código numérico a cada entrevista (E1, E2, E3, E4, E5, E6) y las entrevistas transcritas quedarán archivadas en la oficina del docente guía Nicolás Fuster ubicada en la Escuela de Enfermería, Campus Salud de la Universidad de Valparaíso por un periodo de 5 años.

3.10.3 Compromisos Establecidos

En el marco de la adhesión al proyecto de investigación FONDECYT “El problema de la Hiperfrecuentación en la atención de la Salud Primaria en Chile. Hacia una comprensión del malestar inexplicable”, se asumió el compromiso de entregar la información emergente y resultados obtenidos de este estudio al investigador principal responsable de dicho proyecto, Nicolás Fuster Sánchez, entendiendo que los resultados de esta investigación significarán un importante aporte al entendimiento del problema de la hiperfrecuentación en la atención de salud primaria en Chile.

**CAPÍTULO 4:
RESULTADOS, DISCUSIÓN
Y LIMITACIONES**

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados y posteriores discusiones se obtuvieron de las entrevistas semiestructuradas aplicadas y las observaciones realizadas. Para lograr la saturación de la información, se realizó un total de 6 entrevistas semiestructuradas, de las cuales 4 se llevaron a cabo en el CESFAM de Concón, 1 en el CESFAM Quebrada Verde y 1 en el CESFAM Aviador Acevedo, y 10 observaciones participantes a través de profesionales enfermeros/a de los CESFAM Jean Mary Thierry, Rodelillo, consultorio Belloto Sur, CESFAM Placeres y finalmente CESFAM de Quilpué.

De la totalidad de los participantes, 15 correspondieron a mujeres y 1 correspondió a un hombre. En su mayoría adultos jóvenes y medio que cumplían con los criterios de inclusión.

4.1 IMAGEN DE LOS USUARIOS SEGÚN LAS/OS PROFESIONALES ENFERMERAS/OS

El perfil de los usuarios que frecuentan habitualmente los CESFAM del área metropolitana de Valparaíso, según las/os entrevistadas/os, es diverso en términos socio demográficos, ya que dependiendo del sector al que pertenezcan se constituye un tipo de usuario. En estos términos, el perfil varía en cuanto a rango etario, sexo y nivel socioeconómico (predominantemente nivel medio-bajo y bajo). Además, se evidencia que varía respecto al horario de atención, siendo en la mañana donde se encuentra la mayor demanda:

“[...] los de la etapa del ciclo vital infantil, que es lo que más vienen son de cero a dos años, que es la oferta que tenemos de horas y los otros que más vienen son los mayores de 60 años en general. Ese es como el rango de edad. Ahora por otro lado, por sexo los que más vienen siempre son las mujeres, sobre todo en la edad adulta y el estrato como de la población nuestra es como más que nada clase media”. E5

Continuando, uno de los programas de salud más demandado -tanto por los usuarios en general como por los policonsultantes- es el Programa del Adulto y Adulto Mayor -programa cardiovascular y crónico-. Esta alta demanda se explicaría en parte, por una baja oferta para horas de atención, por un sistema de controles de seguimiento programado e insuficiente capacidad de resolutivez frente a la expectativa del usuario. Aquello está en directa relación con el cambio demográfico que actualmente experimenta el país hacia una sociedad envejecida con aumento en la esperanza de vida y, por ende, más expuesta a adquirir enfermedades de curso crónico. Por otro lado, la etapa de transición en el Adulto Mayor, desde el término del ciclo laboral hasta el periodo de jubilación, conlleva a una disminución de los ingresos, implicando la permutación de una previsión privada a una pública, donde entre otros, las Garantías Explícitas en Salud (GES) tienen un mayor atractivo en la Red de Salud Pública, además de que la atención institucional opera con liberación de copago para los adultos mayores lo que explica el aumento de inscripciones de adultos mayores en los CESFAM. Cabe destacar que la región de Valparaíso, según INE, es la más envejecida del país (80).

También se menciona la gran demanda del programa de Salud Infantil, no solo por el beneficio que entrega Chile Crece Contigo, sino que también por la rigurosidad en el seguimiento de los usuarios (directrices ministeriales y mayor supervisión técnica). Asimismo, el programa de salud mental adquiere una relevancia considerable debido al uso reiterado de sus prestaciones por parte de los usuarios. En menor medida, se mencionan las consultas con médico, maternal y planificación familiar, programa de atención domiciliaria con dependencia severa, talleres de prevención y alternativos, y de odontología.

4.2. PERCEPCIÓN DE LAS/OS PROFESIONALES ENFERMERAS/OS SOBRE LA POLICONULTA

La definición exacta de policonsulta resulta desconocida para las/os enfermeras/os entrevistadas/os, puntualmente, en lo relativo al número de veces que frecuenta el usuario. Sin

embargo, coinciden en señalar que corresponde a una consulta reiterada en el tiempo, ya sea durante el mes o durante el año en un servicio de salud. También, se señala que los policonsultantes muchas veces son usuarios que no cumplen con su tratamiento o poseen patologías de difícil manejo:

“Yo pienso que es el usuario que consulta en un determinado tiempo más de una ocasión o más de dos por el mismo motivo que no fue resuelto”. E4

Lo anterior coincide con la literatura revisada, ya que una de las definiciones indica que la policonsulta es definida como *"un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias"* (2). En este sentido, las/os entrevistadas/os tienden a pensar la policonsulta, en parte, desde la anterior definición. No obstante, no se suele relacionar este patrón de conducta a dificultades sociales. Por último, la definición del policonsultante, referida por las/os informantes, no está claramente influenciada por los lineamientos ministeriales, que señalan que el policonsultante es aquel que consulta más de siete veces en un centro de salud en un mismo año.

Cabe señalar que, a pesar de que los informantes no hicieron referencia explícita a los factores sociales en la definición de policonsulta, estos elementos sí se develaron en los discursos expuestos, en su mayoría, al momento de consultarles por las causas del fenómeno. El nivel socioeconómico, nivel educacional y vulnerabilidad social fueron los factores sociales más relevantes y, al mismo tiempo, estos fueron vinculados a determinantes sociales de la salud por las/os mismas/os entrevistadas/os. Entendiendo por determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (81). Reforzando esta idea, lo expuesto en el marco teórico señala que los estudios relacionados a la policonsulta no vinculan este fenómeno a determinantes sociales en salud. Sin embargo, en la OP, los determinantes sociales en salud, como condiciones sociales y ambientales, emergen como causa de la policonsulta.

En los relatos se evidenció la connotación negativa desde los informantes hacia el fenómeno de la policonsulta develando el estigma en torno al mismo. El estigma es un concepto desarrollado por el sociólogo Erving Goffman que se vincula a la asociación de características a los individuos sin tener estas necesariamente una relación objetivable a estos mismos. Esta asociación es realizada de manera involuntaria, y ocurre gracias a la identificación de una marca o mácula objetivable o real, ya sea esta un elemento físico o actitudinal. Es así que se le otorga al individuo estigmatizado un conjunto de atributos respecto a su identidad; a esto se le llama Identidad Social Virtual (ISV). En cambio, los atributos o características personales que efectivamente pertenecen al individuo, corresponderían a la Identidad Social Real (ISR). Cuando existen discrepancias entre la ISV percibida y la ISR, estas podrían repercutir en el individuo, generándose perjuicios a nivel social, porque se pueden dar cambios en los tratos recibidos por los individuos marcados, respecto a los que recibiría el resto de las personas. Es por esto que, cuando las personas que tratan con individuos estigmatizados toman mayor conciencia respecto a esta discrepancia entre ISV e ISR, se puede alivianar la carga psicosocial del estigma en estos últimos (82).

Lo anterior explicaría en parte la probabilidad de estandarizar una conducta frente al usuario policonsultante desde este estigma. Atribuyendo algunas limitaciones para la comprensión de la información a elementos del contexto sociocultural más que a un mayor análisis de la eficiencia en las estrategias educativas y/o de comunicación, que deben establecer los profesionales de salud, en este caso las/os enfermeras/os, para lograr acceder con información útil a dichos usuarios.

Sumado a esto, dentro del relato de las/os informantes se suele percibir una evidente estigmatización, dado que, a partir de ciertas conductas como consultas reiteradas y falta de redes de apoyo, se tiende a atribuir características negativas a la identidad social virtual del usuario policonsultante, como, por ejemplo, considerar irrelevantes sus problemas de salud:

“Bueno los policonsultantes si son un problema complejo porque muchas veces nosotros tenemos una mala actitud frente a ellos, es como, pucha, ya viene este tipo de nuevo, si ya lo vi ayer, [...] es como el cuento de Pedrito y el lobo, uno nunca sabe cuándo es grave o no, y eso dificulta enormemente la atención porque al final es un perjuicio para ellos porque puede verse alterada su atención, pueden que no se atiendan tan bien como se hace con otros pacientes, pensando en que lo que tienen ellos no es grave, yo creo que igual es algo complejo y muy común en todos lados.” E2

“Se debe a que son personas solas, que no tienen nada que hacer y su entretención es venir al CESFAM.” E3

“Ya, es que los policonsultantes, algunos de ellos, por lo que yo he visto, y que me han comentado, vienen a veces porque se sienten tan solos algunos, que vienen hacer como vida social, entonces vienen a preguntar, y se quedan, vienen a médico por cualquier cosa como están solos, están con depre, hay muchos pacientes sobre todo adultos mayores que están como más depresivos”. E1

Siguiendo con la percepción del fenómeno, las/os entrevistadas/os relacionaron la policonsulta con cuadros depresivos y ansiosos, con el uso considerable del programa de salud mental y con una baja resolutivez del motivo de consulta. Se destaca, dentro de la OP, la visibilización desde los/las enfermeros/as de síntomas “*poco claros*” o “*difusos*” en la policonsulta y que podemos relacionar a una sintomatología inespecífica. Esto concuerda con la literatura encontrada, que evidencia una prevalencia en el nivel primario de salud de usuarios policonsultantes como somatizadores y dónde estas quejas somáticas inespecíficas parecieran no tener su origen en una causa orgánica, sino más bien, en una psíquica (30).

Según los estudios, el origen psíquico de la policonsulta lo configura como un problema de diagnóstico desde los equipos de salud, debido a la dificultad en su abordaje y correcta gestión.

Esto da las luces para entender el fenómeno de la policonsulta como un problema de salud mental de la población, que consulta de forma reiterada, y que los centros de salud no lograrían resolver adecuadamente, quizás, debido a una conceptualización errónea o mal enfocada del origen del síntoma, dejando como única solución efectiva la derivación.

“[...]se hizo como una lista de todos los pacientes que eran policonsultantes y lo dividimos, cada profesional nos comprometimos a revisar la ficha de ese paciente, ver qué pasaba y hacer como la derivación pertinente como para poder darle una solución a este paciente. Mira de todos los pacientes diría que el 90% eran pacientes de salud mental, estaban inasistentes a controles, no eran adherentes, etc. [...] los teníamos que derivar a salud mental [...]y nos encontramos con el obstáculo que había falta de recursos, de horas por lo tanto fue como difícil también poder darles solución a todos los pacientes[...]”. E6

Otro punto destacable sobre percepción es en torno al primer acercamiento desde el equipo de salud al usuario policonsultante. En este sentido, de la OP se evidencian dos momentos. Por un lado, se menciona un filtro anual que considera más de 7 consultas en un año como criterio de inclusión, donde, una vez aplicado este filtro, un equipo de cabecera se encarga de la ficha clínica, en donde se revisan los motivos de consulta con el objetivo de elaborar un plan de acción adecuado en cada caso. Por otro lado, se menciona también, como primer acercamiento, la consulta de morbilidad, en donde el médico es quién tendría este contacto inicial con los usuarios policonsultantes.

Lo anterior se explicaría, en parte, con los alcances limitados de los controles de salud realizados por las/los enfermeras/os, los que se desarrollan preferentemente en agenda programada de los diversos programas de salud en los que participa el usuario, restringiendo el contacto espontáneo y formal:

“Sí. Porque lo que pasa es que nosotros en los centros de salud somos, todos los profesionales no médicos trabajamos con controles y esos controles están programados dentro del año, por ejemplo, en el caso cardiovascular es una vez al año con enfermera. Si a mí me llega un paciente más de una vez al año es porque un profesional se equivocó y en vez de mandarlo a la nutricionista lo mandó a la enfermera [...]”. **E4**

Asimismo, las/os informantes tienden a señalar que es posible que estos usuarios, en una primera instancia, sean reconocidos por los selectores de demanda y/o por personal administrativo del Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME), en los pasillos o a través del centro de llamados. Varias enfermeras mencionan que estos contactos, a veces informales y sin respaldo de registro, corresponden a temas de orientación y gestión breve. Lo anterior descrito se traduce en consultas limitadas en el año y, por ende, no se podría dar policonsulta en enfermería o esta no se visibilizaría como tal, por lo que estos tienden a percibir la policonsulta como un fenómeno ajeno a enfermería e irrelevante:

“[...] en estas mismas reuniones de salud familiar por sector nosotros igual hemos hablado ese tema, no tan seguido porque hay otras cosas más importantes [...] es que en la escala de prioridades tampoco es tan importante, hay cosas como más relevantes que hay que ir resolviendo que las policonsultas.” **E5**

“Las enfermeras no vemos pacientes policonsultantes.” **E3**

Existen elementos que obstaculizan la gestión de este fenómeno y su efectiva resolución, como el cumplimiento de metas sanitarias y la baja dotación de personal enfermero:

“[...] la enfermera hace bastante, ¿Pero en qué sentido no va a poder hacer mucho? en el sentido que no hayan tantas horas de enfermeras como contratadas, disponibles y que el

ministerio solo quiera números, cifras y no quiera calidad porque o si no el paciente va a volver a consultar [...]”. **E5**

Otros elementos que entorpecerían la adecuada gestión de la policonsulta son el déficit de oferta de horas con médico, escaso tiempo destinado a consultas y falta de especialistas para atenciones específicas derivadas al nivel secundario de salud, lo cual determinaría la capacidad de resolutivez en el nivel primario de salud.

En definitiva, el éxito de la gestión de APS está condicionada a la gestión de recursos y tiempos oportunos de respuesta del nivel de especialidades. Desde APS se realizan las derivaciones correspondientes o limitadas por protocolos de coordinación de dicha red, las que, al carecer de contrarreferencia oportuna, enlentecen el sistema, mostrándose ineficiente en su totalidad ante las demandas de la población.

Dentro de la información recopilada de la observación participante, se identifica que el número de profesionales médicos generales de la Atención Primaria de Salud no serían suficientes para cubrir todas las consultas de morbilidad. Además, se suele señalar que el tiempo utilizado durante la atención de consultas por morbilidad es escaso y no logra responder a todas las necesidades del usuario, pues no se daría una atención lo suficientemente personalizada. Esto generaría insatisfacción por la calidad de atención y, como consecuencia, que vuelvan a consultar, buscando que sus inquietudes sean resueltas:

“[...] en el CESFAM muchas veces pasa que son policonsultantes porque cuando vienen a la morbilidad, la morbilidad es apenas de 15 minutos y muchas veces pasa que no se alcanza a resolver, obviamente, en 15 minutos lo que a lo mejor demanda un tiempo de 30 minutos [...]”.

E4

Sumado a lo anterior, las/os informantes señalan que existen problemas de coordinación dentro del equipo de salud, que facilitarían aún más que el usuario policonsulte. La falta de capacitación del personal para mejorar la calidad de su atención y la derivación errónea a otros profesionales del centro de salud, se infieren como elementos que aumentarían la sobredemanda de atención:

“No lo informamos, no lo educamos, y a lo mejor si lo informamos y si lo educamos, pero además a lo mejor tuvo la mala suerte de llegar a un equipo, de momento, que no tenía las competencias para resolverlo. O bien, anda consultando donde no debe, porque nadie le dijo que no era la instancia ahí dónde consultar por lo que él viene, entonces después de nuevo vuelve [...]”.

E4

Como forma de hacer frente a este problema de gestión, tanto de las/os informantes y como desde la OP se señalan algunas herramientas para administrarlo. Una de ellas es el estudio de caso o estudio de familia. Este es realizado por un equipo multidisciplinario de profesionales, dentro de los que se menciona a enfermeros, nutricionistas, médicos, kinesiólogos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros. Estos equipos tienen el propósito de hacer un análisis integral de cada caso y sus singularidades para lograr reconocer las necesidades que más están comprometidas en el usuario y/o en su familia:

“[...] en la reunión de sector uno puede identificar ciertos pacientes por sector y ver por qué policonsulta, y ahí establecer como con el equipo en la misma reunión si se va a delegar en otro profesional para que ayude, por ejemplo en la misma reunión puede decir que la asistente social que vea esto, que vaya a hacer una visita o que al menos en un mes más hagamos seguimiento...depende de los tiempos de cada cual, es una solución como hacer una reunión de sector y ver qué pacientes son.” **E5**

Por lo general, los estudios de caso se realizan a partir de un listado de usuarios que frecuentan de manera reiterada al CESFAM, en los que se plantea un Enfoque de Riesgo para el abordaje de las principales problemáticas familiares e individuales. Este listado está contenido, a su vez, en un reporte anual de policonsulta o, simplemente, en el registro electrónico de las fichas AVIS (aplicación clínica que permite mejorar la gestión de salud)-. Es importante mencionar que la etapa de identificación del usuario policonsultante es, en su mayoría, un proceso complejo dada la sobrecarga laboral que recae en los profesionales. Luego del análisis de caso, el equipo establece las medidas a tomar, ya sean intervenciones educativas, visitas domiciliarias de seguimiento o derivaciones.

No obstante, no existen herramientas específicas, como protocolos, para gestionar la policonsulta en los CESFAM a los que pertenecen las/os entrevistadas/os, a diferencia de otros centros de salud chilenos, que sí poseen protocolos específicos para gestión de policonsulta (38,40).

4.3. PRÁCTICAS Y CULTURA ORGANIZACIONAL

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, existen directrices de planificación y programación que deben realizarse en red. Esto se traduce en instancias de coordinación tanto internas como externas, dentro del mismo establecimiento, que permiten entregar cuidados coherentes y conectados en el tiempo. Dentro de la OP se menciona lo siguiente:

“[...] ahí tienes [...] dos pilares fundamentales. Todo lo que tiene que ver con los programas de APS, [...] los lineamientos vienen dados, son los lineamientos técnicos de los programas. Entonces, parte de ciertas actividades ya vienen organizadas de alguna forma, [...] esos lineamientos hay que adecuarlos a la realidad local, pero ciertas cosas no se pueden modificar. Entonces, una parte de la organización del trabajo está dada por el GES, los programas

ministeriales [...] Y el recurso humano nosotros lo organizamos en base al modelo de salud familiar, [...] Luego de eso, está como alguna forma, el equipo directivo [...] que son como las cinco jefaturas que hacen macro gestión y controlan todos los procesos [...], todas las actividades transversales a enfermería” OP

El trabajo diario se organiza fundamentalmente a través de agendas gestionadas por el SOME, el cual es el encargado de administrar las agendas de todos los funcionarios, a fin de entregar fechas y horarios de citas de la manera más adecuada posible:

“[...] las actividades diarias hay un SOME que es el que registra todas las atenciones que uno hace, uno se organiza con sus agendas, cada profesional tiene su agenda. [...] en enfermería con el programa cardiovascular tenemos tantas horas para llevar el programa, tantas horas para infantil, eso se manda a una agenda mensual [...]”. E1

Profundizando en la jornada diaria, las/os profesionales enfermeras/os mencionaron en su mayoría las actividades asistenciales, como por ejemplo controles de salud, tomas de exámenes, visitas domiciliarias integrales, procedimientos, entre otras. También, se indicaron actividades de gestión, como la organización del sector o de algún programa de salud del que esté a cargo la/el profesional, en los que tienen un bloque de hora dedicado a la gestión de aquellas funciones. Las numerosas actividades comentadas se realizan bajo un ambiente cordial y de buenas relaciones con el equipo multidisciplinario, o, dicho de otra manera, un adecuado trabajo en equipo, primando la cordialidad, comunicación y empatía, facilitando un buen clima laboral. Al momento de preguntar cómo afecta la calidad de este trabajo en la gestión del usuario policonsultante, las respuestas tanto de la OP como entrevistas coinciden al señalar que el impacto se da en el equipo, ya que este debe coordinarse para tratar casos clínicos y las diferencias de opinión podrían afectar al policonsultante:

“[...] puede ser que en los mismos equipos sean diferentes, por ejemplo, un equipo sea más nuevo tenga menos experiencia, otro tenga más experiencia, eso influye como en las

relaciones, quizás eso puede influir en el paciente, que le toque alguien con menos experiencia, otros con más, o que tenga trato distinto con el paciente también [...]”. **E5**

El trabajo en equipo se entiende como un grupo de dos o más personas, con habilidades complementarias, en el cual existe una sinergia positiva, mediante un esfuerzo coordinado por todas las partes orientada a un propósito común organizacional. Según Bautista, el trabajo en equipo se puede clasificar en diferentes estadios según productividad de este y la relación interna de sus integrantes: formación, conflicto, normas y madurez. Un grupo de trabajo es eficaz cuando se encuentra en etapa de madurez, es decir, cuando logra la cohesión grupal y satisfacción de los integrantes. En esta etapa hay un completo desarrollo por parte del equipo, asumiendo su propio curso con la finalidad de obtener las metas planteadas (83).

Se percibe que en las instancias informales de gestión de policonsulta hay momentos de comunicación entre los integrantes del equipo que les permite un abordaje eficaz e integral para poder resolver los motivos de consulta del policonsultante. Cabe destacar, que, al ser un equipo interdisciplinario, este posee integrantes con competencias específicas para la salud, en donde ponen a disposición estas competencias en favor de lograr el objetivo común, en este caso, abordar al usuario policonsultante. Se logra inferir que el estilo de trabajo en equipo que prima en estos equipos multidisciplinario es el relativo al de la etapa de madurez, debido a su nivel de resolutivez (83).

Las principales dificultades que se evidencian en la organización del trabajo en el centro de salud se asocian a la falta de horas de atención con diferentes profesionales y al escaso tiempo para la atención relacionado al rendimiento. Este último, al igual que la concentración y cobertura son estándares que están definidos en documentos nacionales y que pueden ser adaptados al nivel local. El rendimiento expresa el tiempo que utiliza el profesional para realizar la actividad, en el caso de consultas de morbilidad está establecido que el médico atienda a cuatro usuarios por hora lo que equivale a 15 minutos por cada uno (28). No obstante, el rendimiento debe

guardar relación con la posibilidad de ofrecer una solución efectiva al problema de salud que motiva la consulta. En la OP emergió que en el caso de enfermería se exige destinar entre 15 a 30 minutos por consulta, lo que en muchos casos resulta, al igual que en morbilidad, insuficiente para abordar la problemática.

Lo señalado deja en evidencia la priorización de la cantidad de atenciones por sobre la calidad de las mismas, según los lineamientos a nivel nacional que establecen el rendimiento de las consultas. En los relatos de las/os enfermeras/os se hace una crítica a este rendimiento impuesto, ya que se le exige a las/os profesionales atenerse a un tiempo limitado, obstaculizando la resolutivez de la consulta, generándose en definitiva un profundo cuestionamiento a la calidad y a la resolutivez en la atención de salud de los usuarios.

Siguiendo con las dificultades para la organización del trabajo, se mencionan también las diferencias de opiniones entre el equipo en cuanto a experiencia laboral, estrés, sobrecarga laboral, barreras tecnológicas para la difusión de información, como también la falta de infraestructura y de recursos materiales para la atención.

“[...] un elemento que obstaculiza es la falta de información y difusión de muchas actividades que se realizan en los centros que la gente no tiene idea, entonces después los pacientes preguntan y en realidad nunca supieron, que no sé, que hicieron un operativo de salud [...] hay como 2 caras”. E6

Desde la OP se señala que esta situación se agrava dado que hay carencias propias de los usuarios, como los problemas socioeconómicos que actúan como barreras en la atención. Por otro lado, desde lo cultural y prácticas en salud, se evidencia en los usuarios un pensamiento que privilegia lo curativo por sobre lo preventivo. En el caso de los adultos mayores, muchas veces presentan una escasa o insuficiente red de apoyo, lo que empeora el manejo de sus patologías.

En general, estas dificultades se logran sobrellevar adaptándose al trabajo con escasos recursos. No obstante, para enfrentar los problemas asociados a infraestructura, los CESFAM han implementado diversos planes de acción. Una de las estrategias nombradas fue la de establecer espacios comunes como salas de reuniones y/o comedores para la atención de los usuarios o box de atención. Otra estrategia aplicada es la designación de encargados que coordinan y señalan las rotaciones de las salas de atención, según la disponibilidad diaria. También se nombra, en la OP, como parte de las herramientas para enfrentar los problemas de infraestructura, el “poli de choque”, en donde la finalidad es abarcar la mayor cantidad de demandas y resolver los problemas de salud rápidamente para así generar una atención más fluida y menos congestionada con un tiempo destinado de 12 a 15 minutos.

En relación con lo mencionado anteriormente, las/os entrevistadas/os se refieren a elementos específicos que dificultan o limitan la relación con el usuario y con el cuidado entregado. Por un lado, se alude a aspectos que provienen desde el profesional como la sobrecarga laboral:

“Quizás los que dificulta a los pacientes son las horas médicas, bueno horas en general, porque horas de enfermera antes habían más, lo que pasa que ahora la población ha crecido y en todas partes ha crecido la población y somos los mismos, entonces ha aumentado la carga laboral, yo digo que faltan más enfermeras, más médicos, más nutricionistas, aumenta la demanda”. E1

En cuanto a la predisposición negativa del usuario frente a la atención, la información entregada por los informantes viene a reafirmar lo expresado por un estudio realizado en Chillán sobre resolutivez en APS, mencionado en el marco referencial (32). En aquella investigación se señala que los usuarios de la red de urgencias suelen sentir disconformidad respecto a la calidad de la atención que reciben, ya que el sistema de salud no ha sabido gestionar la sobredemanda de consultas que, a su vez, retrasa la atención a los usuarios.

Por otro lado, se describe un perfil de usuario y de comunidad que opera como barrera que dificulta la relación terapéutica y que se condiciona por:

- Nivel socioeconómico y escolaridad de la población atendida -atribuido a un territorio específico.
- Escasa accesibilidad a los centros de salud a causa de la falta de recursos destinados a la movilización hacia los centros de salud.
- Predisposición negativa del usuario en la consulta por el tiempo de espera previo a la atención.

“Otro punto es que los pacientes se enojan porque no los llaman a la hora citada, siendo que en el carné se les cita antes para poder hacer toda la preparación previa al control, por lo que el paciente se molesta e ingresa molesto con el profesional y eso altera los sentimientos de los mismos profesionales que atienden”. E5

“[...] la gente cuando ven que hay mucha espera ya vienen con una mala predisposición, cuando ellos no consiguen a lo que vienen obviamente van a estar molestos [...] en muchos dificulta la comunicación porque ya vienen molestos, no te contestan bien, [...] no se enfrentan de manera adecuada a uno.” E2

“Se descargan con el profesional por la espera y se pierden minutos de atención en reclamos por la demora.” E3

- Falta de interés de la comunidad por talleres que promueve el CESFAM

“Claro de repente, los pacientes también no se motivan, sobre todo en la parte... por ejemplo muchos talleres no funcionan porque va muy poca gente y se difunden, se invita, pero también hay poco interés y también es algo que uno dice ¿y por qué hay tan poco interés? si la

gente siempre alega que no hay atención, que la salud, que quieren más oportunidades, pero de repente también ellos, ahí nos metemos un poco al tema de los derechos y deberes de los usuarios [...]". E6

La gestión en lo relativo a recursos humanos y económicos, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad, en su mayoría, no estaría respondiendo a las necesidades de la población que se atiende en la APS, sino más bien apuntan al cumplimiento de indicadores y metas, por lo que muchas veces pasan a segundo plano los elementos relacionados a las relaciones interpersonales, mecanizando la atención de salud, excluyendo a cualquier tipo de usuario que no cumpla con la cotidianidad del sistema y de sus funcionarios.

Por último, se hace mención a aspectos relacionados al momento de la consulta de enfermería propiamente tal, los cuales se evidenciaron tanto en el trabajo etnográfico mediante la observación participante como en las entrevistas, en relación a las interrupciones durante el control:

"[...] También repercute harto que eh...por ejemplo a los encargados de programas, por ejemplo yo soy encargada de esto, la otra enfermera que es encargada de otra cosa que lo llamen a cada rato por otras preguntas o por ejemplo te puede llamar la administrativa y te pregunta así como...Señorita ¿Qué es esto? Y tú estás atendiendo y te interrumpen la atención o viene alguien y te abre la puerta y te viene a preguntar algo, que es un compañero, entonces eso también interrumpe un poco la comunicación con el paciente". E5

4.4. QUEHACER DE ENFERMERÍA

El quehacer o rol de enfermería es descrito por las/os enfermeras/os entrevistadas/os desde la relevancia que posee para el correcto funcionamiento de los establecimientos de

Atención Primaria. Se mencionan solamente 3 roles del quehacer: asistencial, educativo y de gestión; con énfasis en los dos últimos. Se menciona escasamente el rol investigativo.

En este sentido, se destaca que la omisión al rol investigativo se relaciona con la literatura, la cual manifiesta que las/os profesionales enfermeras/os en su rol diario se ven consumidas/os por las actividades asistenciales, restándole importancia a la investigación en enfermería (84).

Por otro lado, el énfasis al rol educativo y de gestión se condice con lo mencionado en el marco teórico, ya que la/el profesional enfermera/o es la encargada de la gestión del cuidado y en la APS toma un rol protagónico. Con respecto al rol educativo, éste se encuentra incluido en las actividades asistenciales que las/os entrevistadas/os realizan con los usuarios en cada atención, lo cual justificaría las afirmaciones comentadas por las/os enfermeras/os.

“[...] Un paciente, yo lo puedo ver una vez al año y verle todas las cosas pero con tiempo, así como verlo bien, verlo tranquilo, escucharlo, pero para eso necesitamos tiempo, para enseñar y para educar y para que no venga a consultar y que los otros sistemas también funcionen, que funcionen los especialistas, que funcionen las horas de los hospitales, porque si no igual el paciente va a estar consultando porque le duele algo o porque se siente mal y ahí nada que hacer”. **E5**

En cuanto a la gestión, se tiende a destacar con fuerza la imagen de agente articulador que tiene la/el enfermera/o entre los distintos sectores, entre profesionales y con los centros asistenciales de la red tanto interna como externa del sistema de salud.

Por otro lado, las/os enfermeras/os entienden el quehacer de enfermería como un cuidado humanizado, en donde el buen trato al usuario genera una buena atención y, a su vez, la enfermera/o acompaña y educa al usuario desde una mirada holística e integral para cada caso individual. Sin embargo, algunas/os de las/os enfermeras/os desconocen el concepto teórico del

quehacer de enfermería, no así su desarrollo práctico, el cual manejan y realizan diariamente en su cultura organizacional.

Esto se ve plasmado en la Teoría del Cuidado Transpersonal, de Jean Watson, quien manifiesta la necesidad de entregar un cuidado transpersonal, es decir, una especie de cuidado que guarde un compromiso en otorgar los cuidados, resguardando y acentuando la dignidad del ser. Por otra parte, alude a un cuidado humanizado desde la perspectiva de la integralidad de la persona, en otras palabras, cuidar no solo desde lo físico, sino también, desde lo psicoemocional y espiritual de la persona.

No obstante, la falta de tiempo durante los controles que es mencionado por las/os informantes, la exigencia por el cumplimiento de metas y la limitación a los tiempos establecidos impuestos por los lineamientos establecidos conlleva a que los controles sean más esquematizados y menos personalizados. En definitiva, el cuidado humanizado se ve afectado por elementos que se encuentran a la base de una estructura organizacional característica del sistema de salud en Chile.

Existen dos visiones respecto a la influencia que tiene el usuario policonsultante en la labor asistencial y de gestión del cuidado. Por un lado, una de ellas se asocia a que los procedimientos y el desarrollo de los equipos de trabajo no logran abordar integralmente al usuario policonsultante generando una insatisfacción de sus necesidades, por lo que acuden reiteradamente a consultar y hacen uso de recursos materiales y humanos que podrían destinarse a otros usuarios y, de esta forma, disminuir el impacto económico y la carga asistencial que genera la policonsulta:

“De alguna manera entorpece porque está usando recurso humano que podría ser utilizado en otras atenciones [...] Entonces, está quitándole o está ocupando cupos para otras

personas y obviamente insumos materiales. Porque a lo mejor hay que ponerle una inyección, de nuevo vamos a tomarle exámenes, entonces genera un gasto mayor”. E4

Por otro lado, se destaca en la OP que al usuario le corresponde por derecho la atención, sin importar las veces que consulte. Además, se alude a que no es un problema para enfermería debido a la poca cantidad de usuario policonsultante que una profesional enfermera/o atiende en comparación con un médico.

“[...] pero generalmente son policonsultantes con médico, con enfermera, con la parte de enfermería, la verdad, que eso para que quede claro, no, no se da mucho [...]”. E1

Dentro de las dificultades que aparecen a la hora de educar a los usuarios policonsultantes, se destacan dos grupos: las relacionadas con el sistema de salud y obstáculos vinculadas con el usuario.

Los inconvenientes que dicen relación con el sistema de salud corresponden a un bajo nivel de capacitación del personal y a la falta de tiempo. Esta última dificultad se explica, mayoritariamente, por la escasez de recursos humanos, que genera una sobrecarga de trabajo en las/os profesionales enfermeras/os, lo que provoca finalmente que estos deban priorizar las actividades asistenciales por sobre las actividades educativas. Por otro lado, el nivel de preparación del personal, en ciertos casos, no logra satisfacer las necesidades educativas del paciente:

“Y el otro factor que influye es el tiempo, no te están dando tiempo para educar, entonces le está dando tiempo más para hacer [...] como educar, eso no nos dan tiempo, claro y quizás los profesionales que no lo hacen bien, enseñarles más como se hace porque quizás no lo aprendieron antes o tienen falencia en esa parte, entonces quizás el mismo empleador pudiera hacerle cursos para ayudar a cómo tiene que educar”. E5

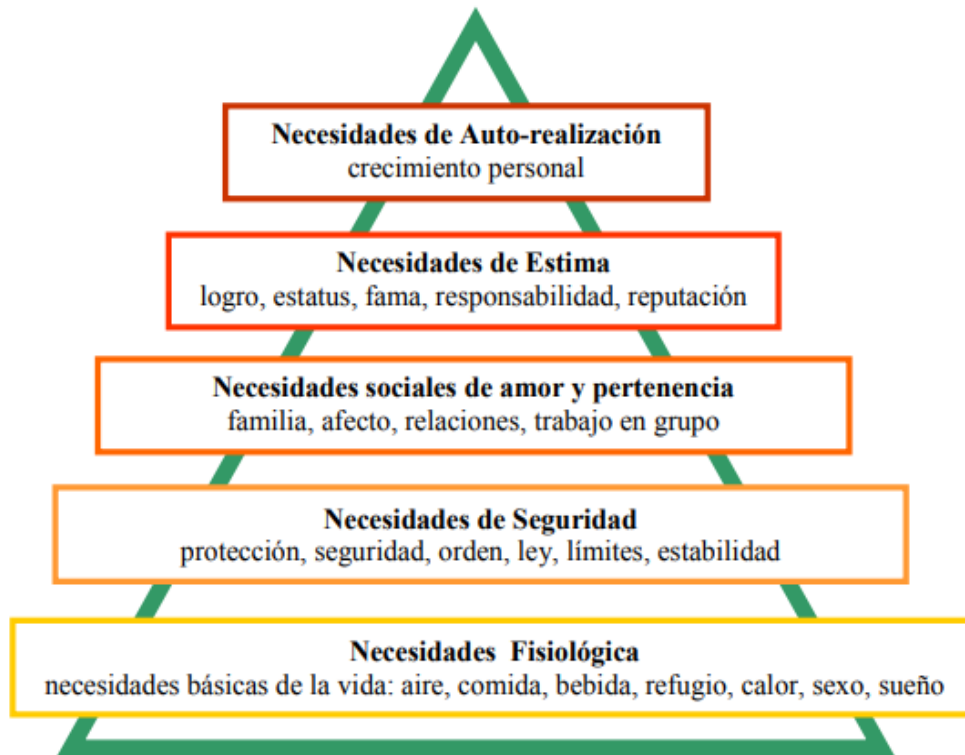
En cuanto a los usuarios, las dificultades que a ellos se asocian corresponden al bajo nivel socioeconómico y educacional, analfabetismo, dificultades para la comprensión y cognición, salud mental deteriorada, desconocimiento respecto al acceso a la atención y falta de tiempo para acceder a esta. Respecto a lo anterior, dichos elementos dialogarían de la siguiente forma: aquellos que determinan un bajo capital cultural del usuario -el nivel socioeconómico y el nivel educacional- entorpecerían la adopción de un nuevo hábito que mejore su situación de salud, al no ser entendido ni el lenguaje técnico usado por los profesionales de salud ni los conceptos que hay detrás de ellos:

“[...] no voy a esperar, por ejemplo, que un paciente que no sabe leer, no sabe escribir o realmente tiene un retraso o una alteración mental me vaya a entender igual que una persona que ya tenga un nivel educacional quizás mayor, o nivel intelectual más grande.” E2

[...] porque tú a lo mejor le dices ya mire haga... le das todas las indicaciones y ves que de nuevo fue al otro día a preguntarte quizás lo mismo u otra cosa, como son pacientes que pueden tener algún problema de salud mental, de repente no les basta...si tú les explicas ellos no van a comprender, no va a haber un cambio de conducta [...]”. E6

Sumado a lo anterior, de la observación participante se desprende que la falta de empoderamiento en salud también operaría como obstáculo para que el usuario adopte hábitos saludables. Esto tendría como fundamento la Teoría de las Necesidades de Maslow, que clasifica las necesidades humanas de manera jerárquica, según su importancia para la supervivencia, distribuyéndose estas de abajo hacia arriba, de mayor a menor importancia, tal y como muestra la figura N°1. Además, esta teoría postula que sólo cuando un grupo de necesidades es razonablemente satisfecho se puede comenzar a satisfacer el siguiente grupo. Por lo tanto, en el caso de los usuarios policonsultantes, al no satisfacerse plenamente las necesidades fisiológicas y/o de seguridad, no se podría optar a cumplir necesidades de autorrealización, dentro de las cuales se encuentran el autocuidado y empoderamiento en salud (85).

Figura N° 1: Pirámide de las necesidades de Maslow



Es pertinente discutir en este contexto el concepto de literacidad en salud. Este concepto se entiende como la habilidad de una persona para leer, escribir y hablar, además de procesar y resolver problemas con un nivel de eficiencia necesaria para funcionar en la sociedad, de manera de lograr las metas personales. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la literacidad en salud corresponde al resultado de la promoción de la salud y de los esfuerzos en educación en salud; además es un beneficio personal y social e involucra habilidades cognitivas avanzadas como: pensamiento crítico, análisis, toma de decisiones, resolución de problemas; todo ello en un contexto de salud. Lo anterior se combina con habilidades sociales de comunicación y cuestionamiento para empoderar a las personas y así mejorar su estado de salud personal y el de la comunidad en que vive. En Chile, no se cuenta con datos específicos sobre literacidad en salud, sin embargo, los datos de la Encuesta Nacional de Salud confirman que existe mayor prevalencia

de enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo en aquellas personas con menor escolaridad, niveles socioeconómicos menores y de mayor edad (86).

Esta situación se vuelve aún más compleja cuando existen problemas de salud mental y, en adultos mayores, dificultades en la cognición y la comprensión, dado que la entrega de información se ve interrumpida. Todos estos elementos generarían que la percepción de gravedad del usuario no concuerde con la realidad, es decir, que el usuario no sea consciente de su problema de salud.

Continuando, se hace imprescindible entender el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente. Este modelo explica las tres dimensiones que posee el cambio de conductas, y es usado para entender e intervenir aquellas conductas que son dañinas para la salud. La tridimensionalidad de este modelo está dada por: los Estadios del cambio, los Procesos de cambio y los Niveles de cambio. Los primeros elementos corresponden a divisiones temporales del proceso de cambio en etapas, diferenciadas entre sí según el tipo de motivación o disposición del individuo a modificar sus hábitos. Existen cinco estadios de cambio, que van desde una nula percepción del hábito como problema hasta la superación de este. Estas etapas son: Pre-Contemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento (87).

Durante la Precontemplación no se tiene conciencia del hábito como un problema y, por lo tanto, no existe disposición al cambio. En esta etapa, los aspectos gratificantes del hábito problema superan a los elementos aversivos o negativos de este. La motivación para recurrir al tratamiento está dada por la presión de familiares y/o personas cercanas, para que esta disminuya o desaparezca. Luego, la etapa de Contemplación dice relación con una progresiva toma de conciencia frente al problema que, si bien no lleva a un firme compromiso frente a un eventual cambio, la posibilidad de adopción de nuevos hábitos se ve aumentada y, con ella, la motivación interna al cambio. Cuando la toma de conciencia se traduce en planificación de compromisos para el cambio, se llega al estadio de Preparación, donde los aspectos aversivos se

reconocen y tienen un mayor valor que los aspectos gratificantes y se llevan a cabo pequeños cambios conductuales a favor del cambio. La siguiente etapa corresponde a la Acción, donde los elementos aversivos adquieren con claridad mayor valor que los elementos gratificantes, hecho que lleva al individuo a llevar a cabo acciones de cambio con un compromiso mayor para la adopción de conductas terapéuticas; aparece el riesgo de recaída, que está relacionado principalmente con un intenso síndrome de abstinencia. Cuando la modificación de la conducta se sostiene en el tiempo, se habla del estadio de Mantenición, donde la conciencia del problema se mantiene, el riesgo de recaída disminuye considerablemente y se comienzan a percibir aspectos gratificantes emanados del nuevo hábito adoptado.

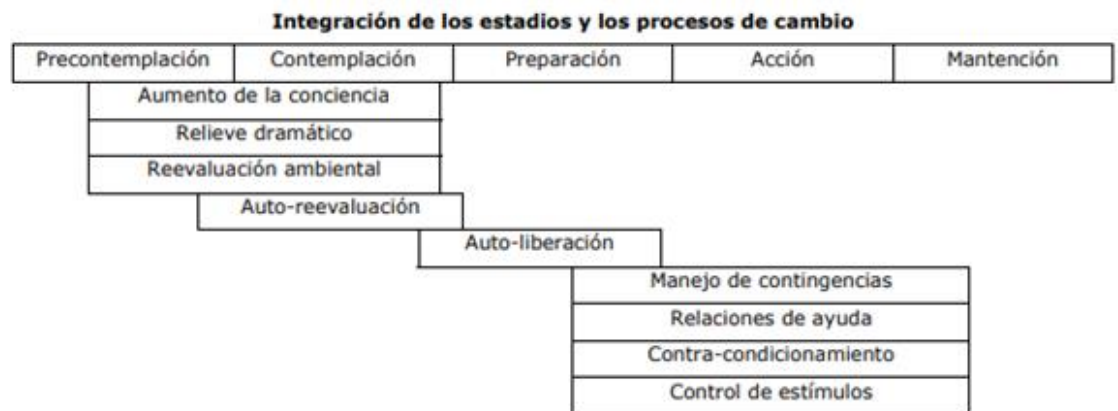
Cabe destacar que las recaídas, a diferencia del modelo de cambio tradicional lineal, no son consideradas como un fracaso, sino como parte del proceso de cambio, ya que se habla de un proceso en espiral, que describe la posibilidad de regreso a estadios anteriores.

Una segunda dimensión del cambio corresponde a los llamados Procesos de cambio. Estos corresponden a las actividades, tanto conductuales como cognitivas, que debe realizar un individuo para poder avanzar entre los estadios de cambio. El modelo explica que los procesos de cambio están estrechamente relacionados con cada estadio, es decir, cada paso hacia un estadio superior está vinculado a procesos de cambio específicos, tal como se especifica en las figuras N°2 y N°3:

Figura N° 2: Procesos de cambio

| Procesos de cambio | |
|--|------------------------------|
| <i>Clasificación según el tipo de cambio</i> | <i>Procesos del cambio</i> |
| Cognitivos o experienciales | Aumento de la concienciación |
| | Auto-reevaluación |
| | Reevaluación ambiental |
| | Alivio dramático |
| | Liberación social |
| Conductuales | Auto-liberación |
| | Manejo de contingencias |
| | Relaciones de ayuda |
| | Contra-condicionamiento |
| | Control de estímulos |

Figura N° 3: Integración de los estadios y los procesos de cambio



Por último, la tercera dimensión de cambio corresponde a los Niveles de cambio, que consisten en categorías que diferencian los problemas psicológicos detrás de una conducta nociva o adictiva, susceptibles a ser tratados. Estos niveles van desde un mayor grado de contemporaneidad y conciencia -y por ello, menor complejidad al momento de intervenirlos-, a un grado de menor conciencia y contemporaneidad. Respetando esa organización, los niveles de cambio se ordenan de la siguiente manera:

Figura N° 4: Niveles de cambio

| <i>Criterios de clasificación</i> | <i>Niveles de cambio</i> |
|--|--------------------------------|
| Más consciente y contemporáneo | Síntoma/situación |
| | Cogniciones desadaptativas |
| | Conflictos personales actuales |
| | Conflictos de familia/sistemas |
| Menos consciente y menos contemporáneo | Conflictos intrapersonales |

El modelo Transteórico privilegia la intervención del nivel más consciente, dado que implica una menor complejidad a la hora de ser abordado. No obstante, no es restrictivo y abre la posibilidad de tratar problemas psicológicos menos contemporáneos de igual manera.

En el marco del modelo anteriormente descrito, se puede establecer que la mayoría de los usuarios policonsultantes se ubican en el estadio de Precontemplación o en el de Contemplación, según lo mencionado por las/os entrevistadas/os, ya que no adquieren conciencia respecto a sus problemas o esta es muy vaga. Es por esto que la motivación del usuario a cambiar sus hábitos será baja o nula, y su proceso educativo se verá afectado. Además, existen elementos que disminuyen su acceso al sistema de salud, tanto el desconocimiento sobre las formas de acceso a la atención de salud, como la falta de tiempo de los usuarios, lo cual hace que las oportunidades en que se den instancias de educación se vean disminuidas de forma considerable.

A propósito de las dificultades para educar a los usuarios policonsultantes, existen estrategias utilizadas por las/os enfermeras/os para llevar a cabo una educación adecuada que varían según el CESFAM y las prestaciones que presenten. Dentro de los ejemplos mencionados por las/os entrevistadas/os se identifican consideraciones que debiera tener una profesional enfermera/o al momento de educar a cualquier usuario, como la capacidad de apoyar y contener,

y de mostrar un conocimiento actualizado para saber qué hacer y dónde derivar en caso de ser necesario.

“No da mucho tiempo para hacer grandes educaciones, uno hace pequeñas cosas, o a veces uno apoya, uno contiene, uno a veces hace gestiones mínimas, uno más o menos les dice dónde ir”. E2

Respecto a lo anterior, este conocimiento debe estar sustentado en fundamentos teóricos, con el fin de entregar una educación integral, con contenido personalizado según el perfil del usuario. Este es, en su mayoría, de nivel socioeconómico medio y bajo, por lo que podría debatirse si la efectividad de la educación depende del nivel educacional del usuario, o bien, de la capacidad de cada profesional para adecuarse a las necesidades educativas de su paciente. En efecto, estos factores podrían generar, como consecuencia, una reiteración en las consultas espontáneas, dado que la comprensión de las recomendaciones e instancias educativas dispuestas por el profesional resultaría dificultosa para los usuarios que la reciben. Por lo mismo, las/os entrevistadas/os refieren utilizar vídeos, calendarios y/o materiales educativos didácticos, que sean explicados paso a paso. Otra estrategia corresponde a realizar trabajos en organizaciones comunales, a través de sesiones educativas, facilitando la percepción de los usuarios policonsultantes respecto a la modalidad de atención del CESFAM.

Sin embargo, no depende solo de la/el profesional enfermera/o, sino que también de los demás profesionales de salud que atienden a estos usuarios, es decir, se requiere un trabajo en equipo efectivo. Así el usuario estaría siendo atendido de manera integral y óptima.

Por otro lado, se mencionan algunos medios tecnológicos que facilitan la educación de estos usuarios. Por ejemplo, tener un teléfono, lo que permite comunicar a los usuarios con el CESFAM y poder atender sus dudas.

En las OP, las/os profesionales enfermeras/os, según las diversas realidades de cada CESFAM diferencian los tópicos que consideran relevantes de abordar en una educación, sin embargo, coinciden en la importancia de educar en el funcionamiento del Sistema de Salud en Chile en cuanto a niveles de atención e implicancias de los programas de salud, ya que de esta forma se le permitirá a los usuarios policonsultantes empoderarse de su salud en cuanto a hábitos, alimentación, actividad física, adherencia al tratamiento farmacológico, consumo de alcohol, entre otras, y tener las herramientas necesarias para saber dónde acudir dependiendo de los signos y síntomas que presenten. También se evidencia en los relatos, la importancia de la literacidad en salud, ya que el nivel educativo del usuario se puede transformar en una barrera para que sea efectiva la educación que se le entrega al usuario.

Conocer en qué consisten los programas de salud, presenta gran relevancia desde el punto de vista de enfermería, debido a que existe un particular desconocimiento por parte de los usuarios sobre las funciones, acciones, rol e importancia de la/el profesional enfermera/o en su cuidado integral:

“Yo partiría por proponer cómo trabajamos nosotros por programa. De qué se trata eso, porque la gente desconoce que pertenece a un programa, desconocen que ellos van a quedar inasistentes, por tanto, nosotros los vamos a rescatar [...]”. **E4**

Al término de la entrevista, se les preguntó a las/os enfermeras/os si podían aportar con comentarios finales o elementos que quisieran agregar en torno a la investigación. Las/os profesionales enfermeras/os en su mayoría realizaron una conclusión y/o reflexión ante esta interrogante realizada, existiendo una heterogeneidad de comentarios en torno a ésta última demanda, desde posibles causas y consecuencias de la policonsulta, pasando por características del fenómeno hasta propuestas de abordaje.

En consecuencia, todos los elementos que suponen la percepción de la policonsulta como fenómeno desde la mirada de las/os entrevistadas/os, se detallan a continuación:

1) A propósito de posibles causas, se menciona que:

- El usuario policonsultante es el producto del sistema económico en el que nos vemos inmersos y que éste no da respuesta a las reales necesidades.
- La escasez de personal - tanto enfermeros/as como médicos especialistas - perjudica la correcta gestión y diagnósticos, respectivamente, del usuario que se atiende en el CESFAM.
- La baja capacidad de resolutivez de la red de salud puede encontrarse a la base del fenómeno de la policonsulta.

2) En cuanto a la caracterización de la policonsulta señalada por los entrevistados, se menciona que:

- Los adultos mayores y mujeres son mayoritariamente los policonsultantes.
- La policonsulta también se evidencia en los CESFAM que cuentan con sistema primario de urgencia (SAPU o similar), sustancialmente en morbilidad.
- Existe dificultad a la hora de abordar la policonsulta.
- Hay policonsulta sin identificar, de ahí que existiría más de la que se tiene cuantificada.
- Desde la perspectiva de algunos profesionales existe una falta de interés hacia esta problemática debido a que, por un lado y en comparación a otros fenómenos, no es una prioridad y, por otro, no se le considera un problema en sí mismo.

3) En tanto a las consecuencias, se menciona que el usuario policonsultante genera un gasto de recursos materiales y humanos.

Respecto a Imagen usuaria, las entrevistas arrojaron que el perfil de las personas que se atienden en los CESFAM es amplio y variado e incluye características tales como pertenecer a un nivel socioeconómico medio-bajo, ser adultos mayores, ser migrantes y habitar sectores marginales del territorio urbano. Cabe destacar que las/os entrevistadas/os perciben a los usuarios del CESFAM como personas demandantes e impacientes respecto a sus atenciones.

En cuanto a Percepción de la policonsulta, las/os entrevistadas/os relacionaron este fenómeno con diversas causas. Primero, se refiere a la policonsulta como un problema de gestión, que se daría cuando los profesionales de salud no logran identificar este fenómeno claramente y, a su vez, no se estarían realizando las derivaciones adecuadas. En segundo lugar, se da como explicación a este fenómeno que es el mismo usuario el que genera un aumento de consultas anuales, al parecer por una mala gestión individual de su patología o incumplimiento de su tratamiento. Luego, se señala que la policonsulta podría estar asociada a una carencia o falta de red de apoyo.

Otro elemento relevante respecto a la percepción del fenómeno, fue la escasa oportunidad de contacto desde la enfermería con este tipo de usuarios, dado que la naturaleza espontánea del motivo de consulta se relaciona más a resoluciones en el ámbito médico. Por lo tanto, esto limitaría la relación terapéutica entre el profesional de enfermería y el usuario o familia que requiera ser atendido. Esto llevaría a explicar la alta demanda en las consultas médicas por sobre otros profesionales.

Con relación a Práctica y cultura organizacional, la organización y gestión son constantes en las reuniones de equipo de cada sector. Además, la deficiencia en términos de infraestructura constituyó una barrera transversal a los CESFAM, menoscabando los objetivos relacionados a la atención de usuario en box, labores administrativas y de coordinación (reuniones de equipo) dificultando los propósitos de promoción y prevención en salud.

En lo relativo a Quehacer de enfermería, las/os informantes destacan el área de gestión, que se desarrolla a través de la coordinación de equipos mediante un liderazgo efectivo y asocia al rol enfermero la elaboración de protocolos. Por otro lado, las enfermeras/os refieren un entorpecimiento y obstaculización de sus funciones por la presencia de usuarios policonsultantes.

Por otro lado, durante el desarrollo del análisis, desde software NVivo, surgieron elementos nuevos en torno al fenómeno estudiado que conforman la categoría Emergente y son mencionados a continuación.

Dentro de la categoría Emergentes surgió la traducción o adecuación del lenguaje para abordar temáticas sobre problemas de salud hacia usuarias/os, la confusión sobre funcionamiento del sistema de salud y problemas de gestión individual de la patología. Se podría entender que estas categorías relacionan la policonsulta a la falta de comprensión que presentan los usuarios que asisten a los CESFAM, esto a causa a una posible falta de educación, o bien, vinculado a la atención poco personalizada de los profesionales en cada consulta.

Siguiendo, las barreras idiomáticas surgen como otro elemento emergente. Esto puede deberse a las escasas herramientas que presenta la/el profesional enfermera/o respecto a la forma de interpretar y reconocer la diversidad cultural de países no hispanohablantes. Además, se podría deber al escaso número de facilitadores interculturales que existe en los CESFAM, dado el aumento de la demanda generada por la población migrante, que haría necesario la presencia de estos, para entregar un servicio de calidad acorde a los diversos contextos culturales.

Por otro lado, se encuentran dos tópicos que, si bien pueden parecer contrarios, poseen una relación considerable. Estos son, la necesidad de participación de médicos en gestión de policonsulta y autonomía de enfermeras/os para gestionar problemas, ambos temas son coherentes entre sí, en cuanto vemos la policonsulta como un problema de abordaje

multidisciplinario que requiere tanto al médico y a la enfermera/o como agentes activos en la gestión de estos usuarios.

Por otra parte, se identifica la falta de protocolos presentes en los CESFAM en cuestión. Lo que podría relacionarse con lo que ocurre a nivel nacional. Esto es, la carencia de relevancia que se le da a estos usuarios, en cuanto seguimiento y manejo de ellos. Sin embargo, actualmente se le ha tomado mayor importancia a este tema debido a que el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria exige, para su evaluación y su certificación en los establecimientos de atención primaria, tener un registro del número de usuarios policonsultantes inscritos en SAPU o servicios de urgencia.

Por último, las/os informantes de los CESFAM de Valparaíso hicieron hincapié en aquellos usuarios que han sido víctimas de los incendios que han afectado a la comuna y que ha perjudicado su salud mental a nivel territorial.

Siguiendo con lo obtenido a través del Software, se diseñó una nube de palabras que centró el análisis en la noción de “gestión” (Figura N° 5). Cabe destacar que esta mención no fue azarosa, dado que en todos los datos levantados durante la investigación y en consonancia con la literatura consultada, la gestión es uno de los problemas principales de la policonsulta relacionándose directamente con todas las variables propuestas.

mismos. Por último, la falta de protocolos en los CESFAM estudiados para la gestión de policonsultantes limitó el plan de análisis, pues uno de sus pilares correspondía al análisis de documentos asociados a gestión de policonsulta.

CAPÍTULO 5:
CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS

5. CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS

5.1 CONCLUSIONES

Se puede concluir que existen representaciones sociales asociadas a policonsulta que varían dentro del área metropolitana de Valparaíso, y que, desde sus experiencias profesionales, los/as entrevistados/as seleccionados otorgaron una aproximación efectiva respecto al cuerpo de imágenes y conceptos sobre el fenómeno en cuestión.

El objetivo general buscó comprender las representaciones sociales sobre la policonsulta que tienen los profesionales de enfermería de los CESFAM del área metropolitana de Valparaíso, durante el segundo semestre de 2019. Este mismo objetivo fue desplegado en los tres objetivos específicos siguientes:

- Conocer la conceptualización del fenómeno de la policonsulta desde su comprensión en el rol de enfermería en los CESFAM del área metropolitana de Valparaíso. Esto se consiguió, ya que las/os informantes nos permitieron conocer las definiciones que ellas/os manejan respecto al fenómeno y sus posibles causas. Si bien, desconocían el concepto en relación al número de consultas anuales para que un usuario entre en la categoría de policonsultante, las/os entrevistadas/os comprendían el fenómeno desde una perspectiva etimológica y general. Asimismo, se relacionaron causas claras a la policonsulta, enfatizando en los factores sociales que poseen estos usuarios.
- Conocer los significados y las prácticas de las/os enfermeras/os en el rol asistencial de enfermería respecto a la policonsulta en los CESFAM del área metropolitana de Valparaíso. Esto se logró identificando las actividades cotidianas respecto a funciones asistenciales, las herramientas facilitadoras de la atención usuaria y sus dificultades. En esta función las/os entrevistadas/os ven implícito el rol educacional del profesional

enfermero, el cual se encuentra incluido en cada una de las actividades asistenciales que mencionan. Por otro lado, las/os enfermeras/os realizan una crítica al tiempo asignado para sus actividades asistenciales, donde se incluyen los controles de salud, lo cual se atribuye, además, a una de las causas de porqué se dé el fenómeno de la policonsulta.

- Conocer los significados y las prácticas de las/os enfermeras/os en el rol de gestión y liderazgo de enfermería respecto a la policonsulta en los CESFAM del área metropolitana de Valparaíso. Se destacó el rol del profesional enfermero en la coordinación del personal y gestión recursos y, dentro de las actividades para llevar a cabo este quehacer, se destaca el estudio de casos por los equipos de sector. En cuanto a la influencia de la policonsulta, existen dos miradas: una que observa al fenómeno como un problema de saturación del sistema, y otra aproximación que, por el contrario, no percibe la policonsulta como problema de enfermería, dado que este se tiende a asociar a las consultas por morbilidad y, además, estas consultas corresponden a un derecho intrínseco a la atención, por ende, no se podrían apreciar como problemas.

Por lo tanto, se puede concluir que los objetivos planteados se lograron través de la búsqueda de literatura especializada sobre la temática, el trabajo en terreno y la coordinación oportuna con las/os informantes, logrando así, comprender las representaciones sociales sobre la policonsulta que poseen los profesionales de enfermería.

5.2. SUGERENCIAS

En relación al manejo que posee el usuario policonsultante en Atención Primaria de Salud se sugiere la elaboración de protocolos de abordaje en todos los CESFAM del país de acuerdo a la realidad y características propias de su sector, para lograr de esta forma, el manejo efectivo de la policonsulta. Además, resulta necesario la implementación de estrategias que consideren la visión de mundo de los usuarios en cuanto a un cuidado intercultural para cada programa de salud.

A nivel disciplinar se sugiere que los profesionales enfermeros en todos los niveles de atención se interioricen acerca del concepto e implicancias de la policonsulta para lograr de esta manera un abordaje desde el conocimiento del fenómeno y de esta misma forma lograr verlo como un suceso no ajeno a la enfermería. Además, los resultados de la presente investigación conminan en la búsqueda de otras teorías tanto en la disciplina de enfermería como en otras disciplinas.

Del mismo modo resulta pertinente incentivar el rol investigativo enfermero en el área, debido que al ser un tema exploratorio la profundización disciplinar existente es limitada.

En cuanto a la formación de profesionales enfermeras/os, se invita a los comités curriculares de las escuelas de enfermería a contemplar, como parte de la formación integral, competencias y todo lo necesario para establecer relaciones terapéuticas más efectivas, considerando la amenaza que representa el “rendimiento” y los indicadores de “metas de gestión”, por sobre la calidad de los cuidados. De esta forma poder identificar, acoger y dar atención oportuna a los usuarios policonsultantes que se presenten, logrando de esta manera un abordaje adecuado.

CAPÍTULO 6:
ANEXOS

ANEXOS:

1. Anexo n°1 Pauta entrevista semiestructurada:

Buenos días/tardes, Soy _____, y pertenezco a la Universidad de Valparaíso. Esta investigación es sobre las Representaciones de la policonsulta o hiperfrecuentación en el quehacer de las/os profesionales enfermeros/as de la Atención Primaria de Salud del área metropolitana de Valparaíso. Para llevar a cabo la investigación es necesaria la realización de entrevistas que permitirán recoger ideas, conocimientos, informaciones que le sean relevantes y significativas para usted. Cabe destacar que no hay respuestas correctas o incorrectas, pues lo que se busca obtener son respuestas sinceras que contribuyan a responder los objetivos de la investigación. Es importante esclarecer que la información obtenida a través de las entrevistas se utilizará solo para fines de la presente investigación, asegurando el anonimato en todo momento de la información y los participantes.

Es necesario informar que para fines prácticos de quien realizar la entrevista, se utilizará una grabadora para guardar el registro de lo dicho en la conversación, permitiendo así, una mayor atención por parte del entrevistador de lo que se está hablando en el momento. De esta manera, me gustaría saber si ¿Desea participar de la entrevista?

Asimismo, para tener un registro de que Ud. está participando de manera voluntaria en la investigación y que se está de acuerdo con los términos de la entrevista, es necesario que firme un consentimiento informado.

Desde ya, gracias por su disposición y el tiempo entregado.

I. Identificación

Nombre: _____ Código _____ Edad: _____

Nombre CESFAM: _____

II. Tema 1: Imagen usuarios

- ¿Cuál es el perfil de los usuarios que habitualmente frecuentan su CESFAM? ¿Cómo lo caracterizaría?
- Según su experiencia laboral en este CESFAM ¿Cuáles son los Programas de salud más demandados por los usuarios? ¿Por qué?

III. Tema 2: Percepción de la policonsulta

- ¿Sabe qué es la policonsulta?
- A su juicio ¿a qué se debe la consulta reiterada en el tiempo y sin diagnóstico de un usuario? [o ¿a qué se debe que una persona vuelva en reiteradas ocasiones sin diagnóstico claro?]
- ¿Cuáles son las instancias en las que existe un primer acercamiento con los usuarios policonsultantes?
- ¿Cuáles son las herramientas para gestionar a los usuarios que acuden reiteradamente al CESFAM para consultar sobre sus síntomas? ¿Existen protocolos de atención al respecto?

IV. Tema 3: Prácticas y cultura organizacional

- ¿Qué actividades realiza dentro del CESFAM en un día normal? (atención usuarios, gestión, tareas administrativas, etc.). ¿cuáles de ellas están relacionadas con el usuario policonsultante?
- ¿Cómo se organiza el trabajo diario en el CESFAM? ¿Cómo es la calidad del trabajo en equipo? ¿Esto influye en la atención del policonsultante?
- ¿Cuáles son las principales dificultades? ¿Cómo se enfrentan? Ejemplos.
- ¿Hay elementos específicos que dificultan las relaciones con usuarios?

V. Tema 4: Quehacer de enfermería

- ¿Cómo define usted el quehacer de enfermería?

- ¿Considera que la presencia de pacientes policonsultantes afecta la asistencia y la gestión del cuidado de enfermería? Sí es así, ¿Por qué?
- ¿Tiene dificultades para educar a los pacientes policonsultantes?
- ¿Qué herramientas utiliza para establecer una educación adecuada en usuarios policonsultantes?
- ¿Qué tópicos cree usted que son relevantes a la hora de educar a los usuarios policonsultante?

VI. Finalización

- ¿Le gustaría dejar otro comentario en relación a lo abordado?

Muchas gracias por tu excelente disposición y por colaborar con esta investigación.

2. Anexo N°2 Matriz de preguntas

| OBJETIVOS | CATEGORÍAS | CÓDIGO | PREGUNTA | CATEGORÍAS EMERGENTES |
|--|-------------------------------|--|--|---|
| <p>- Conocer la conceptualización del fenómeno de la policonsulta desde su comprensión en el rol de enfermería en los CESFAM Concón, Aviator Acevedo y Quebrada Verde, durante el segundo semestre del 2019.</p> | <p>Imagen usuarios</p> | <p>Impresión usuario</p> | <p>¿Cuál es el perfil de los usuarios que habitualmente frecuentan su CESFAM? ¿Cómo los caracterizaría?</p> | <p>Barreras idiomáticas</p> <p>Tercera Edad</p> <p>Nivel Socioeconómico Medio-Bajo</p> <p>Perfil amplio y variado</p> <p>Demandantes e impacientes</p> <p>Marginalidad urbana</p> |
| | | <p>Caracterización usuaria</p> <p>Programas de salud relevantes</p> <p><u>O también:</u></p> <p>Cognición</p> <p>Creencias</p> | <p>Según su experiencia laboral en este CESFAM ¿Cuáles son los Programas en salud más demandados por los usuarios? ¿Por qué?</p> | |

| | | | |
|--------------------------------------|---------------------------|---|---|
| Percepción de la policonsulta | Concepto Policonsulta | ¿Sabe qué es la policonsulta? | Desconocimiento o Relación con gestión/ derivación |
| | Causas de la policonsulta | A su juicio ¿a qué se debe la consulta reiterada en el tiempo y sin diagnóstico de un usuario? o ¿a qué se debe que una persona vuelva en reiteradas ocasiones sin diagnóstico claro? | Distancia con la enfermería Usuarios que no cumplen con el tratamiento Problema de gestión individual de la patología |
| | Experiencias laborales | ¿Cuáles son las instancias en las que existe un primer acercamiento con los usuarios policonsultantes? | Personas con falta de redes de apoyo |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>¿Cuáles son las herramientas para gestionar a los usuarios policonsultantes del CESFAM?</p> <p>¿Existen protocolos al respecto?</p> | |
| | <p>Prácticas y cultura organizacional</p> | <p>Actividades</p> <p>Organización</p> | <p>¿Qué actividades realiza dentro del CESFAM en un día normal? (atención usuarios, gestión, tareas administrativas, etc.). Descripción día normal.</p> <p>¿Cuáles de ellas están relacionadas con el usuario policonsultante?</p> | <p>Organización y gestión constante mediante reuniones de equipo</p> <p>Falta de infraestructura</p> <p>Falta de ejecución</p> |

| | | | |
|--|--|--------------------------|---|
| | | <p>Trabajo en equipo</p> | <p>¿Cómo se organiza el trabajo diario en el CESFAM? ¿Cómo es la calidad del trabajo en equipo? ¿Esto influye en la gestión del policonsultante? (comunicación de casos, abordaje post identificación).</p> |
| | | <p>Dificultades</p> | <p>¿Cuáles son las principales dificultades? ¿Cómo se enfrentan? Ejemplos.</p> |
| | | | <p>¿Hay elementos específicos que dificultan las relaciones con los usuarios?</p> |

| | | | | |
|--|-------------------------------|--|---|------------------------------------|
| | | Barreras EU/Pcte <u>O también:</u> Atención usuarios Gestión Tareas administrativas | | |
| - Conocer los significados y las prácticas de las/os | Quehacer de enfermería | Gestión de la policonsulta | ¿Cómo define usted el quehacer de enfermería? | Coordinación y gestión de equipos. |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <p>enfermeras/os en el rol asistencial de enfermería respecto a la policonsulta en los CESFAM ya mencionados.</p> <p>- Conocer los significados y las prácticas de las/os enfermeras/os en el rol de gestión y liderazgo de enfermería respecto a la policonsulta en los CESFAM ya mencionados.</p> | | <p>Quehacer de enfermería</p> <p>Efectos de la policonsulta en asistencia y gestión</p> <p>Dificultades para la educación</p> <p>Herramientas para la educación</p> | <p>¿Considera que la presencia de pacientes policonsultantes afecta la asistencia y la gestión del cuidado de enfermería? Sí es así, ¿Por qué?</p> <p>¿Tiene dificultades para educar a los usuarios policonsultantes?</p> <p>¿Qué herramientas utiliza para establecer una educación adecuada en usuarios policonsultantes?</p> | <p>Traducción de problemas de salud hacia usuarios</p> <p>Elaboración de protocolos</p> <p>Dificultad de funcionamiento por usuario policonsultante</p> <p>Coordinación y liderazgo en gestión</p> |
|---|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--------------|------------------------------------|---|--|
| | | Temas relevantes para la educación | ¿Qué tópicos cree usted que son relevantes a la hora de educar a los usuarios policonsultantes? | |
| | Finalización | Comentarios | ¿Le gustaría dejar otro comentario en relación a lo abordado? | |

3. Anexo N° 3 Cartas de autorización CESFAM Aviador acevedo, Quebrada Verde y Concón

CARTA AUTOREZACIÓN

Junto con saludar atentamente, me dirijo a ustedes para dar a conocer que en mi calidad de Directora del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Aviador Acevedo, yo, Paola Costa Lizama, RUT: 9.686.107-9, autorizo al investigador NICOLÁS FUSTER SÁNCHEZ, RUT 10.111.004-4, a realizar el proyecto FONDECYT INICIACIÓN N° 11170934, titulado "El problema de la hiperfrecuentación en la atención primaria de salud en Chile. Hacia una comprensión del malestar inexplicable", en esta institución durante los años 2018, 2019 y 2020.

Extiendo la presente carta de autorización para ser presentada al Comité de Ética Científica de la Vicerrectoría de Investigación e Innovación de la Universidad de Valparaíso y al Programa FONDECYT de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, CONICYT.


Firma



Paola Costa Lizama
Nombre

9 Julio 2018
Fecha

CARTA AUTORIZACIÓN

Junto con saludar atentamente, me dirijo a ustedes para dar a conocer que en mi calidad de Director/a del Centro de Salud Familiar (CESFAM) QUEBRADA VERDE, yo, **CRISTIAN PACHECO DIAZ**, RUT 14.150.486-K, autorizo al investigador NICOLÁS FUSTER SÁNCHEZ, RUT 10.111.004-4, a realizar el proyecto FONDECYT INICIACIÓN N° 11170934, titulado "*El problema de la hiperfrecuentación en la atención primaria de salud en Chile. Hacia una comprensión del malestar inexplicable*", en esta institución durante los años 2018, 2019 y 2020.

Extiendo la presenta carta de autorización para ser presentada al Comité de Ética Científica de la Vicerrectoría de Investigación e Innovación de la Universidad de Valparaíso y al Programa FONDECYT de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, CONICYT.



Cristian Pacheco Díaz
Director
14.150.486-K

CRISTIAN PACHECO DIAZ

Nombre

04-07-2018

Fecha

CARTA AUTORIZACIÓN

Junto con saludar atentamente, me dirijo a ustedes para dar a conocer que en mi calidad de Director/a del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Concón, yo, Carlos Fernando Muñoz Ramos, RUT 23.030.305-3, autorizo al investigador NICOLÁS FUSTER SÁNCHEZ, RUT 10.111.004-4, a realizar el proyecto FONDECYT INICIACIÓN Nº 11170934, titulado "El problema de la hiperfrecuentación en la atención primaria de salud en Chile. Hacia una comprensión del malestar inexplicable", en esta institución durante los años 2018, 2019 y 2020.

Extiendo la presenta carta de autorización para ser presentada al Comité de Ética Científica de la Vicerrectoría de Investigación e Innovación de la Universidad de Valparaíso y al Programa FONDECYT de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, CONICYT.



Firma

Carlos Fernando Muñoz Ramos

Nombre

16-07-2018

Fecha

4. Anexo N°4 Acta de aprobación del Comité Ético-Científico de la Universidad de Valparaíso.



Comité Ético-científico
Universidad de Valparaíso
CEC-UV

ACTA DE APROBACIÓN BIOÉTICA CEC179-18

Título del protocolo: "El problema de la hiperfrecuentación en la atención de la salud primaria en Chile. Hacia una comprensión del malestar inexplicable".

Protocolo número: CEC179-18

Fuente de Financiamiento: Fondecyt Iniciación 2017 N° 11170934

Condición: Aprobado.

Fecha de aprobación: 17 de Julio de 2018

Fecha expiración aprobación: 17 de Julio de 2019

El Comité Ético-científico de la Universidad de Valparaíso CEC-UV, revisa el proyecto "El problema de la hiperfrecuentación en la atención de la salud primaria en Chile. Hacia una comprensión del malestar inexplicable", del investigador, profesor Nicolás Fuster, adscrito a la Facultad de Medicina.

Para su evaluación el Comité de Ética Científica revisó los siguientes antecedentes:

- Proyecto original presentado al Concurso.
- Formulario de postulación del proyecto.
- Consentimiento informado.

En la valoración bioética del proyecto, se consideraron los siguientes aspectos: Valor Social y Científico, Validez Científica, Relación Riesgo/Beneficio, selección justa de Sujetos, Consentimiento Informado, respeto por los Sujetos de Investigación y conflictos de interés.

CONCLUSIÓN: En base a los antecedentes evaluados, se acuerda que este proyecto respeta los criterios básicos contemplados en las Pautas Éticas para la Investigación Biomédica en Seres Humanos vigentes (CIOMS, 2002) y Guía de Buenas Prácticas Clínicas, así como la legislación vigente. Este protocolo se encuentra **APROBADO**, para iniciar su ejecución.

Eva Madrid 
Presidenta

Patricia Acuña
Miembro Titular

Félix Aguirre 
Miembro Titular

Marcelo Arancibia 
Miembro Titular

Amelia Bayo 
Miembro Titular

Manuel Cardenas 
Miembro Titular

Raúl Escobar 
Representante de la Comunidad,
Miembro Titular

Martín Davis 
Abogado, Miembro Titular

Mariane Lutz 
Miembro Titular

Ana María Silva 
Miembro Titular

Carla Taramasco
Miembro Titular



5. Anexo N°5 Acta de aprobación del Comité de Bioética, Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso



FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética
para la Investigación

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 42/2019

- I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, con la presencia de Eva Sotelo, profesora de Castellano, Presidenta; Paulina Hurtado, enfermera–matrona, Vicepresidenta; Angelo Bartsch, kinesiólogo, Secretario Ejecutivo; Ana Zepeda, tecnólogo médico; Patricia Herrera, educadora de párvulos; Paula Eherenfeld, matrona; y Lourdes Andrade, representante de la comunidad, en su sesión del día 17 de octubre de 2019 declara haber evaluado el protocolo de investigación “Representaciones de la Policonsulta o Hiperfrecuentación en el Quehacer de las(os) Profesionales Enfermeros(as) de la Atención Primaria de Salud del Área Metropolitana de Valparaíso”, presentado por el investigador principal Nicolás Fuster Sánchez, de profesión, sociólogo adscrito a la Facultad de Medicina.
- II. Para su evaluación, el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:
 1. Protocolo N° 44/2019, versión en español.
 2. Hoja Informativa y Acta de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son profesionales enfermeros/as pertenecientes a los CESFAM de las comunas de: Valparaíso (CESFAM Quebrada Verde), Concón (CESFAM Concón) y Quilpué (CESFAM Aviador Acevedo).
 3. Currículum Vitae del investigador responsable.
 4. Carta de autorización de Paola Costa Lizama, Directora CESFAM Aviador Acevedo.
 5. Carta de autorización de Carlos Muñoz Ramos, Director CESFAM Concón.
 6. Carta de autorización de Cristian Pacheco Díaz, Director CESFAM Quebrada Verde.
 7. Instrumento: Pauta de Entrevista.
- III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:
 1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
 2. El estudio propuesto podrá aportar con posibles estrategias de abordaje desde el punto de vista de la atención de enfermería al policonsultante, con el fin de mejorar las prácticas, considerando que el profesional enfermero/a otorga cuidados durante todo el ciclo de vida.
 3. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista

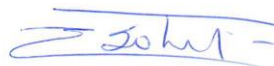
COMITÉ DE BIOÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN - FACULTAD DE MEDICINA
Angamos #655 Reñaca, Viña del Mar | Teléfono: 32 260 30 02 | E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl

algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos ni costos involucrados, como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de una entrevista semiestructurada que consta de 17 preguntas, la cual tendrá una duración de 40 minutos, aproximadamente, y será realizada en una oficina dispuesto por el Cesfam para este propósito. Así también, el investigador da a conocer su E-mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.

4. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación que se llevará a cabo durante al año 2019 en los CESFAM de Concón, Aviador Acevedo de Quilpué y Quebrada Verde de la comuna de Valparaíso, y será ejecutado por el sociólogo, Nicolás Fuster Sánchez, de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina. La ejecución del protocolo queda sujeta, además, a la aprobación que otorgare el Comité Ético-Científico del centro asistencial, si correspondiere. Las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo al que serán sometidos los participantes deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. El investigador responsable deberá transmitir informe de estado de avance del estudio al término de cada año de ejecución o el informe escrito final, según proceda.

Firma en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina,



Eva Sotelo Trujillo
Presidenta

Viña del Mar, 29 de octubre de 2019



C/C.: - Secretaría CBI-FAMED

6. Anexo N°6 Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO Información para enfermos/as de los CESFAM

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio de investigación "Representaciones de la policonsulta o hiperfrecuentación en el quehacer de las/os profesionales enfermeros/as de la Atención Primaria de Salud del área metropolitana de Valparaíso". Usted ha sido elegido por ser profesional de enfermería de los CESFAM de Concón, Aviador Acevedo de Quilpué o Quebrada verde de la comuna de Valparaíso. El investigador principal, Nicolás Fuster Sánchez y Paola González Gárate, académicos de la escuela de enfermería de la Universidad de Valparaíso, quienes guían a los estudiantes tesisistas: Carla Araya Leyton, Nisim Bracha Nahmias, Francisca Delgado Godoy, Karla Díaz Mardones, Catalina Guzmán Bustamante, Monserrat Santibañez, Marisol Vásquez Salazar de Cuarto año de enfermería de la Universidad de Valparaíso. Patrocinado por Universidad de Valparaíso. Su participación es voluntaria y para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistirá su participación:

1. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación

La investigación mencionada se realizará en los CESFAM de Concón, Aviador Acevedo de Quilpué y Quebrada verde de la comuna de Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2019.

2. Motivación y propósito del estudio

El principal interés para elaborar este proyecto es la escasa cantidad de estudios cualitativos actualizados a nivel nacional y regional sobre la policonsulta en atención primaria y más aún que la relacionen con la disciplina de enfermería. La literatura encontrada se relaciona mayoritariamente con los profesionales médicos y no toma en cuenta la relevancia del profesional de enfermería dentro del equipo multidisciplinario imprescindible en un CESFAM.

Cabe destacar que el fenómeno de la policonsulta es de alcance global y que según la literatura genera una gran carga económica, laboral y al sistema de salud. A pesar de la relevancia del fenómeno, la reflexión en torno a éste por parte de los servicios y funcionarios de salud es escasa.

3. En qué consiste su participación

Su participación será voluntaria y consistirá en responder una entrevista semiestructurada, que consta de 17 preguntas. La duración de la entrevista será de aproximadamente 30 minutos.

4. Riesgos

En esta investigación no correrá ningún tipo de riesgo que pueda afectar su situación de salud actual. Si eventualmente durante la entrevista usted presenta alguna alteración de su estado físico y/o emocional, se procederá a la suspensión de la entrevista.

5. Beneficios

Esta investigación no generará un beneficio directo para sus participantes, sino que mediante sus resultados se podrá evidenciar las representaciones sociales que los profesionales de enfermería tienen acerca de la policonsulta, lo que en un futuro puede dar pie a nuevas investigaciones que

pueden ser la base para generar nuevas estrategias de abordaje a este tipo de pacientes, a largo plazo.

6. Costos y pagos

Su participación no implica costo monetario alguno para usted, como tampoco remuneración por su colaboración. Cabe señalar que los investigadores no recibirán ningún pago por la realización de esta investigación.

7. Derechos del participante

a) A manifestar dudas y a hacer preguntas

Tiene el derecho a manifestar sus dudas al investigador/a en cualquier momento, en caso de que posea dudas posteriores respecto a la investigación podrá contactarse vía e-mail con los investigadores principales en: nicolas.fuster@uv.cl y paola.gonzalez@uv.cl

b) A la participación voluntaria, a conocer alternativas y a retirar consentimiento

Al participar en este estudio puede retirarse en cualquier momento de éste si es que así lo considera necesario, con solo comunicarle al investigador principal la decisión, la cual no lo perjudica en caso alguno, es decir, no incidirá en algún aspecto de su entorno laboral.

c) A la atención y a una derivación oportuna

En esta investigación no corre ningún tipo de riesgo que pueda afectar su situación de salud actual, por lo que no requiere derivación a ningún tipo de centro de salud.

d) A recibir información relevante derivada de la investigación

Tiene derecho a recibir información independiente de que ésta lo pueda beneficiar o hacer cambiar de opinión respecto a su participación en la investigación.

Además tendrá derecho a recibir los resultados finales de este estudio.

8. Confidencialidad

a) Reserva de la identidad del participante

El nombre del participante en ningún momento será revelado, en su lugar se utilizará un código para la identificación de cada participante (números).

b) Privacidad de los datos personales y sensibles

El registro de datos será reservado y a él solo tendrán acceso los investigadores. Los datos serán resguardados por el investigador principal en archivos ubicados en su oficina, la cual está ubicada en la Escuela de enfermería de la Universidad de Valparaíso, Angamos 655, Reñaca, Viña del Mar.

9. Difusión y entrega de los resultados

Los resultados y la difusión de esta investigación se podría eventualmente dar en publicaciones, seminarios o charlas de tipo científica o en un contexto académico, y podrán ser utilizados en otras investigaciones que continúen la misma línea, se debe tener en cuenta que la identidad de los participantes en ningún momento se darán a conocer.

10. Evaluación Ética Científica

Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación (CBI) de la Facultad de Medicina (FAMED) de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente en el teléfono 32-260 30 02 o E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl



ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Información para enfermos/as de los CESFAM

Yo,.....C.I..... declaro que el investigador principal, Nicolás Fuster Sánchez y Paola González Garate, académicos de la escuela de enfermería de la Universidad de Valparaíso, y Carla Araya Leyton, Nisim Bracha Nahmias, Francisca Delgado Godoy, Karla Díaz Mardones, Catalina Guzmán Bustamante, M^o Monserrat Santibañez Mancilla y Marisol Vásquez Salazar, estudiantes de enfermería de 4to año, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, me han invitado a participar en el estudio **"Representaciones de la policonsulta o hiperfrecuentación en el quehacer de las/os profesionales enfermeros/as de la Atención Primaria de Salud del área metropolitana de Valparaíso"**, que llevarán a cabo en Cefsam Concón, Cefsam Aviador Acevedo de Quilpué y Cefsam Quebrada verde de Valparaíso. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio a los que seré sometido (Entrevista semiestructurada). La entrevista tendrá una duración de 40 minutos, aproximadamente, y será realizada en la oficina dispuesto por el Cefsam para este propósito. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

| | |
|-----------------------------|---|
| Nombre y Firma Participante | Nombre y Firma Investigador Responsable |
| C.I.: | C.I.: |
| Fecha: | Fecha: |

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado
C.I.:
Fecha:

Valparaíso, de de 2019



CAPÍTULO 7:
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Riquelme M, Schade N. Trastorno somatomorfo: resolutiveidad en atención primaria. Rev chil neuro-psiquiatr. [internet]. 2013. [acceso 17 Dic 2018]; 51(4). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000400004
2. Florenzano R, Fullerton C, Acuña J, Escalona R. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [internet]. 2002. [acceso 18 Abr 2019]; 40(1). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000100006
3. Miranda G, Saffie X. Pacientes policonsultantes: ¿un síntoma del sistema de salud en Chile? Scielo [internet]. 2014. [acceso 26 Nov 2018]; 20(2). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000200009
4. Tófoli L, Andrade L, Fortes S. Somatization in Latin America: A review of the classification of somatoform disorders, functional syndromes and medically unexplained symptoms. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2011. [acceso 7 May 2019] 33. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
5. Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP). Escuela de Salud Pública. Chile. 2014.
6. Ministerio de Salud (MINSAL). Orientaciones para la implementación del modelo integral de salud familiar y comunitaria. Santiago de Chile; 2013.
7. Estefo S, Paravic T. Enfermería en el rol gestora de los cuidados. Cien Enferm. [Internet]. 2010. [acceso 14 Abr 2019]; 16(13): 33-39. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005
8. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea Digital. [internet]. 2002. [acceso 14 Dic 2018]; (2). Disponible en: <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>
9. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Psicología social, II Pensamiento y vida social. 1ª ed., 6ª imp. España. Paidós Ibérica.p.469-494.

10. Razali S. Medically Unexplained Symptoms: Concept and Mechanisms. [internet] Med Jrnl. 2017; 24 (1): 99-103.
11. Kallivayalil R, Punnoose V. Understanding and managing somatoform disorders: Making sense of non-sense. Indian J Psychiatry. [internet]. 2010. [acceso 19 May 2019]; 52. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/51566687_Understanding_and_managing_somatoform_disorders_Making_sense_of_non-sense
12. Fuertes M, Carracedo E, Lorda A, Arillo A, Gómez A, Martínez M. Intervención con pacientes hiperfrecuentadores persistentes en atención primaria. MJ.Med Gen Fam [internet]. 2017. [acceso 4 May 2019]; 6(1): 15-22 .Disponible en: <http://mgvf.org/intervencion-con-pacientes-hiperfrecuentadores-persistentes-en-atencion-primaria/>
13. Cortés B. Influencia de la hiperfrecuentación en las reconsultas en urgencias. J healthc qual res. [internet]. 2019. [acceso 6 Jun 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.01.002>
14. Menéndez N, Vaquero M, Toledano M, Pérez M, Redondo R . Estudio de la hiperfrecuentación en un distrito de atención primaria. Gac Sanit [internet]. 2019. [acceso 4 Jun 2019]; 33(1): 38-44. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301905>
15. Sandín-Vázquez M, Conde-Espejo P. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre la influencia de factores sociales y de organización del entorno sanitario.Rev Calid Asist. [internet]. 2011 [acceso 01 Jun 2019];26(4). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-hiperfrecuentacion-percepcion-los-profesionales-atencion-S1134282X1100063>
16. Ortega M, Roca G, Iglesias M, Jurado J. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. Aten Primaria. [internet]. 2004. [acceso 04 May 2019]; 33(2): 78-85.

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-pacientes-hiperfrecuentadores-un-centro-atencion-13057253>

17. Luciano J, Serrano A. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta nueva definición. *semFYC*. [internet]. 2008. [acceso 07 May 2019]; 40(12). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-los-hiperfrecuentadores-atencion-primaria-perfil-13129501>
18. Thomas P .Determinantes psicosociales del fenómeno de la policonsulta.RCCM. [internet]. [acceso 18 Abril 2019]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v2n2/art8.pdf>
19. Rincón-Hoyos H, Rodríguez M, Villa A, Hernández C, Ramos M. ¿Sería útil la depuración de los trastornos mentales comunes en pacientes hiperfrecuentadores de servicios de salud en cuidado primario?. *Rev. Colomb. Psiquiat*. [internet]. 2012. [acceso 4 May 2019]; 41(4). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502012000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=es
20. Rodriguez-Lopez M, Arrivillaga M, Holguín J, León H, Ávila A, Hernández C et al . Perfil del paciente hiperfrecuentador y su asociación con el trastorno ansioso depresivo en servicios de atención primaria de Cali, Colombia. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* [internet]. 2016. [acceso 4 May 2019] ; 33(3): 478-488. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2016.333.2335>
21. Schade N, González A. Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar. *Rev Chil neuro-psiquiat*. [internet]. 2010. [acceso 4 May 2019]; 48(1). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000200003

22. Fagalde M. Usuarías policonsultantes del nivel primario de atención del servicio de salud metropolitano oriente: los sentidos de la enfermedad.[internet]. 2011 [acceso 4 May 2019];2.Disponible en:<http://www.objetoscaidos.cl/revista/ediciones/edicion-ii/>
23. Báez M, Fuentes S, Montero G, Ochoa V, Palma C, Rodríguez A, et al. Paciente poli consultante Adultos: CESFAM Betania año 2007. [internet]. 2007. [acceso 04 May 2019]. Disponible en: <https://drive.google.com/drive/u/1/search?q=Pacientes%20policonsultantes%20adultos%20-%20CESFAM%20Betania%20Año%202007>
24. Schade N, Beyebach M, Torres P, González A. Terapia familiar breve y atención primaria: un caso de trastorno somatomorfo. Ter Psicol. [internet]. 2009. [acceso 01 Jun 2019]; 27 (2). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200009
25. Ministerio de salud (MINSAL). Servicios de salud [internet]. [acceso 19 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud>
26. Fernández C, López C, Sánchez M. La gestión del cuidado en la atención primaria en salud en Chile. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. [internet]. 2018. [acceso 25 Abr 2019]; 8(2). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/277/la-gestion-del-cuidado-en-la-atencion-primaria-en-salud-en-chile/>
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la organización mundial de la salud. 2006.
28. MINSAL. Orientaciones para la planificación y programación en red. Santiago de Chile; 2018.
29. Dirección de Salud Ilustre Municipalidad de Santiago. Salud Santiago (salud Stgo) [internet]. [acceso 22 Abr 2019]. Disponible en: <http://www.saludstgo.cl/servicios/atencion-primaria/>
30. Fagalde-Cuevas M, Guajardo-Soto G, Izquierdo-Sánchez D, Ayala Hannig B, Rojas-Navarro P, Rojas-Navarro S. Usuarías policonsultantes del nivel primario de atención del

Servicio de Salud Metropolitano Oriente: los sentidos de la enfermedad. [Tesis]. Santiago: Universidad Diego Portales, 2009.

31. Subsecretaría de redes asistenciales División de atención primaria Departamento modelo de atención primaria. Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria año 2017. Chile; 2017.
32. Riquelme M. Resolutividad en APS en pacientes con trastorno somatomorfo: Un estudio piloto realizado en la comuna de Chillán. [Tesis-Magíster]. Concepción: Universidad de Concepción, 2013.
33. Arillo A, Vilches C, Mayor M, Gurpegui JR, Arroyo C, Estremera V. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos?. Scielo. [Internet]. 2006. [acceso 2 Abr 2019]; 29(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000100005
34. Ministerio de salud (MINSAL). Manual Series REM. Santiago de Chile, 2018
35. Ministerio de Salud (MINSAL). Sistema reportes REM. Santiago de Chile, 2018.
36. Goic A. El sistema de salud de Chile: una tarea pendiente. Rev Med Chile. [internet]. 2015. [acceso 15 Abr 2019]; 143(6). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000600011
37. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Constitución Política de la República de Chile. Chile; 1980.
38. Anderson K. Protocolo de Manejo Policonsultantes SAPU Dr. Emilio Schaufhauser A. [internet]. 2016. [acceso 04 Abr 2019]. Disponible en: <http://www.scoquimbo.cl/gob-cl/mais/files/06-12-2017/calidad/PROTOCOLO%20SAPU%20POLICONSULTANTES%20ESCH.pdf>
39. Pérez C. Flujograma trabajo pacientes policonsultantes en SAPU. [internet]. 2015. [acceso 05 Abr 2019]. Disponible en: <http://www.scoquimbo.cl/gob-cl/mais/files/06-12-2017/calidad/FLUJOGRAMA%20TRABAJO%20POLICONSULTANTES%20SAPU%20JII.pdf>

40. CESFAM Dr. Sergio Aguilar. Policonsultante. Coquimbo.
41. Municipalidad de Pitrufquén. Plan de Salud 2016 Municipalidad de Pitrufquén. Pitrufquén Chile; 2016.
42. Municipalidad de Santa Cruz. Plan de Salud Comunal. Santa Cruz Chile; 2018.
43. Ilustre Municipalidad de San Felipe. Plan de Salud Comunal 2019-2021. San Felipe Chile; 2019.
44. Piscoya P, Leyva J. Intercambio internacional para la adquisición de competencias en la enseñanza de la Enfermería: un análisis reflexivo bajo la teoría de Patricia Benner. Index Enferm. [internet]. 2017. [acceso 30 May 2019]; 26(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100021&lng=pt
45. Aguayo F, Mella R. SIGNIFICADO PRÁCTICO DEL CONCEPTO GESTIÓN DEL CUIDADO EN LAS ENFERMERAS/OS QUE SE DESEMPEÑAN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Cienc. enferm. [internet]. 2015 [acceso 15 Abr 2019] ; 21(3) : 73-85. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000300007>.
46. Fernández C, López C, Sánchez MP. La gestión del cuidado en la Atención Primaria en salud en Chile. Rev. iberoam. Educ investi Enferm. 2018; 8(2):18-29.
47. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chil. [internet].2003. [acceso 02 Jun 2019]; 131(9). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014
48. Campos de carvalho E, Bachion M. Proceso de enfermería y sistematización del cuidado de de enfermería - la intención del uso por los enfermeros. Rev. Eletr. Enf. [internet]. 2009. [acceso 30 May 2019]; 11 (3). Disponible en: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01_es.htm.
49. Ceballos P. DESDE LOS ÁMBITOS DE ENFERMERÍA, ANALIZANDO EL CUIDADO HUMANIZADO. Cienc. enferm. [internet]. 2010 [acceso 02 Jun 2019]; 16(1). Disponible

- en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>.
50. Ballas M, Malagón M, Peláez F, Cruz M, Ávila L. Usuario policonsultante: estrategia de manejo para equipos de Atención Primaria de Salud (APS) Consultorio "San Luis" Peñalolén. Rev Psiquiatr Salud Ment. [internet]. 2016 [acceso 14 Abr 2019]; 33(3/4). Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/313821533> Usuario policonsultante estrategia de manejo para equipos de Atención Primaria de Salud APS Consultorio San Luis Penalolen
51. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidado transpersonales. [internet]. 2011. [acceso 19 Abr 2019]; 17(3). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300002&script=sci_arttext&tlng=e
52. Guerrero R, Meneses-La Riva R, De la Cruz-Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao 2015. [internet]. 2015. [acceso 19 Abr 2019]; 9(2). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>
53. Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. [internet]. 2007. [acceso 19 Abr 2019]. Disponible en: https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf
54. Rodríguez A. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. [internet]. 2011. [acceso 21 Abr 2019]; 32(1). Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art7.pdf>

55. Le Breton D. Antropología del cuerpo y modernidad. 1 era ed . Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC; 2002. 254 p.
56. Abric J. Las representaciones sociales: aspectos teóricos.
57. Rodríguez G, Gil J, García E. Tradición y enfoque en la investigación cualitativa. España (Es): Aljibe, Málaga; 199
58. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los Métodos Cualitativos de investigación. Madrid (Es):Paidós;1986.344p.
59. Gil-Flores J, Garcia-Jimenez E, Rodriguez-Gomez G. Metodología de la investigación cualitativa.2da ed.Granada (Es):Aljibe;1996 p.188.
60. Cazau P.Introducción a la investigación en ciencias sociales.3ra ed.Buenos Aires (Ar);2006.194p.
61. Martínez C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Cien Saude Colet. [internet]. 2012. [acceso 28 Jun 2019]; 17(3). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
62. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Int J Morphol. [internet]. 2017. [acceso 10 May 2019]; 35(1): 4. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
63. Ilustre Municipalidad de Concon. CESFAM- Centro de Salud Familiar. Concon; 2014
64. CESFAM Quebrada Verde. Consultorio Quebrada Verde. Valparaíso; 2020.
65. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta ed. Madrid (Es):McGraw-Hill: 1997. p.634.
66. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid (Es):Síntesis;1999.432p.
67. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid (Es): Morata; 2007. 324p.
68. Cisterna F. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. Theoria.[internet]. 2005. [acceso 01 Jun 2019]; 4(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/299/29900107.pdf>
69. Delgado J, Gutiérrez J. Métodos y técnicas de investigación cualitativa en ciencias sociales. Madrid (Es): Síntesis; 1997. p. 177-224.

70. Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: La entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En García M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de la investigación. Madrid (Es): Alianza Editorial; 1986. p. 204-219
71. Andréu, J. Mastor [internet]; 2001 [acceso 12 May 2019]. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
72. Pardinás, F. Metodología y técnica de investigación en ciencias sociales. Buenos Aires (Ar); Siglo XXI; 2005. 242 p.
73. Piñuel, J. Epistemología, metodología y técnicas de análisis de contenido. Estud Socioling Ling Soc Cult , 2002; 3 (1): 1-42 p.
74. Schreier M. Qualitative Content Analysis. En: Katie Metzler. The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis. Great Britain: Editorial arrangement, 2014. p.171-183.
75. QRS Internacional. Nvivo [internet]. Software Nvivo para investigación cualitativa. [acceso 30 Dic 2019]. Disponible en: <http://www.qsrinternational.com/nvivo-spanish>
76. Okuda M, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Rev Colomb Psiquiatr. [internet]. 2005. [acceso 04 May 2019] ; 34(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008&lng=en
77. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Lolas F, Quezada A. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003. p 83-95.
78. Calderón C. Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. Rev. Esp. Salud Pública. [internet]. 2002. [acceso 01 Jun 2019]; 76(5). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500009

79. Noreña A, Moreno-Alcaraz N, Rojas J, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichán. [internet]. 2012. [acceso 10 May 2019]; 12(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948006>
80. CNN. CNN Chile [Internet]. Esta es la región más envejecida de Chile según el INE [internet]. 2017. [Actualización 25 Ago 2017; acceso 31 Dic 2019]. Disponible en: https://www.cnnchile.com/pais/esta-es-la-region-mas-envejecida-de-chile-segun-el-ine_20170825/
81. Organización mundial de la salud (OMS). Determinantes sociales de la salud [Internet]. [acceso: 31 Dic 2019]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/
82. Goffman E. Estigma la identidad deteriorada. Buenos Aires (Ar); 2006. 176p.
83. Bautista-Marin E, Devesa-Pradells A, Guitart-Apacio M, Palma-Bocanegra MA, Pérez-Hinarejos M. Enfermería: ¿Trabaja en equipo? [Tesis de Máster]. Barcelona, Escuela Universitaria de enfermería Santa Madrona, 2008.
84. Pino-Armijo P. Valor de la investigación como parte del rol de enfermería en la práctica clínica. Horiz Enferm. [internet]. 2012. [acceso 30 Dic 2019]; 23 (1). Disponible en: http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/23-1/valor_de_inves_como_parte_del_rol.pdf
85. Cloninger S. Maslow: Psicología humanista y la jerarquía de las necesidades. En: Roberts N, editora. Teorías de la Personalidad. 3° ed. Naucalpan de Juárez: Pearson Educación; 2003. p. 439-466.
86. Bustamante C, Alcayaga C, Campos S, Urrutia M, Lange I. Literacidad en salud para personas con condiciones de salud crónicas. Horiz Enferm. [internet]. 2008. [acceso 30 Dic 2019]; 19(2). Disponible en: http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/19-2/literacidad_en_salud.pdf
87. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Modelo transteórico del tratamiento de las conductas adictivas (Prochaska y Diclemente). Santiago de Chile; 2017.